

Salud Mental
en la Ciudad de Buenos Aires
Un abordaje cualitativo sobre las estadísticas
en el sistema público

EDICIONES DEL CCC
CENTRO CULTURAL DE LA COOPERACIÓN FLOREAL GORINI

Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini
Departamento de Salud
Coordinador: Dr. Ricardo López

Título: Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires.
Un abordaje cualitativo sobre las estadísticas en el sistema público
Autores: Grisel Adissi / Rocío Vázquez

©Ediciones CCC, Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini
Ediciones del Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos C.L.
Avda. Corrientes 1543 (C1042AAB) Tel: (54-11) 5077 8080 - Buenos Aires - Argentina
www.centrocultural.coop

Edición a cargo de Javier Marín
Diagramación: Clara Batista
Diseño original: Claudio Medín
Corrección: Santiago Basso

©De los autores

Todos los derechos reservados.
Esta publicación puede ser reproducida gráficamente hasta 1.000 palabras, citando la fuente.
No puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, registrada en, o transmitida por, un sistema
de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico,
fotoquímico, electrónico, por fotocopia o cualquier otro, sin permiso previo escrito de la
editorial y/o autor, autores, derechohabientes, según el caso.

Hecho el depósito Ley 11.723
ISBN: 978-987-1650-38-5

Adissi, Grisel

Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires. Un abordaje cualitativo sobre las estadísticas
en el sistema público. : Cuaderno de Trabajo N°87 / Grisel Adissi y Rocío Vázquez. - 1a ed.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ediciones del CCC Centro Cultural de la Cooperación
Floreal Gorini, 2013.

108 p. ; 23x15 cm.

ISBN 978-987-1650-38-5

1. Salud. 2. Salud Mental. I. Vázquez, Rocío II. Título
CDD 362.2

Fecha de catalogación: 18/12/2012

Cuaderno de Trabajo N° 87

Salud Mental
en la Ciudad de Buenos Aires
Un abordaje cualitativo sobre las estadísticas
en el sistema público

Grisel Adissi / Rocío Vázquez

Departamento de Salud



Índice

| | |
|--|----|
| Presentación | 7 |
| Primera parte | 9 |
| Descripción del problema | 9 |
| Breves puntuaciones acerca del Subsector Público de Salud | 10 |
| La Salud Mental en Buenos Aires y el MMH: una relación poco explorada | 11 |
| El modelo médico hegemónico | 12 |
| Algunas puntualizaciones sobre epidemiología | 16 |
| La Salud Mental y su conflictivo objeto de conocimiento e intervención | 17 |
| Metodología utilizada para el presente trabajo | 19 |
| Algunos aspectos técnicos atinentes al dato estadístico | 20 |
| | |
| Segunda Parte | 23 |
| El subsistema público | 23 |
| Qué datos se encuentran publicados, referentes a cuándo, y cómo | 24 |
| Departamento de Epidemiología | 24 |
| Estadísticas en Salud | 26 |
| Diagnósticos de pacientes egresados | 26 |
| Movimiento hospitalario | 27 |
| Internación | 29 |
| Consultorios externos | 33 |
| Salud Mental por consultorios externos | 34 |
| Atención Primaria | 35 |
| Dirección de Salud Mental | 43 |
| PIVESAM | 43 |
| | |
| Tercera Parte | 47 |
| Breves señalamientos respecto de las cifras disponibles | 47 |
| Descripción de los procesos de configuración y sedimentación | 49 |
| Algunas puntuaciones sobre los orígenes de lo subalterno | 51 |
| La determinación política del proceso de construcción de datos | 56 |
| Elementos para un análisis multiescalar: la perspectiva de quienes completan los registros | 58 |
| Las estadísticas como vehículo entre el nivel local y el ministerial | 60 |
| Acercas de la complejidad que toda transacción conlleva | 63 |
| Lo des-considerado: el campo “psi” como contexto de la estadística | 65 |
| Otros factores que concurren en detrimento de un buen uso de los datos | 67 |

| | |
|--|----|
| Cuarta Parte | 71 |
| Algunos señalamientos respecto de rasgos del MMH presentes en Salud Mental | 71 |
| Un escenario ineludible: la falta de recursos | 74 |
| El mito de las redes como facilitadoras de un dato estadístico de calidad | 75 |
| Nuevos señalamientos sobre disidencias en el área de Salud Mental | 76 |
| Más allá de lo instituido: algunas posibles líneas de transformación | 78 |
| Construyendo condiciones de viabilidad: propuestas para retomar el interés de los agentes locales | 82 |
| Conclusiones | 85 |
| Sobre las autoras | 86 |
| Bibliografía consultada | 87 |
| Anexo: Cuadros | 91 |

Presentación

En este trabajo presentamos los resultados de un abordaje cualitativo, realizado en torno de las concepciones existentes respecto de lo poblacional en el área de Salud Mental.

Es de destacar que a fin de indagar nuestro problema, lo hemos delimitado ubicándolo en la información estadística actualmente disponible para dicha área en el Subsector público de Salud correspondiente a la Ciudad de Buenos Aires. Este recorte se fundamenta en el hecho de que dicha información permite acceder de manera directa al modo en que se conceptualiza lo poblacional, construyendo aquellos datos que permiten describir dimensiones relativas al proceso salud/enfermedad/atención en términos sectoriales. En el contexto de reciente sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657¹, y de recurrentes debates respecto de la implementación de la Ley de Salud Mental N° 448² (de índole local), entendemos que resulta fundamental relacionar las posibilidades y limitaciones concretas del diseño y ejecución de políticas públicas con la información con que se cuenta.

De tal manera, este trabajo presenta la particularidad de abordar un objeto cuantitativo –tal como la información estadística– desde un abordaje de tipo cualitativo. En él nos hemos propuesto describir y analizar las estadísticas existentes, tanto en su carácter de resultados como en términos de resultantes de un proceso de construcción. Dicho de otro modo, y partiendo de una perspectiva de sentido común, podemos decir que nuestro trabajo tiene un doble objetivo. El primero, de índole netamente descriptiva, consiste en consignar qué datos y para qué períodos existen, y qué agencias gubernamentales son las responsables. El segundo, más analítico, se propone analizar aquellos datos en tanto emergentes de una dinámica compleja, que incluye múltiples agentes e intereses, al tiempo que refracta mecanismos políticos e institucionales de distintos órdenes.

A fin de nuestro abordaje analítico, hemos tomado los planteos de Eduardo Menéndez. En tal sentido, nos hemos propuesto como objetivo determinar qué relación guardan las conceptualizaciones que se plasman en la mirada poblacional con los rasgos del Modelo Médico Hegemónico. A lo largo de nuestro trabajo, y en consonancia con tales postulados, hemos intentado historizar y contextualizar lo existente, ubicándolo como resultado contingente de relaciones de hegemonía/subalternidad.

Dada la ambición de nuestra propuesta, hemos organizado este trabajo de modo tal de facilitar la lectura. Para ello, nos ha parecido fundamental posibilitar un acercamiento opcional a los distintos contenidos propuestos. Es así que los apartados que conforman esta pequeña obra poseen la autonomía suficiente como para ser leídos de modo independiente, en caso de que el lector considere que ya cuenta con alguna información al respecto, o bien que tal apartado

¹ Aún no fue reglamentada a la fecha de publicación de este libro.

² Reglamentada desde el año 2005.

reviste un carácter excesivamente técnico en relación con los intereses que lo han acercado a nuestro trabajo. No obstante, cabe aclarar que lo aquí presentado solo puede juzgarse de modo conveniente teniendo en cuenta la integralidad de la obra, puesto que es ella la que permite fundamentar cada uno de los aspectos analizados.

Así, presentamos una primera parte sección donde detallamos nuestro marco de referencia. En ella puede encontrarse tanto la fundamentación conceptual elegida para nuestro análisis como una historización breve de nuestro objeto de trabajo. Esta primera parte –basada en fuentes secundarias– opera como justificación de nuestra labor, al tiempo que para algunos lectores podría presentar algunos elementos mínimos para acercarse a la comprensión del concepto de Modelo Médico Hegemónico o del área de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires. Incluimos aquí un breve apartado de divulgación de conceptos básicos de la estadística, cuyo objetivo didáctico admite ser considerado también de modo autónomo.

La segunda parte se aboca a la descripción de la información poblacional (estadística y epidemiológica) disponible al momento de finalización de nuestro trabajo de campo (febrero del 2011). Hemos intentando aquí enlistar de manera minuciosa y pormenorizada lo existente, puesto que es a partir de ello que realizamos nuestros análisis. No obstante, dado que puede resultar tedioso para el lector no especializado, ponemos a disposición la referencia a los sitios digitales donde esta información se encuentra disponible. En tal sentido, esta parte admite asimismo ser entendida como guía para consultar lo existente.

Es la intención de la tercera parte integrar el análisis de lo disponible –también, de sus superposiciones y lagunas– para con la descripción analítica de los procesos en que la información se construye. Esta parte presenta, a tales fines, los resultados de un trabajo de campo que ha articulado el análisis de documentos con la realización de entrevistas en profundidad y el desarrollo de un abordaje etnográfico. Hemos decidido hacer hincapié en la totalidad de la operación de registro estadístico, incluyendo la perspectiva de quienes recaban y registran los datos, en aras de aproximarnos lo más fielmente posible a los procesos constitutivos de aquella información.

La cuarta parte tiene por objeto exponer algunas consideraciones críticas respecto de lo obtenido en campo, a la luz de nuestro marco teórico. Al tiempo de señalar algunas hipótesis que de ellos se desprenden, presentamos pequeñas sugerencias respecto de posibles caminos a seguir en términos de registro estadístico para el área de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires.

Finalmente, es en las Conclusiones donde cerramos provisoriamente esta presentación, resumiendo los ejes principales del recorrido realizado.

Primera Parte

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Resulta frecuente encontrar que los estudios sociales sobre Salud utilizan de modo sistemático lo que Menéndez (1990) denominó Modelo Médico Hegemónico (MMH). Entre las características centrales que este autor describe como propias de este modelo se encuentran el biologicismo, el individualismo, la asocialidad y la ahistoricidad. Ahora bien, el hecho de que se trate, como su nombre lo indica, de un Modelo, no supone que todo Sistema de Salud actúe de esa forma, sino más bien que el funcionamiento es algo a indagar empíricamente. Tarea empírica para la cual esta herramienta heurística puede servir a fines de contrastación.

En el caso específico de la Ciudad de Buenos Aires, y al interior del Subsector Público de Salud, nos interesa señalar una particularidad local que tiende a permanecer invisibilizada. Nos referimos al lugar de importancia que tanto por magnitud como por su rol histórico ha desempeñado el área de Salud Mental. Como elemento distintivo del contexto local, debemos mencionar que tal área se encuentra en su mayor parte conformada por un sector mayoritario y creciente de profesionales provenientes del campo disciplinar de la psicología (Alonso, 1999). Consideramos que este no es un dato menor, puesto que consagra una serie de elementos que llevan a que no resulte conveniente trasladar de modo mecánico la asimilación de estas prácticas a los supuestos del Modelo Médico Hegemónico.

El rol subalterno ocupado desde los mismos comienzos de la profesionalización de la psicología en nuestro país (Balán, 1991; Visacovsky, 2002), propició el hecho de que la crítica y el desafío a la hegemonía médica se conjugara históricamente con una amplia gama de perspectivas políticas que, pese a su dispersión, tenían como eje común el considerarse tendientes al cambio social, o a la denuncia de las condiciones de opresión. Un rol protagónico en el devenir de aquello fue jugado por las apropiaciones locales de la teoría psicoanalítica –que se fue convirtiendo a su vez en hegemónica, más allá de sus múltiples versiones (Plotkin, 2003; Carpintero y Vainer, 2004)–. Esta área autodenominada –si bien de modo conflictivo y contradictorio– como “psi” fue entonces conformando marcos discursivos y valorativos que, si bien no pueden considerarse homogéneos, tienden a distinguirla cuando se la compara con el campo de la Salud Mental en otros contextos.

De tal modo, mientras la literatura proveniente de otras partes del globo tiende a asimilar “Salud Mental” a “Psiquiatría”, en la Argentina esta equivalencia no resulta a priori tan sencilla. Pese a la evidencia de esto último, tal deslizamiento muchas veces aparece en los discursos locales, lo cual pone de manifiesto que la Medicina como disciplina no cesa de ocupar un rol hegemónico al interior del campo de la Salud tanto en lo conceptual como en lo legal y, de modo correlativo, en la cotidianeidad de sus instituciones. Los resortes de poder que poseen los psiquiatras en tanto médicos se encuentran legalmente reglamentados, como sanción de aquella pertenencia disciplinar. Así, pese a que históricamente la psiquiatría ha

ocupado a su vez un rol subalterno dentro del campo de la medicina, frente a los psicólogos esta exhibe una serie de prerrogativas que la ubican claramente como la representación en el área de la Salud Mental del sector hegemónico. Muchos de los recursos diferenciales de poder manejados se relacionan con la posibilidad –legalmente sancionada– de poder prescribir medicamentos y, a través de ello, entrar en relación con los laboratorios. Pero nótese que también las licencias otorgadas por los ámbitos laborales y educativos debido a problemas de Salud Mental no en vano llevan el nombre de “psiquiátricas”, dado que son solo los profesionales de esta disciplina quienes pueden cumplir la función dentro del área de lo mental una de las funciones básicas que detenta la medicina: autorizar el rol del enfermo. De modo concomitante con lo anterior, no desresponsabiliza a quien se encuentra bajo tratamiento ni constituye al hecho de estarlo como algo indeseable –principalmente, desde una perspectiva psicoanalítica, que es la que en la Argentina se conformó, a su vez, como corriente predominante–.

BREVES PUNTUACIONES ACERCA DEL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD

En la Argentina el Sistema de Salud se encuentra dividido en tres. Cada uno de estos tres subsectores remite a un sistema con normas diferenciales, vinculadas a lógicas particulares de financiamiento y gestión, definidas en estrecha correlación con los distintos beneficiarios de cada uno de ellos. Estos subsectores son el estatal (o público), el de obras sociales (también llamado de seguridad social) y privado (crecientemente, de medicina prepaga).

Aun cuando hacer un análisis histórico de las relaciones entre estos tres subsectores excedería los límites del presente trabajo, se vuelve menester señalar su carácter estratificado. Es que, si bien lleva el nombre de “universal”, el subsector público de Salud ha tendido a abocarse a la atención de las capas poblacionales más pobres. Al mismo tiempo, existen capas móviles de beneficiarios, quienes se desplazan de un sistema a otro según la coyuntura económica –principalmente, según la tendencia a aumentar o disminuir el mercado de trabajo informal–.

Configurado de tal modo, el Sistema de Salud en la Argentina fue desde sus orígenes fragmentario, puesto que a su estratificación se agrega la carencia de una instancia que opere como ordenadora del sector en su conjunto. En los últimos años, a medida que esto es permeado cada vez más por la lógica de mercado, los déficit constitutivos de tal fragmentación tienden a profundizarse (Isuani, et al., 1989). Es que en el marco de una cobertura sanitaria fuertemente desigual, los efectos no buscados de la organización sanitaria tienden a retroalimentarse para con los vaivenes socioeconómicos de la población, en una dinámica procíclica. Dicho de otro modo: existe una interdependencia estrecha entre lo que sucede en la coyuntura socioeconómica y la realidad sanitaria. Interdependencia marcada por el hecho de que la población se vuelca al subsector público principalmente cuando no cuenta con otro tipo de cobertura. Esto implica que es en los momentos de mayor crisis económica cuando el subsistema público de salud tiende a recibir un mayor afluente de demanda, al mismo tiempo que ve dificultado su financiamiento (Cohen, 2009).

De tal manera, esta estructuración de la demanda –donde es uno entre los tres subsistemas el que aparece como proveedor en última instancia– lleva a considerar que toda vez que se haga referencia a lo que sucede en el Subsector Público, se deben analizar los datos haciendo referencia a este contexto político-institucional.

LA SALUD MENTAL EN BUENOS AIRES Y EL MMH: UNA RELACIÓN POCO EXPLORADA

Las particularidades descriptas nos han generado ciertos interrogantes acerca del funcionamiento del área de Salud Mental en términos sanitarios. ¿Hasta qué punto ella repite las características básicas utilizadas para definir al MMH? Es este el punto de partida de nuestras inquietudes. Dada la inexistencia de trabajos previos al respecto, seleccionaremos un aspecto puntual a fin de analizar el modo particular en que este se presenta en el área de Salud Mental. Nos referimos a la mirada poblacional, esto es, a aquellas concepciones circulantes en torno de lo que excede al individuo.

Para arrojar elementos iniciales acerca de esta pregunta, nos centraremos en el análisis de las estadísticas que se recogen en el área de Salud Mental de los efectores públicos pertenecientes al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Nos proponemos así analizar las estadísticas no solo en relación con los resultados que arrojan, sino además en tanto categorías constitutivas de un modo de categorizar y entender lo poblacional que opera a modo de principio de visión y división del mundo (Bourdieu, 2007). De esta manera, nos interesa describir qué aspectos ellas tienen en cuenta y cómo son construidas. Al mismo tiempo, para completar este análisis, entendemos que es fundamental describir cómo funcionan en la práctica de las instituciones. ¿Qué representan las estadísticas para los profesionales de la Salud Mental? ¿Qué lugar ocupan en el marco de su práctica cotidiana?

Hemos considerado que lo poblacional como dimensión admite ser aprehendido de distintos modos. Esquemmatizando en dos polos –no excluyentes– a fines analíticos, la población puede ser pensada como conjunto de individuos georreferenciados, es decir, como conglomerado de personas situadas en un mismo espacio geográfico, por un lado. Esta sería la mirada clásica de la demografía, en tanto disciplina abocada a la descripción estadística de tasas referidas al volumen y composición del aspecto humano de un territorio. Por otro lado, es posible entender lo poblacional considerando que aquellos individuos no constituyen un mero agregado, sino que se agrupan según determinantes histórico-sociales, que se encuentran atravesados por relaciones de desigualdad, y que comparten –si bien de modo no homogéneo– pautas culturales similares. Es decir, tal como lo han señalado repetidamente las perspectivas más críticas, como sujetos constituidos en base a las relaciones que establecen entre sí, en tanto socializados por instituciones sedimentadas a lo largo de la historia. Desde esta última mirada, tiempo y espacio dejarían de ser coordenadas en que los individuos coinciden, pasando a ser condiciones materiales de existencia que determinan los procesos de subjetivación.

Si bien nuestra intención es describir los sentidos atribuidos a la dimensión poblacional en el área de Salud Mental, nuestro abordaje no es neutral. Es por ello que consideramos necesario explicitar las implicancias de nuestra propia perspectiva de análisis. E. Menéndez realiza una rigurosa crítica respecto del MMH, y es desde esta crítica que nos posicionamos. De tal manera, será nuestra intención señalar al mismo tiempo las limitaciones de una mirada poblacional que descuida los “efectos estructurales” (Menéndez, 2009), entendiendo por “efecto estructural” a los determinantes de aquellas relaciones vigentes entre los sujetos que componen el conjunto poblacional. Consideramos que es solo desde esta última perspectiva que pueden ser contempladas explicaciones multicausales referentes a los procesos de salud/enfermedad/atención (en adelante, PSEA), puesto que la multicausalidad, para ser algo más que una mera sumatoria de causas aisladas, debe deducirse de su organización relacional.

Desde este lugar nos hemos propuesto presentar no solo cuáles son los aspectos cuantificados en el área de Salud Mental, y qué cifras arrojan, sino también fundamentalmente problematizarlos. Es que, estando nuestro interés ligado a la perspectiva de las políticas públicas, nos interesa abordar la información estadística y epidemiológica en tanto insumo básico de aquellas, a la vez condicionante y resultado. Es así que tal proceso nos remite a la dimensión sociohistórica de la cuantificación, interesando en tanto tal su ubicación al interior de las relaciones de hegemonía/subalternidad que configuran el campo de la Salud.

EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

Es nuestro interés dedicar atención especial a un concepto que ha resultado determinante para nuestro planteo del problema: el Modelo Médico Hegemónico (MMH). Es a tales fines que hemos introducido este breve apartado. Tal concepto se ha difundido fundamentalmente a partir del libro *Morir de alcohol* (Menéndez, 1990). Allí Eduardo Menéndez distingue tres modelos: el Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Médico Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención. Dado el objetivo de nuestro trabajo, nos limitaremos a describir sucintamente el primero de ellos³.

El MMH es descripto como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez, 1990). Si la hegemonía de toda práctica tiene como condición el que ella sea considerada legítima, la sanción de algo como “oficial” —es decir, la normatización estatal— es quizás la dimensión más gravitante en términos de atribución de legitimidad, pues se impone de modo conjunto en distintos ámbitos (educativos, asistenciales, legales, etc.). Aquello oficializado por el Estado cobra ante los ojos de los sujetos

³ Cabe aclarar que a lo largo de su obra el MMH es el que seguirá desarrollándose en la misma línea, a diferencia de los otros dos.

un carácter “natural” tal que lleva a olvidar su carácter histórico y contingente. Lejos de haberse tratado de un proceso lineal y evolutivo, los trabajos de Conrad y Schneider (Menéndez, 1992) describen el proceso conflictivo de disputa entre intereses antagónicos que dio como resultado la oficialización de la medicina –a través de la normatización de las carreras y titulaciones médicas junto con la correlativa sanción penal del ejercicio ilegal de la medicina–.

Si bien su hegemonía no se produjo al margen de su efectividad, cabe señalar que ni el MMH resuelve todos los problemas de salud, ni los restantes modelos dejan de brindar respuestas. Esta afirmación posee un corolario nada desdeñable: la consagración de la biomedicina como práctica hegemónica de atención a la salud se debe a razones de índole eminentemente históricas. Y políticas, claro, siempre que entendamos que la dinámica histórica no se produce sin conflictos.

Enfatizando que por tratarse de un “modelo” implica una construcción analítica, y no un reflejo de lo existente, Menéndez describe al MMH en base a una serie de rasgos estructurales. Estos rasgos son pensados en términos de potenciación, puesto que es el aparecer combinados lo que hace que se subrayen las implicancias de cada uno de ellos. El rasgo dominante es el biologicismo, principal criterio de diferenciación con otras formas de diagnóstico y asistencia: la biomedicina se constituye en torno a la asimilación de los sujetos con organismos vivos.

Con aquel biologicismo se articulan una serie de rasgos, definidos por el autor en términos negativos. Se trata de rasgos que refuerzan el recorte unidimensional del factor biológico realizado por el MMH. Nos referimos a la a-sociabilidad, la a-historicidad y el a-culturalismo. Junto con estos, se menciona el individualismo, la eficacia pragmática, la orientación curativa, una relación médico-paciente asimétrica donde el saber del paciente es subordinado de modo sistemático, la profesionalización institucionalmente formalizada, la tendencia a escindir teoría e investigación de práctica, y la identificación ideológica con la racionalidad científica. Finalmente, la consideración de los procesos de salud/enfermedad a modo de mercancía va de la mano con una tendencia a la medicalización creciente de los problemas, es decir, a que cada vez más aspectos vitales caigan bajo su égida⁴.

Por si el solo recuento de los rasgos del MMH dejara alguna duda, debemos insistir en que se trata de un “modelo”. Esto es: no se desconoce que la medicina es asimismo plural, y alberga también en su seno otro tipo de prácticas y concepciones –como la medicina preventiva, la medicina comunitaria, o la salud colectiva, entre otras–. Se busca, por el contrario, producir una herramienta de análisis para comprender algunas dinámicas históricas del campo de la Salud útiles a los fines de nuestra investigación.

Aquellos rasgos del MMH, valga subrayarlo, están saturados de concepciones ideológicas propias de la burguesía. Esto no es casual: los primeros médicos en el capitalismo de los países centrales entre 1750 y 1880, período constitutivo de la profesionalización médica, formaban parte de la burguesía en ascenso. Es decir que, si bien esto no implica una determinación mecánica en términos

4 La sexualidad y la “mala conducta” en los niños constituyen algunos de los ejemplos típicos en tal sentido.

de cuál sea su contenido sustantivo, ningún tipo de concepciones y prácticas particulares logran la hegemonía si no es articulándose con la representación de los estratos dominantes a nivel social.

¿Por qué nos detenemos en esto? Para reforzar el carácter histórico de aquellos rasgos. Es que ellos encuentran correspondencia con la práctica médica individual y privada, aquella que fue dominante en los países centrales durante el siglo XIX. Práctica a la que el desarrollo económico y político –junto con el colonialismo, parte fundamental de aquel– condujo a su expansión e institucionalización. Con “institucionalización” hacemos referencia a la constitución de la medicina como saber oficializado –de hecho, las prácticas realizadas por curadores no médicos en la mayoría de los Estados modernos quedan penalizadas, como hemos dicho, a modo de “ejercicio ilegal de la medicina”–. Así, la formación profesional y las organizaciones asistenciales que cuentan con habilitación sanitaria sostienen un tipo particular de prácticas y concepciones entre muchas posibles.

Pero para historizar de modo riguroso, no solo se debe hacer referencia a su origen contingente y a su vinculación con determinadas formaciones históricas, sino también a su constante dinamismo. Ejemplos paradigmáticos en tal sentido lo constituyen la vertiginosa expansión producida a mediados del siglo XX con motivo del éxito de los antibióticos y la difusión de la anestesia, entre otros avances técnicos. También el impulso cobrado en las últimas décadas con la consagración de la denominada “industria de la salud” –industria farmacológica y de aparatología diagnóstica y asistencial– como uno de los negocios mundiales más rentables, dicha expansión ha alcanzado límites otrora inimaginables⁵.

Siendo que hemos introducido la existencia de aquel dinamismo, resulta fundamental completar la conceptualización a partir de comprender el rol protagónico que juega el conflicto. En tanto la biomedicina es definida como hegemónica, su correlato inherente resulta una serie de prácticas, saberes e ideologías que permanecen subordinados: no existe hegemonía sin subalternidad o más bien, existe hegemonía porque existe subalternidad. La utilización de esta perspectiva pone el acento en el hecho de que esa predominancia no se da de una vez y para siempre, sino que es constantemente renovada. En consecuencia, posee un carácter incompleto, conflictivo y provisorio, lo cual nos lleva a la necesidad de historizar y contextualizar la dinámica a partir de la cual se va produciendo y sosteniendo aquella hegemonía.

⁵ Debemos mencionar que la expansión y consolidación del MMH posee por otra parte grandes diferencias según sus fuentes de obtención de recursos y sus modos de gerenciamiento. Menéndez no ignora esto, sino por el contrario: llega a describir en su interior otros tres sub-modelos (1990), que si los designáramos según los sub-sistemas de salud que existen en la Argentina deberíamos englobarlos como Modelo Individual Privado, Modelo Público Estatal y Modelo de Obras Sociales. Como podríamos analizar particularmente en el caso de nuestro país, cada uno de estos sectores ha tenido, también, una importante y conflictiva dinámica histórica. Pese a que aquí no nos detendremos en esto, es importante al menos no desconocer estos sub-modelos, operantes en su interior.

A fin de des-cristalizar los rasgos del MMH, el recurso que utilizaremos en esta investigación es señalar en profundidad aquellos aspectos por este invisibilizados. Nos referimos al énfasis que pondremos en historizar y contextualizar lo encontrado, ubicando toda información como resultado de prácticas particulares, y toda práctica resultado de relaciones de hegemonía/subalternidad.

A su vez, podemos decir que toda relación –personal, colectiva, social– tiene una historia. Y, en consecuencia, que toda relación de hegemonía/subalternidad es un proceso histórico: deriva de una secuencia de eventos y se continúa también en el tiempo, sin lograr nunca estabilizarse o consolidarse de modo definitivo. Y, si bien parece una obviedad, debemos insistir en su carácter de “relación”, dado que ninguna hegemonía logra ser comprendida si se la recorta o analiza aisladamente.

Dicho de otro modo, el análisis de la hegemonía no puede asimilarse al análisis de lo hegemónico. Entonces, el enfoque relacional que el uso del concepto de hegemonía sugiere lleva a tomar en consideración tanto las formas en que unas prácticas y concepciones buscan excluir a otras –por vía de su desacreditación tanto ideológica como jurídica– como el modo en que se condicionan e influyen recíprocamente. Lo anterior implica que entre la posición jerarquizada del MMH y las prácticas subalternas se producen constantes transacciones, esto es, procesos de reapropiación y rearticulación⁶. El concepto de “transacciones” (Menéndez, 1990), entonces, permite describir y explicar las relaciones entre lo hegemónico y lo subalterno: en el caso del MMH, resulta indicativo de aquellas el observar cómo su expansión incorpora fragmentos de los modelos subalternos, transformándolos en esa apropiación. De modo recíproco, los modelos subordinados toman elementos del MMH, resignificándolos, a fin de sostener su legitimidad en los márgenes o bien de disputar su incorporación a las instituciones oficiales.

Nos resulta fundamental insistir en lo anterior puesto que, tal como hemos orientado nuestro análisis, buscaremos comprender lo analizado –y valga insistir en esto a fin de anticiparlo convenientemente– de modo relacional. Dado que lo conceptualizamos como una relación, debemos entender que la expansión del MMH no solo supone la subordinación ideológica y práctica de los otros sino además, y al mismo tiempo, su permanencia. Son los procesos transaccionales que operan entre los tres modelos los que posibilitan la supervivencia de cada uno de aquellos en base a su adaptación recíproca. Esto implica una transformación conjunta en base a las constantes reapropiaciones.

Por otra parte, las transacciones entre modelos solo se comprenden de modo particular, y vinculándolas con la sociedad global de la que forman parte. Un ejemplo clave en este sentido –a fin de ilustrar tal afirmación– lo constituye la mencionada influencia de la industria de la salud a partir de los setenta y su importancia para el desarrollo y mantenimiento del capitalismo constituye un ejemplo clave en este

6 En algunos de sus escritos, Menéndez utiliza el concepto de “transacciones” en sentido restringido, haciendo referencia solo a las reapropiaciones y articulaciones que son generadas desde los saberes y prácticas subalternos. Hemos elegido utilizar aquí el sentido ampliado, dado que estamos presentando un esquema general del pensamiento del autor sin diferenciarlo etápicamente.

sentido. Se orienta así la lectura de la realidad en términos de relaciones activas: la hegemonía no puede ser entendida como la mera dominación.

Dicho lo anterior, estamos en condiciones de volver a plantear –ahora de modo más fundamentado– nuestro interés por analizar qué rasgos del MMH se encuentran presentes en los modos de categorización utilizados en la información estadística correspondiente al área de Salud Mental del Subsector Público en Ciudad de Buenos Aires. De la mano con lo anterior, nuestro objetivo será situar –histórica, social, y políticamente– la formulación y el uso de tales categorizaciones. En todos los casos, además, intentando sostener una mirada crítica, atenta al conflicto entre relaciones de hegemonía/subalternidad.

ALGUNAS PUNTUALIZACIONES SOBRE EPIDEMIOLOGÍA

En el intento de contextualizar nuestro objeto de análisis realizaremos una breve mención acerca de la epidemiología, en tanto disciplina situada al interior del campo médico. Cabe aquí señalar que entendemos por epidemiología a aquella disciplina que describe y analiza la distribución de los eventos de salud/enfermedad en una determinada población. Históricamente, su insumo fundamental ha sido la información de tipo estadístico. De tal manera, mientras que en nuestro trabajo utilizamos mucha veces como sinónimos ambos conceptos, en algunas ocasiones los distinguimos en aras de conservar fidelidad al modo en que originariamente son utilizados (sea por el material teórico o por los agentes institucionales encargados de construir esta información).

La epidemiología, al igual que todas las disciplinas científicas, es producto de prácticas desarrolladas dentro del marco de instituciones sociales específicas (Almeida Filho, 1992). En su caso particular, sus orígenes y desarrollos provienen de un campo que, si bien nosotras elegimos denominar como “campo de la Salud”, las referencias habituales instituyen como “campo médico”. De tal manera, la trayectoria histórica de la Epidemiología se encuentra atravesada por las relaciones de hegemonía/subalternidad vigentes en este campo: mientras su procedencia remite a la biomedicina, plantea una diferenciación tal que la coloca de plano en un lugar distinto al de lo predominante (Menéndez, 2009). Es que mientras la disciplina médica dominante, esto es, la Clínica, tiene por objetivo central la atención y curación de enfermos, la epidemiología obedece al interés de ubicar regularidades en el estudio de los eventos de morbimortalidad, a fin de implementar medidas preventivas tanto como de planificación sanitaria. Estos últimos objetivos, al desligarse de la mera atención privada e individual, tienden a ocupar un lugar secundario respecto de los intereses de la corporación médica.

Ahora bien, dado su origen tanto como las distintas transacciones que va produciendo a fin de sostenerse como disciplina, la epidemiología se va desarrollando de modos divergentes. Cabe mencionar que muchas de aquellas transacciones se orientan en aras de buscar legitimidad asimilándose a las perspectivas positivistas –que son las que han gozado de mayor legitimación desde la revolución industrial, debido a su íntima vinculación con los desarrollos de orden tecnológico–. Es en la búsqueda de esta asimilación que han tomado

como metodología prácticamente exclusiva a la estadística, tendiendo incluso a deslizar lo mensurable hasta creerlo equivalente a lo existente.

De tal modo, existen tanto enfoques epidemiológicos cuyo eje fundamental se coloca en las condiciones de vida de las poblaciones, como enfoques que centran sus argumentos en los determinantes biológicos. A su vez, aquellos avances técnicos que han revolucionado el dominio de la clínica médica también incidieron en el desarrollo y la supremacía relativa de tales perspectivas. Por poner un ejemplo, el descubrimiento de las vacunas y su utilización masiva como herramienta preventiva ha posibilitado una mejora sustancial en la salud de las poblaciones sin introducir cambios en las condiciones de vida; ello ha abonado al fortalecimiento de vertientes epidemiológicas de corte más biomédico en detrimento de aquellas que propugnaban estrategias más estructurales, como ser el saneamiento y la provisión universal de agua potable.

Como resultado de lo expuesto podemos empezar a delinear un escenario con cierto nivel de complejidad: en el campo de la Salud, la epidemiología ocupa un lugar subalterno. A su vez, al interior del campo epidemiológico existen perspectivas que han logrado una cierta hegemonía. Es así que aquellas perspectivas a las que, siguiendo a Menéndez (2009) cabría englobar bajo el rótulo de “socioantropológicas” son las que permanecen en un lugar doblemente secundario. Estas perspectivas son las que sostienen la importancia de la experiencia de los sujetos y las significaciones que sus grupos de pertenencia atribuyen respecto del padecimiento. Sin pretender desviarnos de nuestro objetivo, nos interesa dejar asentada esta última lectura, puesto que es desde ella que podemos relativizar lo existente, entendiéndolo como una posibilidad de concebir lo epidemiológico entre otras posibles –y no como la forma que debe asumir lo epidemiológico por definición–.

LA SALUD MENTAL Y SU CONFLICTIVO OBJETO DE CONOCIMIENTO E INTERVENCIÓN

En aras de contribuir a la comprensión de las relaciones de hegemonía/subalternidad que tienen lugar en lo local, haremos breve referencia a la configuración del área “psi”. Esto nos permitirá, al mismo tiempo, ser consecuentes con nuestra propuesta respecto del lugar fundamental de la historización como herramienta interpretativa.

Durante el auge de la Revolución Francesa surge la psiquiatría, como disciplina médica encargada de regular la vida social mediante el control de quienes no se adaptan al orden vigente. En correspondencia con los mecanismos de transacción y descriptos, esto implica que ella se inscribe dentro del paradigma positivista de la época. De tal manera, la psiquiatría concibe en sus inicios la existencia de padecimientos de modo previo e independiente a su conceptualización disciplinaria. Ahora bien, en su caso particular, y dado el carácter no inmediato ni evidente de su vinculación con la esfera de lo biológico, su pertenencia a este paradigma será algo en constante amenaza de revisión, y sujeto por tanto a una permanente defensa (Galende, 2008). En términos generales, puede decirse que gran parte de la tarea de los psiquiatras ha estado abocada a la clasificación sistemática de problemas, en vinculación estrecha con las posibilidades farma-

cológicas de su tratamiento. De tal manera, su alcance ha variado a lo largo del tiempo en función de los avances técnicos; en la actualidad el desarrollo de los psicofármacos representa un hito, dado que reorienta las disputas vigentes en torno al lugar de la psiquiatría dentro del campo biomédico. Sin embargo, no por ello la psiquiatría ha dejado de ocupar un lugar subalterno en su interior.

Ahora bien, al abocarnos al campo de la Salud Mental, no solo esta historia resulta relevante. También lo es la historia propia del psicoanálisis –que no necesariamente coincide con la de la psiquiatría–. Y también, la de la psicología –que tampoco coincide necesariamente con las anteriores–. Dado que realizar lo anterior excedería los límites de nuestro trabajo, abordaremos este tema considerando distintos modos de entender “lo psi” que atraviesan al área en su conjunto. A fines expositivos, presentaremos estas modalidades ubicándolas en dos tipos claramente diferentes. Vale aclarar que se trata solo de una tipología analítica, que no pretende reflejar la multiplicidad y complejidad de las concepciones existentes en el área sino solo presentarla sucintamente⁷. Pero puede resultar sugerente en términos de presentar la conflictividad presente en el área.

Por un lado ubicaremos una concepción más ligada a los principios del positivismo, la cual se centra en los factores biológicos de la enfermedad mental y tiene como modalidad de abordaje característica la asistencia individual. Su terapéutica por excelencia –aunque no la única– está basada en la administración de psicofármacos. La otra concepción enuncia el carácter socio-histórico del sujeto de la Salud Mental; su concepción del padecimiento subjetivo se plantea como relacional e intenta tomar al sujeto en su contexto vital (Galende, 1990).

Las relaciones de fuerza entre estas dos vertientes van configurando particulares contextos institucionales, y por ello resulta de interés analizar las instituciones del área en base a su conocimiento. Es que las múltiples maneras de comprender y explicar el origen del sufrimiento psíquico son constitutivas de esta área –no solo en las divergencias teóricas sino también en cuanto a divergencias de índole técnica–. En lo específico de nuestro objeto, esto es, la dimensión poblacional, debemos decir que esto ha tornado particularmente dificultoso el consenso de herramientas diagnósticas y de clasificación de los problemas (Augsburger, 2002). Al respecto, debemos mencionar que en la actualidad se encuentran instituidas dos formas de normatizar, clasificar, los problemas de Salud Mental. Una de ellas es la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades –décima revisión, compilada por la Organización Mundial de la Salud–)⁸, y la otra es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Es que ambos nomencladores se organizan sobre la base de taxonomías psiquiátricas (Augsburger, 2002).

⁷ De hecho, podemos anticipar que a lo largo del trabajo empírico desarrollado, hemos tomado contacto con su dinámica coexistencia institucional –la que según el caso se transita con niveles variables de conflicto–.

⁸ En inglés ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*.

METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL PRESENTE TRABAJO

Hemos desarrollado hasta aquí diversas aristas teórico-metodológicas que integran las problemáticas de Salud Mental. Intentamos hacer hincapié, a su vez, en el modo en que tales elementos se configuran dentro del subsistema público en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Al mismo tiempo nos propusimos plantear una mirada transversal e histórica en relación a estos componentes. El interés de dejar introducidos estos aspectos se basa en nuestra consideración respecto de que son ellos los que en parte explican los devenires locales, puesto que inciden en la configuración de relaciones de hegemonía/subalternidad entre las distintas prácticas. Tal como iremos mostrando, son estas relaciones las que permiten explicar los alcances y límites de la información estadística que se encuentra disponible.

Es considerando lo anteriormente descrito que hemos interpretado la pertinencia de una estrategia teórico-metodológica basada en distintos cortes de datos de tipo cualitativo (Glasser y Strauss, 1967). Las técnicas llevadas a cabo de modo específico a tales fines fueron análisis de documentos y realización de entrevistas en profundidad. Sumado a lo anterior, hemos incluido datos obtenidos a través del método etnográfico, con motivo de inserciones en el campo que si bien obedecen a otros objetivos, nos han permitido obtener una serie de conocimientos que aportan a este trabajo.

Hemos realizado entrevistas semi-estructuradas tanto en el nivel ministerial como al interior de distintos efectores. A nivel ministerial, las entrevistas fueron hechas a informantes clave –personas con particular injerencia en el área de estadística y epidemiología–. Al nivel de los efectores, se ha hecho una selección intencional con motivos de orden pragmático (Goetz y Le Compte, 1998), siguiendo la técnica de “bola de nieve” (Valles, 2000) en base a nuestro conocimiento previo del área. Se ha complementado el abordaje más estructurado de las entrevistas con un abordaje más informal, que es al que –debido a su sistemático registro– hemos ubicado como etnográfico. Entre los efectores relevados hemos incluido, con distintos grados de profundidad en el abordaje, a dos Hospitales Generales de Agudos, un Hospital Especializado, un Centro de Salud Mental y aproximadamente ocho CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria –efectores de primer nivel de atención–)⁹.

Por otra parte, hemos entendido como “documento” cualquier soporte escrito que se utilice en la cotidianeidad de los efectores a fin del registro estadístico. También, a las estadísticas e informes difundidos por el Ministerio de Salud del GCBA con carácter oficial. Cabe señalar que esto último, según hemos podido recabar en nuestras entrevistas, se superpondría con lo difundido en el sitio oficial disponible en internet, puesto que no resulta en principio posible acceder a documentos oficiales en otro formato (o al menos, eso no nos ha sido posible a nosotras en el transcurso de esta investigación).

⁹ Cabe aclarar que el elevado número de inclusión de CeSACs se debe a que una de nosotras se encuentra realizando una investigación sobre estos establecimientos en particular.

En cuanto a nuestro plan expositivo, tras haber descrito el marco teórico-conceptual de este trabajo, agregaremos abajo un breve apartado al que cabría denominar “de divulgación”, cuyo interés es poner en conocimiento de los lectores no especializados algunos elementos básicos de la estadística en tanto abordaje cuantitativo. Esperamos que a la luz de este pueda comprenderse la importancia de un análisis cualitativo del proceso de construcción de aquellos datos.

Luego de lo anterior, pasaremos a describir qué datos estadísticos son construidos en el área de Salud Mental del subsector público, dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Describiremos las tareas realizadas desde el área de Estadística en cuanto a Salud Mental, junto con un Programa específico existente en la Dirección de Salud Mental (también del GCBA). Junto con tal descripción, presentaremos algunos cuadros que muestran de modo consolidado algunas de las cifras que aquellos registros arrojan. La selección y procesamiento realizado a fin de construir tales cuadros responden a los objetivos que nos hemos planteado en este trabajo, y es por eso que los incluimos en esta presentación, en tanto materia fundamental de nuestros análisis. Tras volcar esta información, de tipo oficial, describiremos algunos rasgos del proceso de producción de aquellos datos. A tales fines, nos ha parecido particularmente interesante recuperar la voz de los distintos agentes que intervienen a lo largo del proceso de recolección estadística. Cabe aclarar que lo que presentaremos son análisis que de ningún modo se pretenden conclusivos, pero que entendemos fundamentales a fin de comprender los alcances y límites de la información estadística disponible. Nos interesa recalcar que todos los señalamientos que apuntan a sus limitaciones son realizados con el estricto afán de poner en evidencia la relevancia del contar con información confiable –para la cual nos veremos obligadas a marcar los descuidos actualmente existentes–. Finalmente, intentamos dar cuerpo a nuestra crítica con algunas hipótesis y sugerencias, que apuntan en la dirección de contribuir a consolidar el registro estadístico, al cual consideramos de suma importancia a la hora de llevar adelante una correcta planificación en el área de Salud –en este caso, de la Salud Mental–.

ALGUNOS ASPECTOS TÉCNICOS ATINENTES AL DATO ESTADÍSTICO

La finalidad de la información estadística es cuantificar aspectos de un evento. Esto conlleva dos implicancias. En primer lugar, el hecho de que el dato resulta de una construcción: para poder contar, primero hay que establecer criterios para definir cuándo algo es igual que otra cosa. Por ejemplo, si quiero contabilizar “estudiantes de Estadística” tendría que definir en dónde y cuándo, y quién puede ser considerado un estudiante y quién no. Aun aspectos a priori simples –como contabilizar cuántos hombres y cuántas mujeres estudian Estadísticas, o en dónde viven, o en qué momento comenzaron sus estudios– pueden prestarse a confusión. Por supuesto que además puedo pensar cuestiones cuya medición requiere aun más complejidad, como el grado de satisfacción con sus estudios o la calidad que le atribuyen a estos. Pero aun aquello que es más simple requiere un proceso activo de construcción. Así, pese a la idea instalada de que los números representan del mejor modo a la realidad, y a su apariencia de objetividad, los

datos cuantitativos requieren de ciertas condiciones de producción que hacen que puedan ser más o menos rigurosos.

Y aquí llegamos a la segunda implicancia: para poder contabilizar aquello que defino como igual a otra cosa y por tanto, comparable, es un requisito fundamental la estandarización. Esto tiene que ver con los procedimientos: todos los formularios de registro de datos deben ser iguales, y deben ser comprendidos de idéntica forma por cada una de las personas que los complete. Así, se requiere muchísima sencillez y claridad en el lenguaje utilizado, al tiempo que la aclaración de todo aquello que pueda prestarse a ambigüedades. Como esto no es algo sencillo de lograr sin más, el llenado de registros estadísticos suele requerir una capacitación y un instructivo para poder evacuar dudas: elementos que hacen a la homogeneidad de criterios con los que completar los formularios.

Se vuelve aquí necesario introducir una muy sintética conceptualización técnica. En un formulario de registro, cuando la intención es incluir una cantidad relativamente grande de unidades, es preferible que aquello que haya que completar presente sus opciones de respuesta. Es decir, que para simplificar el procesamiento de los datos, es más fácil contar cruces en casilleros que notas escritas con distintos estilos, tipografías y conceptos. Entonces, tenemos que cada ítem a responder tiene un sistema de categorías u opciones de respuesta. El armado de estas opciones es fundamental, puesto que—dado el requisito de estandarización que comentábamos—tiene que ser absolutamente claro qué es lo que tengo que consignar. Dicho de otro modo, no debe haber chance de que dos personas distintas puedan divergir en el llenado del formulario al tener que registrar una misma información. El número debe ser impersonal: no puede haber criterios personales en juego al decidir cómo se categoriza un aspecto. En nuestro ejemplo: si pregunto el estado civil de los estudiantes de Estadística, tiene que ser clarísimo dónde poner la cruz, entonces debe quedar claro que se trata de estado civil y no de situación conyugal (entonces “casado” es quien oficializó su relación).

Es por lo anterior que, teniendo este trabajo como objeto a la información estadística, nos ocuparemos aquí de describir no solo qué datos se recogen y de presentar algunos números, sino también de acercarnos al proceso a través del cual esos números finales son construidos. Vamos a dar cuenta entonces también de los formularios a través de los cuales se configuran esos datos. Y vamos a intentar acercarnos a algunos de los usos, es decir, de los modos cotidianos en que quienes trabajan en Salud se vinculan con el llenado de los formularios y registros.

Asimismo, puede haber una diferencia entre lo que se registra en el formulario y lo que se consolida. Con “consolidar” hacemos referencia a aquello que efectivamente se presenta en el conteo final. Siguiendo con nuestro ejemplo, puedo haber preguntado a los estudiantes de Estadística el lugar donde nacieron, o el lugar en donde vivían hace cinco años, para tener un dato aproximado sobre su condición de migración, pero puede suceder que al momento de contabilizar los formularios yo cuente con menos recursos de los que imaginé inicialmente y decida que es mejor presentar cuántos estudiantes de Estadística viven actualmente en la Ciudad de Buenos Aires.

También puede pasar que un dato lo pueda consolidar de distintas formas: puedo presentar entonces un número que diga “estudiantes de Estadística que han nacido

en el exterior” o elegir poner “estudiantes de Estadística que han nacido en países limítrofes”, “estudiantes que han nacido en otros países de Latinoamérica” y “estudiantes que han nacido en un país no latinoamericano”, cuando yo he preguntado por país de nacimiento. Así, decimos que un número es “agregado” cuando lo que hace es sumar categorías distintas, como en el primer caso.

La presentación de los datos también puede ser más o menos ilustrativa según combine aspectos o variables. Un cuadro univariado, o de una sola variable, es cuando yo presento a los estudiantes de Estadística según el nivel alcanzado en sus estudios. Pero quizás esa misma información puede ser más útil si yo “cruzo” esa información, es decir si la combino, con otra que me permita una mejor interpretación de los datos. Por ejemplo, con el momento en que empezaron. Porque entonces yo puedo ver qué número se corresponde con quienes han comenzado sus estudios el año pasado, y es lógico que hayan avanzado poco en sus estudios, y cuál con quienes estén quizás considerando en abandonar sus estudios o con la lentitud en el ritmo de consecución de estos. También, puedo tener datos acerca de si quienes avanzan menos en sus estudios es que trabajan, o tienen hijos, o si es independiente de aquello y entonces tengo que pensar la causa en relación con la oferta educativa en sí misma.

En el caso particular que interesa a nuestro trabajo, además, es necesario señalar que la presentación de datos consolidados implica la publicación de un documento oficial. El carácter de “oficial” de una cifra lo da el hecho de que sea presentada, como en este caso, por organismos dependientes del Estado –particularmente, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, desde su actual Ministerio de Salud o su anterior Secretaría–.

Finalmente, debemos mencionar que la información estadística plantea un problema de veracidad, en relación con la necesidad de que los números presentados reflejen exactamente aquello que se dice presentar. Es decir, si yo presento un número bajo el título “distribución por sexos de estudiantes de Estadística”, tengo que haber contado a todos los estudiantes de Estadística según lo definí al principio. Si yo solo conté a algunos porque no tuve tiempo, o porque no logré contactarlos a todos, es algo que tengo que aclarar. Insistimos: el número que presente debe dar cuenta de aquello que digo estar contabilizando. Si no lo hace, es fundamental que esté aclarado a quienes sí se ha contado efectivamente. Pero quien lee el dato final tiene que estar informado respecto de si esos números hablan de lo que sucede con algunos de los estudiantes de Estadística –y en tal caso, con qué parte de ellos– o con todos.

La intención de este trabajo es, asimismo, poder dar cuenta de esto último. Si hay datos que de un modo u otro, se pierden en el camino –y entonces el número final de “estudiantes de Estadística con síntomas de estrés” no se corresponde con los estudiantes que efectivamente tienen síntomas de estrés– es inherente a nuestro interés el señalarlo.

Finalmente, a modo de concluir el sucinto glosario que aquí hemos presentado, debemos mencionar que el concepto de “datos primarios” hace referencia a los datos que uno mismo ha construido –de los cuales, por tanto, debe conocer el proceso de construcción en su totalidad– y “datos secundarios” remite a aquellas cifras tomadas de otras fuentes.

Segunda Parte

A continuación describiremos la información existente, esto es, los datos estadísticos epidemiológicos que se encuentran publicados y a disposición de quien desee consultarlos. Junto con lo anterior, iremos haciendo breves menciones a los modos de recolección de aquellos datos, siempre en términos netamente descriptivos. En tal sentido, describiremos las fichas¹⁰ utilizadas para la recolección de datos, en los casos en que hemos podido acceder a ellas. También, haremos referencia a la existencia o no de instructivos que indiquen cómo completar estas fichas, y a la disponibilidad –o no– de elementos que faciliten la lectura de las cifras publicadas.

EL SUBSISTEMA PÚBLICO

El subsector público de Salud perteneciente al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con 13 Hospitales Generales de Agudos (HGA), 2 Centros de Salud Mental (CSM), 41 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs), 19 Hospitales Especializados (HE), 2 Centros Odontológicos Infantiles, 39 Centros Médicos Barriales (CMB), 82 consultorios de médicos de cabecera, 68 consultorios de odontólogos de cabecera. Debido al objetivo específico de nuestro trabajo, salvo menciones específicas que consideremos útiles a fin de clarificar la descripción, nos ceñiremos a los 55 primeros –efectores polivalentes dentro de los cuales pueden encontrarse profesionales pertenecientes al área de Salud Mental– y principalmente a 4 de los hospitales monovalentes –aquellos cuya especialización es, precisamente, la Salud Mental–. Estos últimos son el Hospital Borda (casi exclusivamente, de hombres), el Hospital Moyano (de mujeres), el Tobar García (Infanto-juvenil) y el Alvear (de emergencias psiquiátricas). Cabe no obstante señalar que entre los HGA existen dos que poseen internación para pacientes de Salud Mental –el Piñero y el Álvarez–. Este último cuenta con internación para varones solamente, mientras que el segundo tiene dos unidades de internación que contemplan ambos sexos.

Respecto de la organización del Sistema de Salud Pública en la Ciudad de Buenos Aires, en el año 1989 se consagró la existencia de un servicio hospitalario denominado “Área Programática”. La Ciudad se dividió en doce áreas, asignadas cada una de ellas a un Hospital General de Agudos. Organizados sobre esta base, los establecimientos de Atención Primaria dependen del Área Programática a la que corresponden territorialmente. En el año 2008 se estableció una nueva delimitación geográfica, cuyos límites aún están trazados de modo provisorio¹¹. Se trata de la división de la Ciudad en cuatro Regiones Sanitarias.

¹⁰ A lo largo de esta presentación utilizaremos como sinónimos “ficha”, “formulario” y “planilla” de registro, obediendo la utilización de uno u otro término a la fidelidad para con cómo el instrumento es referido por la agencia respectiva.

¹¹ Tal carácter de provisoriedad se debe a que la descentralización sanitaria debería coincidir con la descentralización administrativa de la Ciudad, aún no completada. En tal estado de transición, las Direcciones Generales de esas Regiones, en vista

QUÉ DATOS SE ENCUENTRAN PUBLICADOS, REFERENTES A CUÁNDO, Y CÓMO

A continuación, describiremos cuál es la información estadística sobre Salud Mental que se encuentra disponible oficialmente en la Ciudad de Buenos Aires. Junto con lo anterior, presentaremos algunas cifras, consolidadas según criterios propios que serán debidamente explicitados, y que hacen a la finalidad de este trabajo. Cabe señalar que, dado que ponemos en conocimiento qué otros datos existen, invitamos a realizar la consulta sobre aquellos que no hemos llegado aquí a analizar. Vale decir que el hecho de que aquí nos limitemos a trabajar con un recorte de la información disponible no quiere decir que nuestro análisis no pueda enriquecerse con nuevos estudios sobre el mismo tema, o con nuevos cruces de la información disponible.

Por otro lado, es necesario también aclarar que la totalidad de los datos oficiales a disposición del público (incluyendo a investigadores) se corresponde con lo publicado en Internet, en la página del Gobierno de la Ciudad¹². Hemos indagado respecto de la existencia en papel de datos anteriores a las fechas digitalizadas, pero si bien se nos ha indicado que se encontraban disponibles, no hemos podido dar con tales publicaciones. De tal modo, hemos considerado que puesto que resulta al menos dificultoso acceder a tales datos para quien se encuentra investigando en la temática, más difícil habrá de resultar aun para quien desea realizar una consulta desde su papel ciudadano –y no destina para ello de tiempo exclusivo–. Por lo anterior, concluimos en una equivalencia provisoria y a fines de este trabajo entre los datos publicados y lo disponible en la web.

A fines expositivos, dividiremos nuestra presentación según las distintas dependencias que elaboran las cifras existentes –y que se relaciona con su ubicación en la página digital del Gobierno de la Ciudad–.

Departamento de Epidemiología

El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Ciudad fue creado por la Resolución 1727/04. Aquella misma normativa enmarca su tarea en la promoción de los Análisis de Situación de Salud (ASIS). Los ASIS tienen por función describir y analizar la situación de salud/enfermedad/atención de los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires. A tales fines, articulan datos sociales

a corregir la falta de correspondencia entre los límites de las Áreas Programáticas y los suyos propios, lanzaron una disposición que establece que “hasta tanto no se determinen los nuevos límites de las Áreas Programáticas, que deberán coincidir con las Comunas, se registre la producción de dichos Centros en las regiones donde corresponden los hospitales de los que dependen”. Comunicación interna, Ministerio de Salud, GCBA, 8/9/2008.

12 Cuya dirección virtual es <www.buenosaires.gov.ar>. Para consultas específicas sobre los datos aquí elaborados, la publicación se encuentra en <www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/programas/smp_pivesam.php> y <www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas>.

y demográficos, de salud/enfermedad, y de recursos del Sistema de Salud, obtenidos de fuentes secundarias.

Puesto que ellos toman como fuente secundaria parte de la información que describiremos a continuación, nos interesa presentar los datos relativos a Salud Mental que en él se muestran, a modo de introducción a nuestra materia. Es de señalar que es el único informe del Ministerio de Salud que hemos podido encontrar que los utilice.

Nos proponemos aquí, como hemos dicho, ahondar en el proceso de construcción social e institucional de datos estadísticos. Es por ello que nuestro trabajo gira fundamentalmente en torno a quienes producen y publican la información primaria. Sin embargo, puesto que también nos interesará, como parte de aquel proceso, dar cuenta de la elaboración y publicación de las dimensiones poblacionales, nos pareció interesante incluir a modo inicial este análisis¹³. En primer lugar, a fines expositivos, puesto que no retomaremos el proceso de producción en profundidad –como sí haremos con el resto de los datos–. En segundo lugar, a fin de introducir al lector en la temática mediante datos breves y simplificados. Es que, como podremos observar, los datos relativos a Salud Mental en el ASIS son escasos y meramente descriptivos.

Copiamos así en el Cuadro N° 1 (Anexo) la información disponible en el ASIS 2004 en su totalidad. Esta información nos resulta interesante puesto que cubre un período¹⁴ –para el cual no hemos podido obtener información por otros medios–. El Cuadro N° 2 (Anexo) muestra información que nos ha resultado de interés, disponible en el ASIS 2005. Cabe aclarar que además de lo que mostramos aquí, en este año aquel informe presenta otros datos relativos al área de Salud Mental, extraídos del PIVESAM. Ahora bien, puesto que los describe tal como el mismo programa los publica, estos datos serán aquí retomados en el apartado correspondiente. Estamos haciendo referencia a la distribución porcentual de motivos de consulta; distribución porcentual por sexo y edad; distribución porcentual por procedencia y, finalmente, por situación laboral.

El ASIS 2006 repite los datos anteriores (citando el mismo período al que hizo referencia en el 2005). El año 2007 este informe no se encuentra disponible. En el 2008 el modelo del ASIS es reemplazado por lo que se denomina “Informe de Comunas y Regiones Sanitarias” o “Herramientas para la actualización de la Vigilancia y el Análisis de Situación de Salud” (el subrayado es nuestro), y no figuran datos correspondientes al área de Salud Mental. Para el 2009 solo hay datos respecto de infecciones respiratorias agudas.

¹³ La cual puede consultarse en <www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/epidemiologia/analisis_situacion.php>.

¹⁴ Si bien se trata de un período ciertamente ambiguo, tal como puede constarse en el cuadro que ha sido copiado aquí de modo textual (donde el título pareciera no condecirse con las fuentes citadas).

Estadísticas en Salud

Presentaremos aquí el mayor caudal de información estadística producida en el ámbito de Salud del Gobierno de la Ciudad. Esto implica que realizaremos una descripción minuciosa intentando dar cuenta de lo existente, al tiempo que enfatizando los datos propios de nuestro objeto particular: el área de Salud Mental. Cabe anticipar que se trata del sector más institucionalizado respecto de la tarea de construcción de información poblacional para el Sector Salud.

Esta dependencia, que en los primeros informes publicados aparece consignada como “Dirección de Estadísticas para la Salud”, pareciera hoy tener un lugar más impreciso en el organigrama del Ministerio de Salud perteneciente al Gobierno de la Ciudad –lo cual queda de manifiesto al observar los membretes de los informes correspondientes a los años 2008 y 2009, donde puede leerse de modo indistinto “Estadísticas de Salud” o “Estadísticas para la Salud”, sin referencias a la ubicación de “raviol”, tal como lo suelen denominar los propios actores ministeriales–.

A partir del 2006, consta especificado en la página web oficial la elaboración de los informes por parte de los Departamentos de Redes Estadística y de Procesamiento y Codificación de datos, para el caso de lo hospitalario. En cuanto a Atención Primaria, desde el 2007 figura como responsable el Departamento de Análisis Estadístico. Describiremos a continuación la información disponible, para lo cual debemos insistir en que esta se corresponde con lo publicado en Internet. De tal manera, organizaremos nuestra presentación según puede encontrarse en aquel sitio.

Al interior de esta dependencia, entonces, encontramos datos agrupados en tres ejes temáticos que responden a programas estadísticos continuos:

- *Diagnósticos de pacientes egresados*
- *Movimiento hospitalario*
- *Atención primaria*

Los datos primarios se obtienen de los diferentes sectores donde ocurren los eventos, tal como lo iremos puntualizando. A continuación, realizaremos una descripción exhaustiva y en detalle respecto a qué aspectos son relevados para cada uno de estos ejes, y de qué modo. También, cuáles de ellos son publicados, y con qué tipo de procesamiento. Finalmente, iremos articulando lo anterior con información respecto del modo en que se produce la totalidad del proceso que va del registro, pasando por la consolidación, a la presentación oficial de los datos.

Diagnósticos de pacientes egresados

En la web se puede encontrar¹⁵ información estadística referida a lo anterior desde el año 2005 y hasta el 2009. Se encuentran tanto los consolidados totales

¹⁵ Valga la aclaración: se trata de lo disponible al momento de la realización del presente trabajo, esto es, hasta principios del 2011.

anuales como, a partir del 2006, consolidados parciales, que poseen como corte –esto es, como delimitación temporal de las cifras presentadas– cada uno de los primeros semestres de aquellos años. En el caso particular de los diagnósticos de pacientes egresados, la información disponible llega solo hasta el primer trimestre del 2009.

Los diagnósticos de pacientes egresados son presentados siguiendo los capítulos del CIE-10 (OMS) (Clasificación Internacional de Enfermedades –décima revisión, compilada por la Organización Mundial de la Salud–)¹⁶. Para facilitar la lectura de la información, pueden encontrarse primero las cifras sintetizadas según los capítulos de aquel nomenclador, y luego detallados según las categorías diagnósticas de tres dígitos que el mismo ofrece.

Lo anterior se elabora en base a los procedimientos resumidos recomendados en la CPS (OPS) (Clasificación de Procedimientos en Salud, Organización Panamericana de Salud), y también en base a un criterio de clasificación intermedio, agrupado por sitio anatómico. Si en el caso de los HGA la información se agrupa según tipo de Hospital, no se pierde en ningún momento la identificación diferenciada de cada uno de los mismos. Es decir, que las categorizaciones surgen del CIE-10 y el OPS, por un lado, mientras que, por el otro se conservan los efectores como entidad de categorización.

Respecto del primer tipo de categorizaciones, se presentan 1172 categorías, bajo 20 capítulos diferentes. Es decir que cada profesional debe elegir una entre 1172 categorías para clasificar lo atendido, para lo cual cuenta con el auxilio de los capítulos que permiten ubicar más fácilmente su especialidad. Entre estos capítulos, para los Hospitales de Salud Mental los diagnósticos se encuentran en su mayoría dentro del capítulo “Trastornos mentales y del comportamiento”, para el cual figuran 45 categorías diagnósticas. Eventualmente se agregan “Enfermedades del sistema nervioso” y “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”.

Solo se presentan integrados los datos anuales relativos a Hospitales Generales de Agudos, el resto está disponible para consultar solo por hospital. Cabe señalar que la categorización por tipo de Hospital no responde al modo en que se recogen los datos, sino a cómo se elige presentarlos desde el Ministerio. En el Cuadro N° 3 (Anexo) presentamos entonces las cifras de los principales capítulos vinculados a Salud Mental (puesto que el tercero mencionado es inespecífico), para los HGA en los años en que se encuentran disponibles¹⁷.

Movimiento hospitalario

En este ítem se muestra la producción realizada por los establecimientos públicos de la Ciudad de Buenos Aires desde el año 2005, bajo las modalidades de

¹⁶ En inglés ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*.

¹⁷ Cabe advertir que estas cifras no se corresponden de modo mecánico con ningún efector en particular: hemos controlado especialmente que no se tratara de un número similar al aportado por los HGA que poseen servicio de internación para Salud Mental.

internación y consultorios externos. Ambos niveles asistenciales son elaborados estadísticamente en base a un programa computarizado diseñado *ad hoc* por la propia área de Estadísticas.

Se encuentran integrados a la base 29 establecimientos¹⁸, y los datos se presentan por hospital y especialidades. Según lo consignado en el informe, el procedimiento por el cual se obtienen estos datos es mediante un circuito formalmente establecido con el sector de Estadística que se encuentra al interior de cada uno de los hospitales. Allí se relevarían diariamente los registros llenados por cada uno de los servicios correspondientes, consolidados luego por especialidades en el sistema de movimiento hospitalario computarizado. La consolidación de estas cifras se realizaría mensualmente, a fin de ser elevadas al área de Estadísticas con esta misma frecuencia. Esta área a su vez, consolidaría lo disponible, confeccionando informes relativos al primer semestre del año y anuales (estos últimos, de carácter integrador). Según se muestra en la *web*, este informe consta de la descripción numérica de la producción, al tiempo que se ponen a disposición los métodos utilizados –incluyendo procedimientos y definiciones–. No se encuentran publicados ningún tipo de dato de índole interpretativa, es decir, que habilite alguna lectura de los cuadros. Dicho de otro modo, los informes son de orden netamente descriptivo, y lo que se pone a disposición son los métodos y conceptos utilizados.

Junto con las publicaciones disponibles, pueden también encontrarse tres cuadros que presentan series, en términos de datos agrupados presentados a lo largo de distintos años, a fin de facilitar la comparación. Las series disponibles son 1999-2008; 1998-2007 y 1999-2009. No hemos podido colegir el motivo de esta presentación diferenciada (es decir, por qué no se presenta una única serie 1998-2009 que incluya las anteriores), pero cabe resaltar que es en estos cuadros agrupados donde puede obtenerse la información más antigua –dado que, como hemos mencionado, la información publicada ofrece datos a partir del 2005–.

¹⁸ Según citamos a continuación: Hospitales Generales de Agudos: Teodoro Álvarez, Cosme Argerich, Carlos Durand, Juan A. Fernández, José Penna, Parmenio Piñero, Ignacio Pirovano, José María Ramos Mejía, Bernardino Rivadavia, Francisco Santojanni, Enrique Tornú, Dalmacio Vélez Sarsfield, Abel Zubizarreta. Hospitales Generales de Niños: Pedro de Elizalde, Ricardo Gutiérrez. Hospitales Especializados: Materno Infantil Ramón Sardá, Infecciosas Francisco Muñiz, Oncología María Curie, Quemados, Gastroenterología Bonorino Udaondo, Oftalmológico Pedro Lagleyze, Oftalmológico Santa Lucía, Salud Mental José Borda, Salud Mental Braulio Moyano, Salud Mental Infante Juvenil Carolina Tobar García, Emergencia Psiquiátrica T. de Alvear, Rehabilitación Psicofísica, Manuel Rocca, Rehabilitación Respiratoria María Ferrer (los nombres son los consignados en el informe respectivo de la Dirección de Estadísticas de Salud), Centro de Salud Mental N° 3 Florentino Ameghino. A partir del 2007, dado el cambio de dependencia –desde el Área Programática del Hospital Pirovano hacia el Ministerio de Salud– se incorpora a la información el Centro de Salud Mental N° 1. Vale aclarar que la dependencia de este último Centro figura de modo diferente según el documento oficial que se consulte, pero hemos deducido que fue esto último lo que sucedió, existiendo cierta demora en registrar el cambio.

Internación

Como parte de nuestro relevamiento de campo pudimos acceder a una ficha de registro, denominada “Informe estadístico de hospitalización”. Desconocemos desde qué momento funciona pero podemos suponerle una antigüedad previa al 2005, año para el cual figuran publicados los datos que aquí trabajamos, dado que en su membrete puede leerse “Secretaría de Salud”¹⁹.

Los datos a ser completados allí son: identificación del establecimiento, código del mismo; número de historia clínica. En cuanto a datos del paciente: apellido y nombre del paciente; fecha de nacimiento; edad al ingreso; tipo y número de documento (a lo cual se agrega para menores de un año tipo y número de documento de la madre); residencia habitual (si es en el extranjero, se consigna solo el país), sexo (incluye como categoría, además de “femenino” y “masculino”, “indeterminado”), pertenencia o asociación a obra social, plan de salud privado o mutual, plan o seguro público (a lo que se agregan como categorías “más de uno” y “ninguno”); nivel de instrucción (último nivel de instrucción alcanzado, a completar con el nivel de instrucción de padre o madre para menores de 14 años, incluyendo la categoría “nunca asistió”, así como la posibilidad de completar según sistema educativo reformado o no reformado); situación laboral (también para menores de 14 años se consigna la de padre o madre) con las categorías “trabaja o está de licencia”, “no trabaja” y las sub-categorías de esta última “busca trabajo” y “no busca trabajo”; ocupación habitual (pregunta abierta, con igual consideración para menores de 14 años).

En cuanto a datos institucionales: si está hospitalizado por consultorios externos, emergencia, por traslado de otro establecimiento, en sala de partos u otros (categoría esta última que pareciera incluir la hospitalización por oficios judiciales, según ha sido relatado en campo, aunque esto no consta en la misma ficha ni se ha encontrado instructivo en tal sentido). Luego hay tres instancias en las que poder llenar fecha de ingreso; servicio; sector y días de estadía. Le sigue a esto fecha de egreso, hora, total de días de estadía, tipo de egreso (alta médica, traslado, defunción, retiro voluntario, otros); realización o no de procedimientos quirúrgicos u obstétricos y en tal caso fecha de operación y días de preoperatorio. Se agregan datos respecto de: diagnóstico principal al egreso, otros diagnósticos, y procedimientos quirúrgicos y obstétricos (y sus respectivos códigos). Seguidamente, está la posibilidad de completar si existieron “otras circunstancias que prolongan la internación (caso social o judicial)”, con su respectiva fecha de inicio y los días de estadía por otras circunstancias. Finalmente, la posibilidad de completar en caso de causa externa por traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos, el motivo por el que se produjo, el lugar y el modo. El último casillero se llena solo en caso de haber existido un evento obstétrico, con categorías relativas a este. El formulario termina con la firma y aclaración del médico interviniente. Toda esta información, se aclara en la ficha de registro, se encuentra protegida por la normativa vigente respecto del secreto estadístico.

¹⁹ Vale aquí recordar que fue a partir de aquel año que el área de Salud del Gobierno de la Ciudad adquirió la jerarquía de Ministerio.

Ahora bien, no toda esta información se encuentra consolidada (o al menos, disponible). Sin ahondar en temáticas particulares que no hacen a nuestro objeto²⁰ mencionaremos a continuación qué datos y en qué formato se encuentran publicados.

En relación con las variables consignadas, existen datos para internación presentados tanto en valores absolutos tanto como en relativos. Estos refieren índices convencionales, cuyas definiciones se corresponden con el Programa Nacional de Estadísticas para la Salud (PNES). Ellos son: egresos (de pacientes vivos, por un lado; por fallecimiento, por el otro); pases (traslado de un paciente internado hacia otro sector del establecimiento); camas disponibles (aquellas con las que cuenta el establecimiento, independientemente de que estén o no ocupadas²¹); y pacientes por día –según consta en su definición operacional–:

Permanencia de un paciente internado, es decir ocupando una cama en un establecimiento de salud, durante un período comprendido entre las 0 y 24 horas de un mismo día. Se calcula sumando los pacientes que han permanecido internados en una fecha determinada correspondiente a un día censal. A la existencia a las 24 horas hay que sumar los pacientes que ingresaron y egresaron del establecimiento en el mismo día.

Los datos anteriores se completan con una serie de fórmulas, a saber:

- *Promedio de Pacientes por Día*: se calcula dividiendo el total de pacientes día del período por el número de días del período (365). Indica el número de pacientes que en promedio estuvieron hospitalizados diariamente.
- *Promedio de Camas Disponibles*: se calcula dividiendo el total de días camas disponibles del período por el número de días del mismo (365). Indica el número de camas que en promedio estuvieron disponibles diariamente.
- *Porcentaje Ocupacional*: se calcula dividiendo el total de pacientes día del período sobre el total de camas disponibles del período por cien. Indica el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante el año.
- *Promedio de Permanencia*: se obtiene dividiendo el total de pacientes día del período sobre el total de egresos del período. A fin de obtenerlo diferenciado por especialidad y grupos de especialidades, el cálculo utiliza como dato al agregado de egresos más pases. La cifra resultante representa la permanencia de los pacientes durante un período de tiempo.
- *Giro*: se obtiene al dividir el total de egresos del período sobre el promedio de camas disponibles. Al igual que el promedio de permanencia,

²⁰ Por ejemplo las prestaciones obstétricas y partos, la producción en odontología y en servicios de alimentación, principalmente.

²¹ Número relativamente estable, del cual hay que deducir si se han retirado camas (para reparación, desinfección o clausura temporaria del servicio) o si se eventualmente se han agregado, en base a una demanda estacional o emergencia.

cuando se desea obtenerlo diferenciado por especialidad y grupos de especialidades, el cálculo utiliza como dato al agregado de egresos más pases. Esta medida da cuenta de la utilización de las camas, al indicar el número de pacientes egresados por cama durante el año.

- *Tasa de Mortalidad Hospitalaria*: se calcula al dividir las defunciones del período sobre la cantidad de egresos acaecidos en el mismo. En este caso, los egresos considerados deben incluir tanto a las altas como a las defunciones. Indica la proporción de defunciones sobre el total de los egresos.

Se trata en todos los casos de medidas de resumen, que permiten construir información no solo respecto la población, sino además respecto del funcionamiento institucional. Por otro lado, la complejidad del panorama hospitalario es algo a lo que solo se accede a través de la lectura conjunta de las distintas tasas.

Las cifras disponibles empiezan en el año 2005. Para este año pueden encontrarse egresos, índices de internación (promedio de camas disponibles, promedio pacientes por día, porcentaje de ocupación, promedio de permanencia, giro, tasa de mortalidad hospitalaria) y consultorios externos, según especialidades, para cada uno de los hospitales (cada uno por separado, con documento aparte).

También se muestran aquellos datos divididos en tres según lo definido como “tipo de hospital”. Esta categorización construye tres grupos diferenciados, a saber: Hospitales Generales de Agudos, Hospitales Generales de Niños y Hospitales Especializados (en los que se incluyen Sarda, Muñiz, Oncología, Quemados, Udaondo, Lagleyze, Santa Lucía, Borda, Moyano, Tobar García, Alvear, Rocca, Rehabilitación Psicofísica, y María Ferrer). *Valga recordar que esta categorización es realizada por los niveles centrales a fin de presentar consolidada la información.* En estos cuadros encontramos para este año los egresos totales (en números absolutos y en porcentajes), el número de consultas externas (también en valores absolutos y cifras relativas), el promedio de pacientes por día, el promedio de camas disponibles, el porcentaje ocupacional, el promedio de permanencia, y el giro).

Esto dificulta interpretar de modo particular los datos de Salud Mental, puesto que por un lado tenemos algunas pequeñas cifras pertenecientes a los hospitales Piñero y Álvarez (que figuran en las especialidades de estos dos hospitales) y por otro lado, números desglosados de Borda, Moyano, Tobar y Alvear en el conjunto de Hospitales Especializados. Al interior de estos cuatro hospitales especializados encontramos cifras respecto del movimiento de internación (ingresos, pases, ingresos más pases, altas, defunciones, total de egresos, pases, egresos más pases, promedio de camas disponibles, pacientes por día) según especialidades, siendo estas Medicina (Clínica Médica, Neurología y Salud Mental) y Cirugía, para el Borda; dividiendo Cirugía en Cirugía General y Ginecología en el Moyano, al tiempo que Medicina solo en Clínica Médica y Salud Mental; en el caso del Alvear, Medicina incluye a Salud Mental y Adolescencia, y esto se escinde de urgencia que se totaliza como equivalente a Emergencia. Finalmente para el Tobar García, Pediatría equivale a Psiquiatría y ambas, a su vez, al total de prestaciones.

Sobre el año 2006 se brinda idéntica información que en 2005, solo se agrega un documento visualmente más atractivo y que incluye asimismo algunos gráficos. En el 2007 la información continúa siendo la misma, aunque esta vez sin el agregado de aquel documento actualizado.

Mientras el 2008 repite los mismos datos, incorpora una novedad, puesto que realiza una consolidación ordenada por las incipientes Regiones Sanitarias. En uno de los cuadros presentados, se distinguen las cuatro regiones y, en quinto lugar, una división relativa específicamente a la Salud Mental. De tal manera, es esta la única oportunidad en que se encuentran agrupados los Hospitales Borda, Moyano, Tobar García y Alvear, a fin de mostrar de modo comparativo cifras de egreso, indicadores de internación y cantidad de consultas externas. Vale aclarar que pese a esto, no se encuentran subtotales de ninguno de estos grupos (ni de las cuatro regiones, ni de Salud Mental), y que tampoco se incluyen ni se hace referencia a la existencia de servicios de internación específicos de Salud Mental en dos de los Hospitales Generales de Agudos –Álvarez y Piñero, como ya hemos especificado–.

El año 2009 retira esa innovación, pero a cambio aporta una distinta. Para el primer trimestre del año, pueden consultarse respecto de los Hospitales Especializados: los egresos clasificados según grupo de edad y sexo y hospital; los egresos con procedimientos clasificados según capítulos de la clasificación de procedimientos en salud (CPS) y por hospital; los egresos clasificados según residencia habitual y hospital; y los egresos del conurbano clasificados según partidos y hospital. Para los Hospitales Generales de Agudos, los datos están agrupados por Región (e incluyen: categorías diagnósticas más frecuentes; egresos y promedio de días de estada según las treinta categorías más frecuentes; egresos según grupo por sitio anatómico de la clasificación de procedimientos en salud –CPS– y regiones sanitarias; egresos según capítulos de la clasificación de procedimientos en salud –CPS– y regiones sanitarias; porcentaje de egresos clasificados según capítulos de la CIE –10 y regiones; egresos según grupo de edad, sexo y región; y egresos clasificados según cuartiles de edad y regiones sanitarias–).

Los egresos se encuentran clasificados según capítulos de procedimientos en medicina, quirúrgicos y terapéuticos, y según capítulos de la CIE-10. Se los puede buscar por hospital.

Además de lo anterior, encontramos consignadas las tres series de datos que hemos consignado arriba (1999-2008; 1998-2007 y 1999-2009). Es elaborando estos datos, agrupándolos para el período 1998-2009 al tiempo que recortando del grupo de hospitales especializados a los cuatro establecimientos monovalentes de Salud Mental, que presentamos los indicadores de internación disponibles. Ellos pueden verse en los Cuadros N° 4 al 8 (Anexo). Además de los que allí presentamos, existen otros indicadores hospitalarios, como ser los de “porcentaje de camas disponibles según tipo de hospital y años”; “porcentaje de egresos según tipo de hospital y años”. El punto que a fines de nuestro trabajo interesa resaltar nuevamente es que en estos casos, cuando se hace referencia a “tipo de hospital” a fin de la presentación de los datos, la división tripartita consigna: Hospitales Generales de Agudos, Hospitales Generales de Niños y Hospitales Especializados (categoría que incluye todos los monovalentes, y dentro de ellos, a los 4 especializados en Salud Mental). Cuando los datos se presentan solo de

modo consolidado, no existe la posibilidad de desglosar los datos específicos correspondientes a esta área. Es decir que presentamos en nuestro cuadro los únicos datos que pueden obtenerse desglosados para los Hospitales especializados en Salud Mental, relacionándolos con las otras cifras a modo comparativo. Entonces, más allá de la lectura del cuadro, nos interesa volver a resaltar el modo en que se encuentran categorizados aquí los establecimientos.

Consultorios externos

Respecto de la actividad de consultorios externos, esta se encuentra clasificada en tres grupos, a saber: consultas de primera vez, interconsultas y consultas ulteriores.

A partir del año 2008 (es decir, para los períodos 2008 y 2009 –según lo que se encuentra disponible al momento de realizar nuestro trabajo–), se presentan a modo de datos complementarios una serie de cuadros. Entre ellos, el movimiento agrupado por las recientemente creadas “Regiones Sanitarias”²².

En cuanto a la atención por consultorios externos, a partir del registro “Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias” los Departamentos de Estadística de los hospitales consolidan las consultas por tipo y especialidades y las eleva mensualmente al nivel central. En el área de Estadísticas de Salud, se efectúa la elaboración mensual conformando la consolidación anual por hospital y especialidades. Esto se basa en la definición de “consulta médica”, entendida como la atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio en un consultorio externo o en una unidad de emergencia para pacientes externos.

Diferenciándose de lo anterior, aparecen las prestaciones de Salud Mental. A fin de consignar estas, se utilizan unidades de medida que fueron reformuladas por profesionales del sector a partir del año 2000²³. La fuente primaria de la cual se obtienen los datos es un formulario confeccionado por los profesionales del área, denominado “Registro diario de actividades de consultorios externos de Salud Mental”. A nivel del Servicio de Salud Mental, se elabora un consolidado mensual, denominado “Resumen mensual de prestaciones de consultorios externos de Salud Mental”. Este último es elevado al nivel central (Área de Estadísticas en Salud) a través del sector de Estadística con que cuentan cada uno de los hospitales. Es en este último hito donde se consolidan las actividades para generar el movimiento anual. *Cabe señalar que “Salud Mental”, pese a la diversidad de profesionales intervinientes, es consignada en los distintos informes como “Especialidad”, e incluye principalmente a psicólogos y médicos psiquiatras.*

²² También hay otras innovaciones en el área de Odontología (donde se integran los movimientos articulando servicios de hospitales generales de agudos, de hospitales generales de niños y de especializados) y en el de alimentación (donde se introducen nuevas unidades de medida), además de la incorporación de las prestaciones brindadas por profesionales obstétricas. La inclusión de los tres hospitales odontológicos –el José Dueñas, el Ramón Carrillo y el de Odontología Infantil, Benito Quinquela Martín– permitía en estos años sumar un total de 32 efectores.

²³ Es necesario aclarar que no se ha podido acceder al documento donde tal consenso es fundamentado.

En el año 2000 se realizaron las denominadas “definiciones operativas”, a manos de una comisión de profesionales considerados como especialistas en la materia. Esta comisión estuvo formada *ad hoc* a fin de redefinir el subsistema de registro estadístico por presentar características diferenciales con la clásica atención de consultorios externos. A diferencia de lo que sucede en aquellos, aquí la unidad de medida que resultó definida fue la “entrevista”, distinguiéndose entre la de admisión y ulteriores. Las definiciones se presentan en el Cuadro N° 9.

En cuanto a los números que se encuentran consolidados, pueden conocerse las consultas externas según hospital y años, tanto en números absolutos como relativos. Se encuentran estas también desglosadas según lo denominado “grupos de especialidades”, por un lado, que incluye medicina, cirugía, pediatría, tocoginecología, urgencia, promoción y protección y “atención primaria”, por otro lado, para el caso de los HGA que se encuentra a su vez dividida en las categorías “áreas”²⁴, “médicos de cabecera” y “centro de salud”. También, en el documento aparte de cada uno de los hospitales se puede ver la consulta externa por especialidad, distinguiendo primera vez, interconsulta y ulterior.

Salud Mental por consultorios externos

A partir del año 2005 se encuentran disponibles los datos relativos a las admisiones realizadas en Salud Mental. Estas se encuentran desagregadas por grupos de edad y hospital, y también por sexo, grupo de edad y hospital. Presentamos datos extraídos de este último cuadro por ser más detallado (véanse los cuadros 10 al 19 en el Anexo). En cuanto a los establecimientos, las cifras se encuentran particularizadas al tiempo que agregadas en tres grupos, a saber, hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños y hospitales especializados. Entre estos últimos, para el caso de Salud Mental, se incluye el Centro de Salud Mental N° 3 Ameghino desde el inicio. El Centro de Salud Mental N° 1 constará aparte desde el 2007, antes de ese momento sus datos engrosaban los de los Hospitales Generales de Agudos puesto que su dependencia era el Área Programática del Hospital Pirovano (véase Nota 6 a pie de página del documento). Lo anterior muestra la existencia de admisiones en Salud Mental en los distintos hospitales especializados, no solo en los específicos de Salud Mental (existiendo cifras respectivas para los hospitales Sardá, Muñiz, Curie, Quemados, Udaondo, Lagleyze, Santa Lucía, Rocca, Rehabilitación Psicofísica y Ferrer).

Esto último se repite en los cuadros que presentan las prestaciones ulteriores de Salud Mental (las que llevan este nombre a partir del año 2006, siendo consignadas en el 2005 como “de psicopatología y salud mental”). Lo que muestra que en aquellos hospitales se realizan tratamientos en Salud Mental, prestación con relativa invisibilidad. En tal sentido, podemos afirmar que, luego de las interconsultas, el mayor número de prestaciones se ubica en referencia a la psicoterapia individual, siendo esta seguida por el área de psiquiatría. Menor

²⁴ No hemos podido encontrar un documento en el que se especifique a qué hace referencia este concepto. Hipotetizamos que remite a la División o Departamento, según el caso, de Área Programática de cada uno de los HGA.

es la cantidad de intervenciones de tipo psicoprofiláctica. Lo anterior puede ser desglosado gracias a los cuadros donde se consignan las prestaciones ulteriores, según las definiciones que hemos mencionado arriba.

Finalmente, debemos mencionar que las prestaciones ulteriores de Salud Mental se encuentran clasificadas no solo por hospital, sino también por lo que en la publicación se denomina como “áreas dependientes”. Este último desglosamiento permite diferenciar las prestaciones de los Hospitales de Día con que cuentan el Álvarez, el Tornú y el Gutiérrez; del Programa de Trastornos Alimentarios perteneciente al Hospital Durand; así como del Centro de Salud Mental N° 1 al interior del Pirovano, para los años anteriores al 2007. Con posterioridad a este año, no obstante, este vuelve a aparecer en el cuadro detallado a fin de presentar desglosados sus Hospitales de Día para niños y adolescentes (“Cigarra”) y para Adultos.

Asimismo, dentro de los hospitales especializados en Salud Mental, también permite observar desglosadas el tipo de prestaciones brindadas por el Borda (a través de su servicio de Hospital de Día, el de Hospital de Noche, y el de Orientación Vocacional), el Moyano (para el cual se utilizan otros criterios, presentándose agrupados los datos de los hospitales de Día y de Noche, por un lado, y diferenciado el servicio de largo y mediano plazo), el Tobar García y el Ameghino (en ambos, diferenciándose el Hospital de Día), y el Alvear (dentro del cual se desglosan los servicios de Adolescencia, de Emergencia y, también en este caso, de Hospital de Día). Durante el 2007 también se modifica este desglosamiento en cuanto a la inclusión del “Infanto-Juvenil”²⁵ desagregado del Hospital María Ferrer.

El 2008 traería como única modificación la suspensión del desglosamiento del servicio de Emergencias al interior de las prestaciones ulteriores del Hospital Alvear, modificación que será conservada en los datos presentados para el año 2009.

Atención Primaria

El sistema de registro para Atención Primaria posee un grado de complejidad importante, puesto que se trata de un sistema computarizado desarrollado ad hoc, denominado SI-APS (del cual el SICESAC es parte integrante). De tal manera, se deben llenar tres fichas, en momentos distintos y por personal también diferente.

Por un lado, un registro de población, ficha diferenciada para cada uno de los consultantes, que incluye a toda persona vinculada a un CeSAC, sea por recibir una prestación individual o por asistir a una actividad grupal que presente continuidad asistencial. La ficha ubica datos a llenar de manera abierta (esto es, con línea de puntos a completar, y no con un sistema de opciones en el cual poner una cruz). Es por esto que se vuelve necesario contar con el instructivo, o tenerlo presente, a fin de completar de modo estandarizado. Describiremos a continuación los ítems del registro y las especificaciones del instructivo en caso

²⁵ La información disponible no especifica si se trata de un Servicio, un Programa o de otro tipo de institucionalidad.

de haberlas (así como en caso de otros registros, lo haremos con las categorías disponibles para su llenado). Enfatizamos lo anterior puesto que, entendemos, hace a la claridad del llenado y de los datos resultantes –tal como iremos analizando a lo largo del presente trabajo–. Cabe señalar que el instructivo nos ha sido facilitado personalmente en su quinta versión por la Dirección de Estadísticas, dado que no hemos podido encontrarlo publicado en Internet.

Los datos que para estos consultantes se registran son: documento (en el instructivo se especifica a este respecto que en algunos casos este puede no ponerse para salvaguardar el anonimato de un consultante, y se comenta un procedimiento particular para documentos extranjeros); apellido y nombre; fecha de nacimiento; estado civil (especificando en el instructivo que es el real –actual– y no el legal el que debe consignarse); sexo; domicilio (especificando qué consignar cuando reside en Ciudad de Buenos Aires y qué cuando no); obra social (también se define qué implica esto y qué se debe consignar); fecha de ingreso (entendida como primera vez en que la persona se registra en un CeSAC); historia clínica (personal o familiar); asistencia escolar (con categorías asiste/asistió/nunca asistió); y finalmente nivel educativo (para personas de 5 o más años) y nivel educativo de la madre (para menores de 18 años), los cuales deben consignarse en base a un código que detalla cada año desde preescolar hasta el último de secundaria o polimodal, al tiempo que agrega estudios terciarios o universitarios como categoría y, también, la posibilidad de ubicar aquí que “nunca asistió”. Se especifica en el instructivo que para quienes han asistido, debe completarse el máximo nivel completado (subrayado en el original). Este dato, refiere el instructivo, debe actualizarse anualmente en cada comienzo de año lectivo.

Los datos anteriores, según continúa aquel, pueden ser obtenidos por personal administrativo debidamente entrenado en el primer contacto con el paciente. A esto se le agregan una serie de variables automáticas, es decir, calculadas por el sistema informático: la edad; el CGP; y el estado (“activo” si ha concurrido en los últimos 18 meses, caso contrario pasa a categoría “pasivo”).

Sin embargo, esto no es lo único, puesto que se deben ingresar aún otros datos que requieren una *evaluación profesional* (subrayado en el original). Esto se relaciona con los Programas en los que se incluye la persona usuaria. En las dos primeras posiciones se puede registrar dos de entre los quince programas definidos por el Ministerio de Salud de Ciudad; en la tercera posición, en caso de ser necesario se puede registrar la inclusión de la persona en un Programa local. Además, se debe completar la fecha de ingreso o baja de los programas –así como la fecha de gestación para el caso de las embarazadas–.

En segundo lugar, se deben registrar los prestadores, es decir, los profesionales. Esto incluye una serie de códigos que identifican al CeSAC y a la profesión y especialización (esta última, solo en caso de los residentes en general y de los médicos, pese a que incluye en sus categorías como especialidad “jefe” y “coordinador”). También, datos personales del profesional deben ser aquí consignados. Asimismo, se solicita indicar: horario que cumple el prestador en el CeSAC; ficha municipal; horas semanales en el CeSAC; horas semanales totales; horas semanales asistenciales (de las que se descuentan actividades como la Jefatura –único ejemplo que figura en el instructivo–).

Finalmente, se deben registrar las prestaciones. Existe una planilla para registrar las individuales, y otra para las grupales. Cabe señalar que existe una definición operacional ampliamente especificada para una y otra. En la de prestaciones individuales se debe poner arriba el código de prestador (especificado al pie de la planilla); el código de identificación del profesional; el número de CeSAC y la fecha. Luego, hay una serie de renglones en los que ir poniendo el número de historia clínica del paciente, su DNI, su nombre y apellido; el tipo de prestación por código (especificado abajo); el ámbito (a saber, intramural, escolar, domiciliario, etc., también especificado al pie); el Programa (especificados abajo los ministeriales, de carácter opcional su llenado); tres posiciones en las que consignar codificado el diagnóstico; tres posiciones en las que consignar codificadas las prácticas realizadas (lo cual compete solo a algunas profesiones); dos posiciones para incluir daciones en términos de insumo (especificado al pie) y cantidad; y finalmente un casillero para observaciones.

En el registro de prestaciones grupales se ubica en el encabezamiento de la planilla el número de CeSAC y esta vez, el mes y año. Luego, la fecha en que tiene lugar una actividad, el tipo de actividad por código (detallado abajo); las actividades específicas que no pueden ser interdisciplinarias (y que incluyen fundamentalmente a los profesionales de Salud Mental); los códigos tanto del Programa como del ámbito en que fue realizada la actividad (especificados al pie); varias posiciones para registrar los profesionales intervinientes (con nombre o código) y también el número de otros intervinientes (entendiendo por tales a personas de otras instituciones o de la comunidad que participan en la actividad grupal). Luego debe consignarse el tiempo en minutos que insumió la actividad; también, el número de encuentro del que se ha tratado, a fin de completar esto solo cuando se trata de una actividad planificada con secuencia programada de desarrollo; finalmente, el número de concurrentes o destinatarios de la actividad.

Puntualizando lo que hemos mencionado al pasar, debemos decir que respecto de los diagnósticos, se ha diseñado un sistema clasificatorio también *ad hoc*, el cual lleva por denominación. Este listado es resultado de la modificación y ampliación de la *Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP)* de OPS-OMS. Según se deja expresado en el instructivo donde figuran los códigos, esta reformulación habría surgido “motivada por la necesidad expresada por profesionales usuarios de contar con ampliaciones de códigos para clasificar problemas relevantes en la atención primaria de la salud”. Este sistema posee aperturas de hasta cuatro dígitos a fin de discriminar más detalladamente las problemáticas, al tiempo que incluye el Capítulo V del CIE-10, que es el referente a Trastornos mentales y del comportamiento (además de incluir consultas relacionadas con salud ambiental, fonoaudiología, y problemas sociales). *La novedad introducida a fin de la adecuación particular a la Atención Primaria es que se usa un mismo clasificador por parte de todos los profesionales, lo cual permite en algún sentido dar cuenta del trabajo interdisciplinario. Dicho de otro modo, no solo se registra la competencia más inmediata y específica de cada profesional, sino también aquellos aspectos vistos aun en una consulta por otro motivo (por ejemplo, un problema de vivienda en alguien que concurre para retirar un método anticonceptivo). Estos*

se encuentra clasificados en 21 capítulos, dentro de los cuales se encuentran repartidas 660 categorías –entre las que se deben seleccionar a lo sumo tres a fin de consignarlas en el registro–.

Respecto del procesamiento de los datos, es necesario en este caso mencionar desarrollos particulares que hacen a un desarrollo informático endógeno, con características peculiares. El año 2005 coincide la primera publicación de resultados que se encuentra disponible en Internet con la introducción de un cambio fundamental en el SI-APS, el sistema de información utilizado para la atención primaria. Este año el que inaugura la implementación de un tablero de mando que permite consultar en cada uno de los establecimientos la información producida.

Los datos se encuentran publicados a partir de aquel momento pese a que entonces el SICESAC (el Sistema de Información particularizado para CeSACs) contaba ya con tres años de vigencia (habiéndose puesto en vigencia el primero de enero del 2003). Aun previo a este es el sistema de información correspondiente al Plan Médicos de Cabecera. El SI-APS integra a ambos prestadores, tal como lo describiremos a continuación. No obstante, nuestro hincapié estará puesto en los CeSACs dado que solo en estos efectores se encuentran profesionales de Salud Mental.

Vale decir, para aclarar lo anterior, que dentro de lo denominado por el Ministerio de Salud local como “Atención Primaria de la Salud” o “Atención Integrada”, se encuentran tanto los CeSACs como los Centros Médicos Barriales y el Plan Médicos de Cabecera. Los Centros Médicos Barriales (CMB) son efectores públicos descentralizados, dependientes de las Áreas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos, que responden a un tipo de financiamiento y gestión particular –que no profundizaremos aquí debido a que excede el objeto de nuestro trabajo–. En ellos atienden médicos generalistas, pediatras, tocoginecólogos, clínicos y odontólogos realizan –en forma absolutamente gratuita– controles de salud, tratamiento de las enfermedades más frecuentes. En principio, está entre sus misiones desarrollar actividades grupales dirigidas a la prevención y promoción de la salud, pero parecieran dedicarse más a tareas de orden netamente asistencial –lo cual también los diferencia de los CeSACs²⁶–. Los CMB deben contar además con prestaciones de enfermería, vacunatorio y trabajadores sociales a fin de facilitar el funcionamiento en red del sistema público merced a su vinculación con los hospitales generales.

Ellos se encuentran vinculados a una suerte de cobertura pública, denominada Plan Médico de Cabecera (PMC). Es este un servicio al que pueden acceder quienes demuestren su domicilio en la Ciudad, y consiste en la posibilidad de acceder a ciertos servicios disponibles en el área correspondiente a su domicilio. Entre estos servicios se encuentran los CMB y también la posibilidad de acceder a ciertos consultorios particulares de profesionales que se desempeñan en el hospital de

²⁶ En tal sentido, el mismo Informe subraya:

(...) cabe destacar la riqueza prestacional de los CESAC tanto por la conformación multidisciplinaria de sus equipos como por la diversidad de sus modalidades de atención entre las que se destacan las actividades grupales, las que responden a lineamientos programáticos y las que se ejercen en ámbitos e instituciones comunitarias. Si bien el PMC se encuentra en una etapa de incorporación de esas estrategias prestacionales a través de sus Centros Médicos Barriales, ellas son aún en gran medida incipientes.

base. Incluye a profesionales de clínica médica, pediatría, odontología, ginecología y enfermería. Este prerrequisito de afiliación y la limitación del acceso al domicilio demostrable esta otra diferencia fundamental de estas modalidades de atención primaria respecto de los CeSACs.

Volviendo a la primera publicación de resultados que se encuentra disponible en línea, la del año 2005, ella señala la incorporación reciente de contenidos: la inclusión de la población consultante bajo programas, las prestaciones no-médicas, las actividades extramurales y las grupales.

Volviendo a la descripción de aquel tablero de mando arriba mencionado, debe ser dicho que esta simplificación tecnológica obedece al fin de facilitar la realización de consultas sencillas en base a un conjunto de indicadores que el software mismo calcula. A su vez, desde este sistema (que comenzó como prueba piloto en doce CeSACs pero que actualmente se encuentra instalado en todos, a excepción de un solo caso) se eleva mensualmente un transporte a la Dirección de Estadísticas. En algunos casos, este incluye una etapa de consolidación intermedia, a cargo del Área Programática del hospital de referencia.

Las consultas que pueden hacerse desde cada uno de los CeSACs –y solamente en función de los datos cargados por el propio establecimiento, puesto que el sistema no se encuentra armado a modo de red– son, según refiere el instructivo: población registrada por situación educacional (por asistencia escolar, por nivel educativo y por nivel educativo de la madre); y prestaciones (por profesión, edad, sexo, ámbito, por primera vez y ulterior, por especialidad, por profesión y por tipo de prestación). Luego puede accederse a una serie de sub-menús específicos (en relación con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, con odontología, con daciones de medicamentos y de leche, y con vacunas) así como respecto a la morbilidad, se puede consultar la cantidad de población consultante que padece enfermedades crónicas.

Respecto de los datos publicados, debe enfatizarse una particularidad. Y es el hecho de que, para Atención Primaria, no solo se encuentran cifras y cuadros, sino también Informes. Esto implica que algunos de los resultados se presentan en base a distintos cruces de variables, graficados –lo cual permite una rápida lectura de sus relaciones recíprocas e implicancias– y también acompañados tanto de datos de proceso (como ser, el nivel de respuesta o la vinculación de efectores –para qué efectores y durante qué meses corresponde la información disponible–)²⁷ como de definiciones operativas que facilitan una interpretación adecuada de las

²⁷ Como muestra de esta inclusión de material que permite una mejor lectura de lo disponible, podemos citar un fragmento del Informe correspondiente al año 2005:

(...) son numerosos los aspectos que aún se deben perfeccionar. Entre ellos se destaca la calidad de los registros tanto en lo que se refiere a la falta de datos en variables que caracterizan a la población como a problemas de confiabilidad de los datos positivos, como ser en la codificación diagnóstica. Asimismo las demoras en el registro informático de los datos en el caso de los CESAC constituyen una seria limitación para el uso oportuno de la información. En ese sentido parece imprescindible reforzar en las plantas locales, particularmente de los CESAC, el personal estable y calificado para el registro informático de datos así como garantizar un equipamiento mínimo de hardware y un adecuado

cantidades presentadas. Junto con lo anterior, algunos datos son acompañados por análisis específicos²⁸.

Respecto de datos e indicadores básicos, se encuentran diferenciados para CeSACs y PMC la información respecto de los años 2004 y 2005 en torno a las siguientes variables: personas registradas; relación varones/hombres y porcentaje de cada uno de ellos dentro de esa población; porcentaje de mujeres en edad fértil; porcentaje de menores de 15 años y de mayores de 65; porcentaje de consultantes al médico; cantidad –absoluta y relativa– de usuarios activos respecto de los efectores²⁹ y edad promedio. Particularmente, en lo que a la utilización respecta, se encuentran disponibles los datos referentes a: consultas anuales por persona activa; consultas anuales por mujer en edad fértil; consultas por personas activas de 60 y más años; porcentaje de consultas por “controles y exámenes”; porcentaje de consultas por “enfermedades no transmisibles”; porcentaje de consultas por “enfermedades respiratorias agudas”; porcentaje de consultas por “enfermedades infecto-contagiosas”; porcentaje de controles sobre las consultas médicas en menores de un año. También se consignan tasas de morbilidad en consulta. Los datos e indicadores básicos de los CeSACs pueden asimismo consultarse agrupados por Área Programática –puesto que las cifras correspondientes a estos efectores se presentan también desglosadas de las referidas al PMC–; al tiempo que puede consultarse la comparación entre cifras de unos y otro. Esto incluye una serie de indicadores respecto de población por sexo, edad, país de nacimiento, lugar de residencia habitual, y estado de actividad respecto de los efectores.

A lo anterior se agrega una interesante comparación puesto que se relaciona la población de la Ciudad sin cobertura de salud, según datos del último Censo Nacional (lo cual implica, dependiente para sus cuidados del subsector público sanitario), con la población que concurre a los efectores de atención primaria³⁰.

mantenimiento del mismo. Ambos aspectos garantizarían en gran medida la continuidad y mejoramiento del sistema.

Se sigue, en otro apartado, enfatizando el proceso de construcción de la información a fin de prevenir interpretaciones apresuradas sobre prevalencia de trastornos:

Dado que la incorporación de personas al registro informatizado fue masiva en los inicios del sistema se podría esperar que las personas con patologías crónicas hayan concentrado su afiliación en esos momentos, disminuyendo luego la incidencia de nuevos casos diagnosticados.

28 Tal como por ejemplo para uno de estos casos –el más amplio, seguramente– el Informe para el año 2008 señalaría:

Dentro de esos ejes temáticos se destacan por aportar conocimiento poco frecuente en atención ambulatoria los datos de morbilidad en consulta, la cuantificación de las personas con enfermedades o riesgos, la posibilidad de relacionar esos eventos con la población usuaria y, por tanto, de elaborar medidas relativas de su ocurrencia.

29 Se considera activa en este Informe a la población que utilizó servicios en los 18 meses anteriores al 31 de diciembre de 2005. En el 2007 esto se redefiniría, pasando a incluir a quienes habían realizado al menos una consulta en los últimos tres años.

30 Así, se plantea respecto del carácter estratégico de la Atención Primaria: “Considerando únicamente los residentes en la Ciudad, la población registrada representaría el 79% de la población objetivo, que es la que carece de otra cobertura de salud” (según el Censo Nacional 2001, se aclara abajo).

Decimos que este dato reviste particular interés puesto que –exceptuando al ASIS– es la única oportunidad en que hemos encontrado una comparación entre población consultante y población residente, lo cual brinda elementos de análisis interesantes respecto de la utilización de los servicios de salud. Dada la mención de esto último, aprovechamos para insistir en el hecho de que lo publicado se encuentra bajo el modo de informes: es el desarrollo de relaciones de este tipo el que contribuye al carácter no solo descriptivo sino además analítico o interpretativo de estos documentos.

Respecto de las prestaciones, estas se encuentran desglosadas según Área Programática y efector, al tiempo que agrupadas por especialidades y tipo de prestación. Para los CeSACs, se publican separadamente prestaciones individuales –según profesión, tipo de prestación y área programática– de grupales. Para estas últimas, se consigna el tipo de actividad, el número relativo a su reiteración, la cantidad de concurrentes, la duración, y la cantidad de profesionales intervinientes. Diagnósticos y motivos de consulta se exhiben diferenciándose los realizados por médicos –teniendo en cuenta las tres posiciones del registro (es decir, en forma de análisis múltiple) así como por grupos de edad y también para PMC– los realizados por trabajadores sociales y los de Salud Mental –para los que solo figura el consignado en primer lugar como motivo de consulta–. Cabe aquí aclarar que lo publicado remite solamente a los principales grupos diagnósticos registrados. El informe incluye referencias a prácticas realizadas (que no revisten interés a los fines de este trabajo puesto que no incluyen a profesionales de la Salud Mental). Finalmente, se presentan breves apartados destinados a algunas especialidades o temáticas en particular (odontología; Programa Salud Integral del Escolar; además de cuatro patologías seleccionadas a fin de describir el perfil epidemiológico).

En el Informe correspondiente al año 2006 se introducen como novedad las tasas de consulta como indicador de utilización, tanto para los médicos como para algunas otras profesiones. Esto contribuye a la pregunta respecto de cuántas veces promedio concurren las personas durante el período de un año, es decir, la concentración promedio anual de consultas por consultante. Entre estas últimas se encuentran los profesionales delimitados para este informe como pertenecientes al área de Salud Mental: psicólogos y psiquiatras. A fin de una mejor caracterización del comportamiento de estos indicadores, se exponen allí la media y los extremos alcanzados. Finalmente, se incluye como novedad un cuadro donde se da cuenta del perfil profesional para cada uno de los CeSACs –en lo que hace a nuestro interés específico debemos decir que, según allí figura, solo uno de los 38 CeSACs que existía en aquel año carece de profesionales de Salud Mental–.

En el Informe del 2007 la novedad está dada por la apertura de los datos según las recientemente delimitadas Regiones Sanitarias, en reemplazo de las Áreas Programáticas. También modifica la definición de población activa (véase en el documento la nota al pie 49)³¹. Respecto de las tasas de consulta, solo se

³¹ Cabe hacer mención al hecho de que mientras algunos datos no resultan comparables entre años anteriores y el 2007 debido a este cambio en la definición, con posterioridad la capacidad de comparación se verá alterada por la reformulación (provisoria) en el año 2008 de las áreas asignadas a cada una de las cuatro Regiones Sanitarias.

presentan las medias. Si bien para este año los CeSACs totalizan cuarenta, y el que el año anterior carecía de profesionales en Salud Mental ya los tiene, es ahora otro el que los ha perdido, con lo cual nuevamente podemos decir que se encuentran en todos los establecimientos salvo uno. La situación continúa idéntica en el 2008. La información disponible para el 2009 se refiere solo al primer semestre.

Hemos elegido presentar como información la más específicamente ligada al área de Salud Mental. Las definiciones operacionales utilizadas para el área de Salud Mental son presentadas en los Cuadros N° 20 y 21 (Anexo). En el Cuadro N° 22 (Anexo) figuran los tipos de prestaciones específicas por año –en valores absolutos y relativos–. Esto implica el deslinde de lo particularmente consignado como “específico” que es aquello definido como “(...) inherente a la profesión, sin la participación de otras disciplinas”, de tal manera nuestro cuadro no incluye prestaciones grupales que puedan ser consideradas como interdisciplinarias (puesto que no puede discernirse si en estas últimas han participado o no profesionales de Salud Mental, ni en qué medida). También pueden consultarse en el Cuadro N° 23 (Anexo) las medias de consultas por año³². A tales cuadros agregaremos brevemente algunas descripciones extraídas de los Informes.

Citando, entonces, fragmentos de los informes que refieren al tema específico de nuestro trabajo –Salud Mental– el informe realizado para el año 2005 refiere que

con relación a los motivos de consulta en Salud Mental, casi la tercera parte de las prestaciones no ha dado lugar a un diagnóstico. Dentro del capítulo “Trastornos Mentales y del Comportamiento” sobresalen los trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (31 de cada 100 consultas con diagnóstico del capítulo), los trastornos neuróticos, los relacionados con el estrés y los somatomorfos y los trastornos del humor [afectivos]. La utilización de otras categorías diagnósticas también hace referencia al área psicosocial.

Para el 2006, en cambio, se consigna:

(...) las prestaciones individuales de los profesionales de esta área han sido diagnosticadas en poco más del 60% de los casos. En función de esto y para exponer los principales motivos de consulta se calcularon los porcentajes sobre las prestaciones con diagnóstico. Así se observa que un tercio de los diagnósticos se refiere a trastornos neuróticos (relacionados con el estrés y los somatomorfos) y del humor. El abordaje de los problemas propios de la niñez y adolescencia se reflejan en forma particular en el 22% de los casos. Además la problemática de vínculos familiares (problemas relacionados con el grupo primario de apoyo) aparece en el 10% de los motivos de consulta en este grupo de prestadores.

El Informe del 2007 es si se quiere algo más conciso al respecto. En él se indica:

³² Estos valores no se encuentran disponibles para el último período informado (1° semestre del 2009).

Para presentar los hallazgos en consulta de Salud Mental (...) se privilegiaron los casos positivos y se descartaron las prestaciones que no tenían diagnóstico asignado. Así se observa en el primer cuadro una demanda en Salud Mental caracterizada por los problemas que aparecen en la niñez y adolescencia (30%), los trastornos neuróticos y en tercer lugar los relacionados con el grupo de apoyo primario.

El 2008, por su parte, señalaría:

(...) la estructura de las consultas en Salud Mental presenta una importante similitud con la del año anterior: los problemas que aparecen en la niñez y adolescencia, los trastornos neuróticos y los problemas relacionados con el grupo de apoyo primario explican el 60% de los motivos de demanda atendidos.

Para el año 2009, finalmente, no se encuentran aún datos en este sentido que permitan realizar una comparación.

Cabe aclarar, finalmente, que los diagnósticos se presentan en base a las categorías más frecuentes (las menos frecuentes son de hecho resumidas bajo el ítem “demás diagnósticos”), pero no son consolidados siguiendo capítulos –ni son en sentido estricto comparables con los utilizados para la descripción del movimiento hospitalario–.

Dirección de Salud Mental

Respondiendo a la promulgación de la Ley 448 de Salud Mental, en diciembre de 2005 se creó la Dirección General de Salud Mental bajo la misión institucional de diseñar e implementar los ejes estratégicos de gestión del sector.

La Dirección de Salud Mental cuenta con un Programa denominado “de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental” (PIVESAM). Este funciona de modo independiente al área estadística; intentaremos dar cuenta de él en profundidad, dado el carácter central que presenta a los fines de este trabajo.

PIVESAM

El Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental surge por resolución 1044 del año 2004, y a partir de allí comienza la recopilación y consolidación de una serie de datos referidos a las personas que concurren a una consulta de Admisión de modo ambulatorio –es decir, por Consultorios Externos–. En términos epidemiológicos, la vinculación exclusiva para con la instancia de admisión permitiría tener datos acerca de la incidencia, ya que no respecto de la prevalencia. Es decir, no se tienen datos respecto de los diagnósticos en las consultas ulteriores, así como se desconoce la magnitud de prolongación de estas.

Desde este Programa se conjetura que las cifras publicadas constituyen una muestra que oscila entre un 20% y un 90% de la población consultante. Esta brecha se estima en base a los formularios recogidos por el Programa y su comparación con la cantidad de admisiones realizadas, según lo publica el área

de Estadísticas del Ministerio, y su amplitud es debida a su carácter no vinculante. El Programa se vincula a través de redes con referentes de la instancia de Admisión en los distintos establecimientos, y son ellos quienes le facilitan la información recopilada en cada efector. A su vez, ellos mismos se encargarían de distribuir los formularios y promover su llenado. De tal manera, si bien es optativa la remisión de los registros, no se consolidan los datos provenientes de efectores donde se calcula que la proporción es menor a aquel porcentaje. Con el correr de los años se han ido sumando efectores; el recuento de estos puede observarse en los cuadros que condensan información de este Programa. La información disponible en internet llega hasta el año 2008.

El PIVESAM se encarga de ingresar en su base de datos los contenidos de las fichas, para luego remitirlas nuevamente a los hospitales a fin de que estos las archiven y puedan contar con ellas para su eventual utilización en otros estudios. La ficha de registro actualmente en circulación releva las variables y categorías (detalladas entre paréntesis) que consignamos a continuación³³:

- Hospital
- Fecha de admisión
- Sexo (f / m)
- Edad
- Nombre y apellido
- Domicilio (capital / conurbano / interior / extranjero)
- Estado civil (soltero / casado o en pareja / separado / viudo)
- Tratamientos anteriores (ambulatorio / hospital de día o noche / Internación / Urgencia / ninguno)
- Educación (sin escolaridad / pre-escolar / primaria / secundaria / terciaria / universitaria) (incompleta / completa)
- Condición laboral (ocupado / desocupado / subocupado / jubilado / estudiante / ama de casa)
- Vivienda (casa propia / alquilada / ocupada / hotel o pensión / institución / calle)
- Grupo conviviente (solo / padres / cónyuge o pareja / hijos / parientes / amigos)
- Cobertura de salud (obra social / prepaga / ninguna)
- Tipo de consulta (espontánea / derivación)
- Derivado por (otro servicio del hospital / otro hospital / escuela / sistema judicial / profesional privado / familia o amigos)
- Motivo de consulta (ansiedad / depresión / adicciones / violencia / intento de suicidio / problemas familiares y/o sociales / problemas psicosomáticos / problemas de aprendizaje y/o conducta / otros problemas)

³³ Vale aclarar que solo hemos podido conseguir la ficha disponible para población adulta; de tal manera, para población infantil solo contamos con los datos consolidados.

- Indicación terapéutica (terapia individual / terapia grupal / terapia de familia o pareja / psicoprofilaxis / psicopedagogía / hospital de día o noche / internación / tratamiento psiquiátrico y/o farmacológico / otras)
- Derivación externa (no / sí) (otro hospital GCBA / hospital conurbano / obra social / institución privada / profesional privado / otros)
- Diagnóstico (según CIE-10 / DSM-IV)

En el reverso del formulario figuran las clasificaciones del DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales –cuarta revisión, de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos–)³⁴, según estas son presentados en el CIE 10 en sus capítulos V (“Trastornos mentales y del comportamiento”) y XXI (“Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud”), puesto que este último es el formato con el que las cifras son publicadas. Esto incluye 36 categorías mayores y 247 sub-categorías de este manual, todas detalladas al dorso del formulario. *La que debe seleccionarse a fin de ser consignada por parte de quien la completa es una entre las 247 sub-categorías.* Es decir que al igual que en los diagnósticos relevados por el área de Estadísticas del Ministerio, nuevamente nos encontramos con datos presentados siguiendo los capítulos del CIE-10 (OMS) (Clasificación Internacional de Enfermedades –décima revisión, compilada por la Organización Mundial de la Salud–).

Los datos consolidados, según la publicación oficial en Internet, no incluyen a la totalidad de los datos recabados. Esto se debe a que gran parte de lo solicitado no logra ser procesado, de modo tal que no se encuentra disponible. Por otra parte, debe señalarse que las cifras consolidadas revisten carácter univariado. Dicho de otro modo, no encontramos características cruzadas, sino cuadros que muestran cómo se distribuyen cada uno de los datos recabados por separado, y en cada uno de los efectores. La única excepción a lo anterior se da de hecho, con el uso de un formulario diferencial para pacientes de entre 0 y 19 años, cuya consolidación puede encontrarse en el año 2008 para el Hospital Elizalde y para los Centros de Salud Mental N° 1 y N° 3.

Así, durante el 2004 las variables presentadas son: sexo, grupo de edad, residencia habitual, cobertura de salud, nivel educacional, condición laboral, tipo de consulta, y diagnóstico. Este último es siempre consolidado de acuerdo con la nomenclatura del CIE-10. Cabe por otro lado hacer un señalamiento que puede ser útil al momento de interpretar los datos y que requeriría una revisión específica, puesto que mientras la ficha que hemos analizado denomina a una de sus variables “domicilio” –tal como hemos consignado arriba– los datos agrupados según la publicación en internet llevan por nombre “residencia habitual”. Entendemos que no es idéntica una denominación a la otra, y que esto podría llevar a cierta confusión en el registro.

El año 2005 se consolidan los mismos datos, con la excepción de los tratamientos anteriores –variable que no podrá encontrarse tampoco en los años si-

³⁴ En inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association.*

guientes-. No obstante, se agregan las cifras sobre tipo de vivienda, tratamientos anteriores e indicación terapéutica.

Los datos consolidados para los años 2006 y 2007 son idénticos a los que figuran para el 2005. Es el año 2008 donde sí aparecen una serie de datos nuevos, que –junto con el mayor número de efectores alcanzado– harán de este un año particularmente rico en cantidad de datos del Programa. En este año se vuelve a presentar el tipo de consulta, agregando por vez primera el detalle de la vía de derivación, para todos los establecimientos consignados. En dos efectores se agregan, además, las cifras relativas al estado civil de los consultantes. También aquí se diferencia la población de entre 0 y 19 años, permitiendo una mejor interpretación de los datos –dado que, como hemos dicho, esto implica un cruce de hecho entre cada una de las variables y la edad–. En estos casos, se presentan asimismo cifras relacionadas con el nivel educativo y la condición laboral de padre y madre (cada uno de estos datos, por separado, completando cuatro cuadros independientes entre sí).

Entre estos datos, hemos seleccionado a fin de incluirlos en este trabajo los relativos a tipo de consulta (y su detalle, en el año en que existe) y tratamientos anteriores. Nuestra decisión se fundamenta en el hecho de que nos ha parecido de especial interés lo que estos datos arrojan en términos de cifras, por un lado. Pero también, en que entendemos que ellos permiten un acercamiento particularmente interesante al funcionamiento del propio Sistema de Salud. Esto lo detallaremos más abajo, en otro apartado. Entendemos que esto no agota el interés de las cifras publicadas por este Programa, por ello invitamos a revisar la información oficial. El recorte que hemos elaborado lo presentamos en los Cuadros N° 24 al 30 (Anexo). En dicha elaboración hemos decidido conservar la división con que la Dirección de Estadísticas agrupa sus datos, a fin de facilitar la comparación.

En cuanto a los diagnósticos, estos son resumidos en categorías que oscilan entre ocho y trece (sin contar las categorías “otros” ni “sin diagnóstico”), y cuya variedad pareciera haber aumentado levemente con el correr del Programa.

Tercera Parte

A modo de ir cumpliendo con los objetivos propuestos, esta parte provee una descripción analítica respecto del proceso de construcción de los datos. Para ello, abordaremos sus distintas dimensiones.

Si bien son pocos los testimonios recogidos que nos permiten bosquejar la perspectiva de los profesionales locales, mencionaremos aquí una tendencia común en ellos. Es que mientras esto no es conclusivo, sí podría ser indicativo del modo en que adquieren significado las estadísticas al interior de cada efector. Cuando ello sea posible, intentaremos integrar el análisis de lo anterior con el de algunos usos y sentidos presentes en quienes encarnan diferentes agencias ministeriales.

Finalmente, intentaremos acompañar las críticas realizadas de posibles propuestas, retomando inquietudes que hemos recogido en campo.

BREVES SEÑALAMIENTOS RESPECTO DE LAS CIFRAS DISPONIBLES

Dado que no constituye nuestro interés central, cabe aclarar que solo mencionaremos aquí algunos aspectos que han convocado nuestra atención al realizar el trabajo de elaboración de los cuadros en base a la información disponible. Vale mencionar que esto se vincula para con otros elementos que hemos recogido a lo largo de nuestra indagación: sea por referencia a nuestro marco teórico, o bien debido a observaciones recogidas en campo por parte de quienes registran cotidianamente la información. Anticipamos entonces que es nuestra intención retomar esto tanto en el análisis como en la elaboración de propuestas.

En primer lugar, debemos señalar el hecho que, tal como se presentan los egresos publicados, no se hace referencia al hecho que los motiva. Es decir que no contamos con datos respecto de traslados, que permitirían interpretar de mejor modo las altas obtenidas en las instituciones de internación en Salud Mental. En sentido inverso, tampoco contamos con datos referentes a las reinternaciones. De tal manera, respecto de las internaciones las cifras disponibles resultan insuficientes a fin de dar cuenta de la eficacia terapéutica de las instituciones. El menor tiempo de internación resulta notorio en instituciones de emergencias psiquiátricas o de neuropsiquiatría infanto-juvenil, lo cual guarda una lógica estricta para con el tipo de institución. En todos los casos, las cifras presentadas por año no parecieran mostrar como hito en algún sentido a la implementación en Ciudad de Buenos Aires de la Ley de Salud Mental N° 448.

Por otra parte, debemos decir que la diferencia encontrada respecto de entrevistas de admisión y ulteriores en las consultas ambulatorias, no puede comprenderse cabalmente con la sola información disponible. Es decir, por ejemplo, que no podemos interpretar el significado de una disminución de las entrevistas ulteriores respecto de las iniciales: esto puede deberse tanto a la deserción por parte de los usuarios, como a que estos no han sido admitidos –o bien, han sido derivados– por parte de los profesionales. En tal sentido un instrumento de análisis que resulta interesante, pero que pese a ello fue escasa-

mente utilizado y en consecuencia no permite realizar comparaciones, son las consultas promedio anuales.

En relación con las categorías que suelen utilizarse, debemos decir que las más “sociales” son aquellas de índole biológica. Nos referimos a las categorías de sexo y edad, las cuales al presentarse de modo desagregado, permiten analizar de modo más comprensivo las características de la construcción de la demanda de atención –ya que no así la distribución de padecimientos–. Esto último es debido a la consideración de que no pueden asimilarse demanda de atención y necesidad de atención. Es decir que –tal como lo plantea la Salud Pública como área de estudios– una necesidad de atención no necesariamente se traduce en demanda, al tiempo que una demanda no necesariamente implica necesidad de atención (véase Beltrán y Goenaga Palancares, 2002; Desviat Muñoz et al., 2011). Entonces, entre necesidad y demanda existe un complejo proceso de mediación interpretativa, que incluye tanto a la dimensión simbólica, a la accesibilidad material, como a la disponibilidad de información respecto de los efectores, entre otros múltiples factores. Por otra parte, no existen datos respecto de si el aumento de consultas podría estar en vinculación con alguna transformación en términos de las redes de otro orden. No hay que desconocer, por otro lado, el ordenamiento del Sistema de Salud en la Argentina al interpretar la información estadística, puesto que las cifras a las que accedemos representan en el mejor de los casos al *subsector público de Salud*. *Esto implica que un aumento de consultas puede estar indicando asimismo el desplazamiento hacia lo público de sectores que anteriormente contaban con otra cobertura* (Maceira, 2007).

En cuanto a la oferta de atención, resulta notorio el lugar fundamental que ocupan las prestaciones individuales, siendo el principal dispositivo ambulatorio implementado en Salud Mental dentro el ámbito público. Algunos datos más específicos respecto de la oferta resultan confusos, dada la categorización relativa al modo de presentación de los datos –nos referimos a la división en tres tipos de hospitales, lo cual no siempre permite deslindar el área de Salud Mental³⁵–.

Algunos datos iniciales arrojados por el PIVESAM arrojan elementos que podrían resultar de interés. Nos referimos a los datos que hemos elegido presentar: tratamientos anteriores y usuarios que llegan a la consulta a través de una derivación. Las cifras publicadas al respecto muestran porcentajes lo suficientemente significativos como para que ameriten indagaciones más profundas. Ahora bien, respecto de los resultados absolutos no es mucho lo que puede inferirse, dado que es imposible deducir si su aumento se debe a un mayor porcentaje de registro o a una mayor demanda.

Puntualizado brevemente lo anterior –que no pretende ser exhaustivo sino solo realizar algunos señalamientos entre los muchos posibles– consideramos importante dejar constancia de la necesidad de contar con elementos que permitan una interpretación más cabal de las cifras disponibles.

³⁵ Recordemos que los Hospitales Monovalentes de Salud Mental se presentan en la publicación de resultados estadísticos agrupados con el resto de los Hospitales Especializados.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS DE CONFIGURACIÓN Y SEDIMENTACIÓN

Si arriba hemos descripto sistematizadamente qué tipo de datos estadísticos se encuentran publicados, en este apartado nuestro objetivo es contextualizar lo anterior a la luz de los procesos por los que se fue configurando y sedimentando tal recolección. Esto retoma nuestra fundamentación, ubicándonos nuevamente bajo el supuesto de que toda cuantificación obedece a un proceso de construcción inherentemente social. Es por tanto nuestra intención aportar elementos iniciales que permitan historizar cómo y por qué se encuentran disponibles aquellas cifras y no otras. Por otra parte, tal como lo mencionáramos inicialmente, entendemos que resulta ingenuo o ilusorio remitir a la historia sin ubicar en ella la emergencia de conflictos y relaciones de poder –o, dicho en otros términos, de hegemonía/subalternidad–.

Antes de pasar a tal descripción analítica, debemos anticipar qué son aquellos dispositivos de registro subalternos, esto es, los correspondientes a la Atención Primaria y el PIVESAM, los que –hipotetizamos, como parte de su intento de ganar legitimidad– poseen mayor cantidad de documentos escritos, con lo cual los citaremos de modo más ampliado. Esto a su vez posee un interés específico, puesto que se trata de desarrollos locales y recientes –lo cual se retroalimenta con su carácter subalterno, tal como iremos desarrollando–. De modo concomitante debemos notar que la información más estandarizada –esto es, la más institucionalizada– es la que permite obtener un nivel mayor de complejidad en el análisis, tal como puede observarse en la Segunda Parte.

Según el material disponible, así como la enunciación de los distintos actores que hemos podido recolectar, los registros que se realizan en el área de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires revisten un carácter pionero. En algunos casos, el nivel nacional –Ministerio de Salud de Nación– establece un conjunto de datos mínimos, y es en la especificación de lo anterior donde se produce la innovación. Esto implica formar parte del Sistema Estadístico Nacional –cuyo origen data del año 1968– y en consecuencia utilizar clasificadores de la Organización Panamericana de Salud (OPS), lo cual posibilita obtener una homogeneidad en definiciones y registros, al tiempo que lleva a que los propios datos puedan constar en los consolidados de la misma OPS. Dentro de estos parámetros es que se incluyen nuevos niveles de detalle, como resultado de una búsqueda de ampliar las categorías a fin de adaptarlas a los perfiles particulares locales.

En otros casos, los desarrollos surgen al margen de toda reformulación o especificación de requerimientos estadísticos preexistentes. Esto sucede en lo que respecta tanto a la clasificación realizada para consultorios externos como a los datos trabajados bajo el PIVESAM. No obstante, hemos tomado conocimiento de que existirían algunos desarrollos interesantes en temáticas similares llevados a cabo en otras jurisdicciones, particularmente en la ciudad de Rosario, así como existen experiencias en otros países cercanos, como Brasil. Pese a esto, como decíamos, no hemos podido recoger referencias a otros relevamientos, sino que más bien las innovaciones presentadas arriba parecerían haber surgido de modo autónomo e independiente, al tiempo de no sostener diálogos con otras experiencias.

En términos de antecedentes, el PIVESAM reconoce y hace mención al PEPSI, Programa de Epidemiología Psiquiátrica dependiente del Conicet, que funcionara entre los años 1979 y 1982. También, a la actividad desplegada por el Observatorio Argentino de Drogas –perteneciente a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), organismo dependiente de la Presidencia de la Nación–. Cabe señalar que la preocupación argumentada en la fundamentación del Programa, y que le lleva a remitir a aquel, es en términos de información disponible respecto de la Ciudad de Buenos Aires.

En cuanto a la modificación introducida en el año 2000 respecto de la diferenciación entre consultas médicas, por un lado, y entrevistas de admisión y ulteriores en Salud Mental, por el otro, hemos encontrado múltiples referencias a una comisión de expertos que lo habría evaluado, *pero no hemos podido dar con ningún documento escrito desde el cual se enmarcara y fundamentara la propuesta*. Tampoco hemos podido conocer quiénes fueron los miembros de aquella comisión como para poder entrevistarlos. En este caso, solo se encuentran disponibles las definiciones consensuadas pero no así material o relatos que permitan historizarlos –más allá del dato relativo al año en que esto ocurriera–.

Sin embargo –y esto ya es una hipótesis analítica nuestra– resulta difícil escindir los desarrollos en Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires de la particular historia que aquí viene teniendo lugar en tal sentido. Primeramente, en términos de la magnitud singular que tiene la psicología como profesión, así como su particular devenir, íntimamente ligado al psicoanálisis en sus distintas versiones. Y seguidamente, así como de modo indisoluble para con lo anterior, del carácter subalterno que este área ha tenido en relación con la hegemonía médica. Lugar conflictivo, contradictorio y ambivalente, cuyas contradicciones han ido motorizando su peculiar desarrollo e institucionalización. Esta dimensión histórica, social, institucional y cultural, entendemos que es ineludible a fin de comprender el lugar que tiene la mirada poblacional en Salud Mental, así como los usos que de las herramientas estadísticas se hacen.

Entonces, mientras entendemos que el afán por diferenciarse de la asimilación fáctica entre “medicina” y “salud” que atraviesa a las instituciones sanitarias seguramente se vincula a los desarrollos propios en la materia, también observamos que *aquello que pareciera ser más rutinario y despertar menos conflicto son las estadísticas cuyo circuito sigue el mismo recorrido que el resto de los registros hospitalarios*. Es decir, encontramos una consolidación diferencial en los registros estadísticos que son compartidos y generales, los cuales parecen lograr un grado de estandarización mayor que los que son particularizados. La más simple cuestión de organigrama resulta indicativa de esta solidez relativa: hay un flujo que en principio es más claro, y que se basa en instrumentos de orden censal –esto es, que abarcan a toda la población hospitalaria– al tiempo que se remite a una estructura hospitalaria específica –el área de estadísticas. En cambio, en lo específico de Salud Mental (PIVESAM) tanto como en lo relativo a la Atención Primaria –dos esferas subalternas en el campo de la salud– la difusión de herramientas de registro y la recolección de los formularios *parecieran quedar atados a redes de afinidad y a cierta informalidad* que se relaciona con el deseo y voluntad de participar –o no– por parte de los profesionales.

Respecto de la modificación introducida durante el año 2000 para la modalidad de consultorios externos, los agentes ministeriales nos han hecho observar la relevancia de este hito, puesto que anteriormente, al ser la definición “consulta médica ambulatoria”, lo único que contaba en términos de registro estadístico en el área de Salud Mental eran las consultas médicas psiquiátricas. Lo llamativo es que, como parte de esta re-definición operativa, también quedan por fuera de la clasificación como “consulta médica” los profesionales psiquiatras. Sumado a lo anterior, según nos ha sido referido, es el área de Salud Mental el que obtiene como logro la instalación de un registro que incluye referencias al sexo y la edad del consultante. El carácter costoso de esta innovación pareciera quedar sellado al quedar reservada tal referencia a la entrevista de admisión –es decir que no existen datos similares respecto a quienes sostienen los tratamientos en salud mental–.

Ahora bien, si de carácter subalterno se trata, no menos cierto es el hecho de que la dimensión poblacional pareciera no gozar de legitimidad en demasía. El lugar desjerarquizado de direcciones –o divisiones– y programas relativos a estadística y epidemiología se hace patente con la falta de asignación de recursos y la demora en otorgar una institucionalidad administrativa a los sectores que se encargan de aquellas tareas.

ALGUNAS PUNTUACIONES SOBRE LOS ORÍGENES DE LO SUBALTERNO

Los desarrollos en Atención Primaria surgen de lo que había sido un departamento de análisis estadístico. Con el correr del tiempo, este fue deslizándose sus tareas –por inquietud de las personas que lo conformaban, no por estrategia sanitaria o definición ministerial– hacia la generación de nuevos registros allí donde prácticamente no existían datos. Un aporte fundamental en tal dirección lo constituyó la creación en el año 2001 de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria. Fue desde las autoridades formales de aquella que se promovió la creación de un sistema informatizado y nominal³⁶, en el cual incluir las actividades de las distintas profesiones distinguiendo el tipo de prestación para cada una de ellas. Para ello se realizó a partir del 2002 un proceso de consultas, a fin de instalar un nuevo marco de definiciones.

³⁶ Valora en tal sentido el Informe correspondiente al año 2005, al tiempo que nuevamente introduce cautela en la interpretación de los datos:

La nominalización de la población usuaria de los servicios permite valorar la presencia de grupos con relevancia epidemiológica para la Atención Primaria y elaborar así indicadores que relacionen las personas con determinado diagnóstico con la correspondiente población que se atiende en el mismo sistema. Las tasas de morbilidad en consulta así obtenidas corresponden únicamente a las personas que consultaron en los efectores informatizados de APS, desconociendo los casos resultantes de las posibles demandas en otros lugares de atención así como los que no se expresan en demanda. Es por ello que estas mediciones no pueden ser asimilables a las tradicionalmente manejadas en Epidemiología que miden la morbilidad de la población.

Anteriormente la unidad de medida era lo consignado como “prestación”, variable cuyas categorías se dividían entre consultas médicas y prácticas. Estas últimas incluían todas las actividades no médicas, definidas según su carácter de tal. De ese modo, se subsumía en un mismo grupo tanto la psicoterapia individual de un psicólogo como la sesión de un kinesiólogo, una entrevista de admisión de un trabajador social o una intervención diagnóstica a cargo de un fonoaudiólogo. El nuevo sistema de registro permitió, a su vez, diferenciar las actividades consignando su carácter intramural o extramural. Junto con lo anterior, incorporar el registro de las actividades grupales. La posibilidad de introducir este nivel de detalle se entendía como íntimamente vinculada a la jerarquización de las tareas habituales o propias de la Atención Primaria de la Salud.

Por otro lado, no solo la innovación remite a la producción profesional. El hecho de que el sistema informático esté nominalizado implica que al interior del sistema que funciona en cada establecimiento se puede obtener información respecto de cada uno de los consultantes. Dicho de otro modo, no solo se puede conocer la cantidad de consultas atendidas por un profesional, sino también conocer cuántas de ellas corresponden a un mismo paciente, así como qué recorrido transversal entre profesionales hizo cada uno de ellos. Lo cual permite no solo conocer la historia del paso de cada persona por el centro de salud, sino también poner en relación los datos a fin de comprender la utilización que la población realiza de los efectores.

Lo anterior nos ubica en la necesidad de comentar un aspecto fundamental que hace a los objetivos bajo los que se desarrolló este sistema, y con los que se fue mejorando a lo largo del tiempo. Y es que aquel está diseñado para su aprovechamiento a nivel local, bajo el supuesto de que el destinatario fundamental de la estadística es el mismo profesional. Es decir, se supone que el usuario más importante es el equipo de salud, o bien cada uno de sus integrantes: tanto de manera individual como en el marco de programas propios de cada efector, ellos tienen de este modo la posibilidad de ir monitoréandose y autoevaluándose. Lo cual no obsta, como se mencionó arriba, la remisión de la información estadística al nivel ministerial, mensualmente.

Cabe hacer mención al hecho de que, si en un momento –durante los años 2007 y 2008, para ser más precisos– se contó para esta tarea con el apoyo de la Dirección General de Estadísticas y Censos, dependiente del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad, la cual llegó a proveer cuarenta personas para procesar los datos como contrapartida de la información que ello permitía suministrar, el acuerdo demostró ser puntual y actualmente solo se desempeñan tres personas en ella. El área de Salud Mental de los CeSACs se encuentra incluida en estos desarrollos.

Las definiciones categoriales fueron realizadas en base a una consulta con expertos, referentes de las distintas especialidades. Según nos ha sido relatado, esto obedeció tanto a una red primaria de contactos del personal del área estadística como a nuevas redes que se iban tejiendo a partir de aquellos primeramente consultados. Salud Mental fue parte también de este proceso; en lo que a esta parte respecta se acordaron inicialmente los tipos prestacionales y se puso a prueba un clasificador abreviado. Ante el pedido de algunos profesionales, este

fue ampliado. Los desarrollos siguen, por otra parte, la línea de lo sucedido en general en el registro estadístico, puesto que aquí *los psiquiatras también se deslindan del resto de los médicos* para entrar como prestador de Salud Mental. Ahora bien, dado que en los CeSACs se promueven las *actividades grupales e interdisciplinarias*, y siendo que resulta frecuente que ambas características coincidan (por ejemplo, en la coordinación compartida de talleres, juegotecas, o charlas en sala de espera), esto tiene un registro aparte. De tal modo, no puede desglosarse, según el modo en que se consolidan los datos, cuándo en una actividad grupal han participado profesionales de Salud Mental y cuándo no.

Estos desarrollos han tenido lugar aun pese a la escasez de recursos, y en base al esfuerzo continuado de quienes lo llevan adelante. Este esfuerzo personal proyecta su impronta en la vinculación hacia los establecimientos siguiendo un formato de redes. Esto plantea algunas debilidades, al mismo tiempo, puesto que se reconoce que lo construido no es de carácter óptimo, puesto que —analizamos nosotras— no se encuentra suficientemente jerarquizado. En tal sentido, señala un Informe del año 2008:

(...) la capacitación de los profesionales, que se realiza desde el 2006, en el uso de las herramientas disponibles en el sistema informatizado favorece ese aprovechamiento. La elección en cada CESAC de un profesional referente del sistema de información al que se capacita más intensivamente constituye otra línea de acción orientada a ese propósito. Subsisten sin embargo limitaciones en diversos aspectos. La integridad, oportunidad y calidad de los datos ingresados, si bien han registrado progresos, deben ser perfeccionadas particularmente en algunos efectores que presentan serios déficit. En ese sentido, como dijéramos en informes anteriores, resulta indispensable reforzar los recursos humanos con personal estable y calificado para el ingreso informático de datos así como mejorar el equipamiento de hardware y el mantenimiento adecuado del mismo.

Vale enfatizar —a fin de nuestro análisis— que tanto en la consulta respecto de tales clasificaciones, como en la distribución del sistema informatizado, la capacitación respecto de su uso y posibles apropiaciones, la distribución de los instructivos, y toda otra acción que impacte en el modo de instauración y consolidación del SICESAC, se enfatiza como un valor en sí mismo la dinámica de redes. La contrapartida de este funcionamiento con base en la afinidad y lo amistoso, es la voluntariedad de la participación. Esto es algo defendido por los mismos agentes ministeriales: el hecho de que, en palabras una informante clave del Ministerio, “nuestra política es no obligar a nadie: por ahora tratamos de que participen todos, pero el que no quiere no se lo obliga”.

De modo muy similar se ha producido la gestación e implantación del PIVE-SAM. Pasaremos a describir brevemente este proceso de puesta en funcionamiento, no sin agregar que esta descripción se encuentra facilitada en este caso por el hecho de que el mismo Programa presenta por escrito su fundamentación de modo extenso. En ella refiere ser su espíritu el cumplimentar los requerimientos de la Ley 448 a través del conocimiento de la prevalencia y evolución de trastornos mentales y del comportamiento. Según sus objetivos de máxima, el interés estaría puesto en relevar distintas dimensiones tanto a nivel poblacional

como institucional –esto es, excediendo al universo de los consultantes– y en los tres subsectores de salud –público, privado y de seguridad social–. Pese a lo anterior, y tal como hemos descripto arriba, su alcance en la actualidad se limita a brindar información respecto de quienes consultan en algunos establecimientos pertenecientes al subsector público de Salud.

En su mismo documento escrito de presentación se consigna brevemente su surgimiento. Según este, el Programa se comenzó a implementar a partir del año 2004, pese a que las primeras pruebas piloto fueron durante el 2003. En el 2005 se reformuló la ficha epidemiológica a través de la cual se recogen los datos, incorporándose en ella nuevas variables (a saber: tratamientos anteriores, vivienda y grupo conviviente, indicación terapéutica, motivo de consulta y lugar de derivación). Los establecimientos fueron sumándose paulatinamente, y la convocatoria hizo especial énfasis en la participación de los servicios de Salud Mental pertenecientes a los hospitales generales de agudos. Respecto de sus antecedentes inmediatos en la Dirección de Salud Mental, y las limitaciones impuestas por sus propias condiciones de posibilidad, citaremos en extenso algunos párrafos.

La Dirección de Salud Mental, ha intentado a lo largo de los años implementar diferentes registros para ser utilizados en todos los efectores de Salud Mental, que permitan conocer, no solamente la cantidad de pacientes que consultan y el tipo de atención recibida sino las problemáticas prevalentes y las características socio-culturales y demográficas de la población, para así poder adecuar la oferta de servicios a la demanda existente. Estos distintos registros, que incluyeron desde fichas de admisión hasta modelos de Historia Clínica, no tuvieron continuidad en el tiempo ya fuera por su extensión, inadecuado diseño, falta de tiempo de los profesionales para su confección e incluso por carencia de los elementos materiales necesarios (papel impreso, lugares para su archivo, infraestructura informática para el volcado de datos, etc.). Otro factor a considerar ha sido la falta de acuerdo por parte de los profesionales con respecto al modelo de Historia Clínica a utilizar y la información necesaria a recabar para permitir la realización de estudios epidemiológicos en forma sistemática y la comparación de los resultados a través del tiempo. Por otra parte, la multiplicidad de escuelas y líneas teóricas imperante en el campo de la psicopatología y la Salud Mental, hacen muy difícil la utilización de una clasificación diagnóstica única. A pesar de la existencia de una Clasificación Internacional de Enfermedades, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, es muy dificultoso arribar a un consenso con todos los profesionales del área para su utilización.

Algunos estudios puntuales, realizados por la Dirección de Salud Mental, con la finalidad de rastrear determinada información en las Historias Clínicas existentes en los Servicios de Salud Mental, indicaron que es muy alto el porcentaje de registros que carecen de datos, tanto sociodemográficos como clínicos, incluido el diagnóstico, lo cual hace sumamente lento y trabajoso cualquier intento de relevar información por esta vía. Todas las razones mencionadas han determinado que los pocos estudios realizados se hayan basado en encuestas o formularios especialmente construidos al efecto, con las limitaciones y el costo que esto implica.

Pese a encontrar su fundamentación principal en la normativa existente, el PIVESAM se ha originado en base a la inquietud personal de una integrante

de la Dirección de Salud Mental, cuya formación se orientó hacia la Salud Pública. En relación con el consenso de que goza el programa por parte de los profesionales –y por tanto, por parte de quienes aparecen como responsables del llenado de los formularios– ella reconoce que existe cierta reticencia a los relevamientos. Reticencia que ubica junto a la resistencia general respecto de elevar datos hacia los niveles centrales, así como relaciona con la inexistencia de una tradición tanto del registro como de la utilización de aquello que sí queda registrado. En cuanto a los registros que sí existen, señala la limitación implicada por la inexistencia de una nomenclatura única que permita la comparación. Es en este marco, que se define la realización de una ficha epidemiológica considerada breve a fin de promover su llenado. También se fue decidiendo que era conveniente dedicar el esfuerzo a conservar en el tiempo el vínculo con aquellos efectores cuya colaboración se obtenía antes que destinarlo a ampliar la muestra, dada la carencia de un financiamiento específico³⁷.

Dicho esfuerzo es personalizado: un puñado de personas se dedica, en base a la mera obligación impuesta por su propio interés personal, a acercar las fichas a los establecimientos, entrenar en su llenado a los profesionales, pasar luego a retirarlas, volcar los datos. La información obtenida, además de ser “colgada” en la página web, se les remitiría por correo electrónico a los profesionales vinculados con el Programa. La utilización de medios electrónicos ha permitido, hasta el momento, el funcionar de modo independiente a la financiación.

Dentro de cada uno de los hospitales que colaboran con el programa se ha implementado la figura de “Coordinador operativo”. Se trata de personas que, en base a un contacto preexistente con la Dirección de Salud Mental, se han ido sumando desde los servicios de Salud Mental. Ellos son quienes se encargan de distribuir los formularios para luego recolectarlos, y también quienes tienen a su cargo el monitoreo a fin de revisar si están completos y si los diagnósticos son correctos. Si bien a fin de designar tal coordinador (honorario) los Jefes de Servicio resultan determinantes, debe señalarse que la inclusión en el Programa obedece a vínculos y redes personales de carácter no formal. De hecho, este ha sido tema de conversación en reuniones que los Jefes sostienen periódicamente con otros fines, y es en base a esto que se ha logrado dar cierta continuidad a la vinculación. Tan es así que un supuesto que subyace a la designación de coordinadores es la afinidad: se presupone que quien actúa como referente lo hace en base a su interés –también, personal– y es por ello que suma esfuerzos a una tarea que no posee remuneración ni lleva a ocupar un lugar diferenciado en términos de organigrama institucional.

Sin embargo, lo informal pareciera tener condiciones de posibilidad para su entramado en referencia a los marcos formales. De este modo, según hemos podido recabar en campo, el PIVESAM no incluye ningún CeSAC debido a que estos establecimientos no dependen de la Dirección de Salud Mental. Si

³⁷ En este sentido, debe aclararse que al momento de realizar nuestro trabajo de campo se confiaba en la posibilidad de obtener financiamiento para el siguiente año, puesto que en principio se lo había incluido en el Presupuesto 2011, aunque aquel aún no había sido aprobado.

bien la dependencia administrativa ha variado en distintas administraciones, hasta el momento la injerencia de la Dirección en ellos ha sido prácticamente inexistente puesto que su vinculación nunca ha sido directa³⁸. Durante algunas gestiones, la Dirección ha llegado a poseer cierto ascendente normativo en los profesionales, pero en base también a cuestiones del orden de la afinidad, y muy ligadas al carisma personal de quien ejercía como Director. Dicho sea de paso, en relación con el lábil vínculo entre lo formal y lo informal y las modalidades entreveradas en que se presentan los organigramas y dependencias estatales al menos en el subsector público sanitario, cabe recordar que *los profesionales de Salud Mental que se insertan en los CeSACs no poseen relación formal para con los Jefes de Servicio hospitalarios del área*.

Ahora bien, en el momento en que comienza el PIVESAM, los vínculos informales para con los profesionales de los CeSACs estaban menguados, y las redes iniciales en base a las cuales surgió el Programa si bien han logrado expandirse en gran medida, han permanecido atadas al tipo de establecimientos con los que se ha comenzado. Esto también encuentra una explicación en el hecho de que no se ha gozado de una infraestructura que posibilitara el acuerdo formalizado entre la Dirección de Salud Mental y aquella de la cual fueron dependiendo los CeSACs.

LA DETERMINACIÓN POLÍTICA DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE DATOS

Tal como se ha mencionado arriba, la vinculación del PIVESAM para con los establecimientos que le remiten datos ha sido paulatina. Si bien esto puede considerarse como una señal de consolidación del Programa, también hay que tener presente que implica cierta cautela en la lectura de los datos. Es que el aumento de consultas realizadas siempre puede deberse a un aumento del registro, y no así de los eventos registrados.

Tampoco existe una conexión formal con el sector de Estadísticas de los Hospitales. En este caso, se repite lo anterior: esta ausencia se duplica en lo informal, no existiendo vínculos de ningún tipo. En principio, pareciera que aquel sector hospitalario posee una cierta tendencia a mantener los registros requeridos, sin demasiada inclinación hacia la introducción de innovaciones o el desarrollo de nuevos datos. Ahora bien, más allá de la mayor o menor inercia de ciertos sectores, también es cierto que el área de Salud Mental no resulta demasiado gravitante al momento de introducir cambios o promover acuerdos entre agencias y jurisdicciones. Esto puede fundamentarse, por ejemplo, en el hecho de que el Programa de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación incluye patologías de orden biomédico –como dengue o tuberculosis– al tiempo que ha descuidado continuamente temáticas como la

³⁸ Actualmente, existen reuniones mensuales de profesionales pertenecientes a estos efectores. Estas reuniones, denominadas “de red” son de concurrencia voluntaria y –de modo correlativo a ello– poseen carácter no vinculante. Siendo una reunión más entre otras varias de este carácter a las que tienen la posibilidad de acudir los profesionales de los CeSACs, el grado de convocatoria es marcadamente fluctuante.

Salud Mental. De tal manera, este organismo nacional se ha vinculado –y eventualmente financiado– al Departamento de Epidemiología del Ministerio local. Dicho sea de paso, *la desconexión entre este último y el área de Salud Mental* es también un dato fundamental a ser destacado.

A su vez, debemos considerar que esto no se encuentra desvinculado de las características estructurales del Sistema de Salud, sino al contrario: *los hospitales de la Ciudad no poseen una organización homogénea*. Esto incluye al Servicio de Salud Mental: *los modos de organizarse en cada uno de ellos son discrecionales y responden a devenires e intereses locales*. De tal manera, la instancia de admisión varía en sus modalidades: mientras en algunos hospitales está centralizada, en otros funciona por equipos. Cabe recalcar que la existencia de equipos especializados (en violencia, en adicciones, en trastornos de alimentación, entre otros existentes) también obedece a surgimientos motorizados por profesionales particularmente interesados en aquellas temáticas, ya que no a lineamientos de política sanitaria efectuados a otro nivel. En el aspecto que nos convoca, lo anterior influye en términos de que puede ocurrir que la ficha remitida por el PIVESAM deje por fuera a los equipos que poseen admisión diferenciada. Se desconoce si efectivamente sucede aunque se lo suponga, y de tal modo se desconoce la magnitud en que pudiera estar sucediendo.

Ejemplificaremos esto último haciendo referencia a datos de campo. Hemos tomado conocimiento del hecho de que los distintos hospitales y Centros de Salud tienen una organización interna que emana de su propio devenir local, pero que no se encuentra normatizada. De tal modo, en el área particular que nos convoca, puede existir un solo equipo de Salud Mental o varios, congregados en torno a temáticas que emergen por interés de los profesionales, entre las que podemos citar “adolescencia”, “violencia familiar”, “adicciones”, “tercera edad” o “trastornos de alimentación”, por solo poner algunos ejemplos. En cada establecimiento se define, asimismo, si estos distintos equipos –en caso de existir– poseen una admisión común o unificada. Así (continuando con el ejemplo) resulta altamente probable que aquellos equipos especializados que poseen instancia propia de admisión no se vinculen con el PIVESAM.

De tal manera, el grado de representatividad de los datos del PIVESAM es algo que *a priori* no puede ser determinado, lo cual introduce cierta cautela respecto de su interpretación. Algo similar sucede con los datos relativos a la Atención Primaria. En este último caso, además, el modo asistemático del registro se superpone a la variabilidad de las prácticas, dado que en el marco de los CeSACs estas incluyen un abanico mayor que en el resto de los efectores, pudiendo ir desde la asistencia clínica en sus variados tipos hasta la realización de actividades inespecíficas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. También aquí debemos señalar el *correlato entre las limitaciones del registro estadístico y la estructuración del sistema sanitario*, puesto que mientras los CeSACs realizan prácticas heterogéneas apelando a criterios múltiples, tal dispersión de actividades y perspectivas no se deriva de distintos modos de comprender la misión de los profesionales en Salud Mental en estos efectores, sino de la ausencia de marcos comunes. Con “marcos comunes” hacemos referencia tanto a plataformas materiales de encuentro donde conflu-

yan los profesionales, como a normativas o lineamientos que sean comunes al desempeño en los CeSACs.

ELEMENTOS PARA UN ANÁLISIS MULTIESCALAR: LA PERSPECTIVA DE QUIENES COMPLETAN LOS REGISTROS

Los registros estadísticos que hemos venido mencionando tienen distintos grados de obligatoriedad. En este sentido, podemos afirmar que la subalteridad de un tipo de recolección va de la mano para con su menor carácter conminatorio.

Ahora bien, más allá de lo anterior, y desbordando lo establecido desde los niveles ministeriales, el proceso de registro estadístico se completa, valga la redundancia, con el acto mismo del registro. Es por este motivo que nos interesó en nuestro trabajo de campo obtener al menos un panorama impresionista respecto de qué pudiera estar sucediendo en este plano. Decimos “impresionista” debido a que por la cantidad de establecimientos a los que nos estamos refiriendo, obtener datos más conclusivos al respecto implicaría un trabajo exhaustivo y continuado de indagación empírica cuyas condiciones de realización se han encontrado lejos de nuestras posibilidades materiales. Pese a esta salvedad, y en aras de fundamentar el carácter nodal de la inclusión del presente nivel de análisis, debemos recordar aquella *característica central a la construcción de datos estadísticos. Nos referimos a su carácter estandarizado*. A fin de otorgar la debida importancia, entonces, a lo que describiremos a continuación, es necesario tener presente en todo momento que el apelar a criterios personales a fin de completar un dato, así como *todo aquello que vaya en desmedro de la uniformidad del proceso, redundando en una menor calidad de la información resultante*. En consecuencia –bien vale insistir en esto, aun a riesgo de resultar redundantes– cada vez que hagamos mención a algún procedimiento que puede llevarse a cabo de modo discrecional (esto es, según el arbitrio de quien se encuentra como encargado), debe ser leído como una instancia que contribuye a restar calidad a los datos obtenidos.

En principio, pareciera ser que los procedimientos comentados por el Ministerio no funcionan de idéntico modo a lo largo de los distintos efectores. Si bien en lo local la modificación introducida permitiría ganar en practicidad, en términos de estandarización nos vemos obligadas a señalar que esto puede afectar los datos recabados en un grado imposible de determinar. Mencionaremos algunos ejemplos puntuales. El hecho de quién es el encargado del llenado de los formularios de registro estadístico puede dirimirse en base a cuestiones operativas. De tal modo, puede ocurrir que sean completados por los propios profesionales, o por personal administrativo. Esto puede variar tanto de un hospital a otro, como entre los distintos servicios de un mismo establecimiento. Algo similar sucede respecto del momento y el lugar en que se realizan los consolidados –si bien esto debería suceder en los departamentos de Estadística, hemos tenido conocimiento de casos en que se realiza desde el propio Servicio de Salud Mental–. También, respecto de la ficha utilizada y los datos que en ella se consignan –hemos encontrado distintas versiones de fichas, sin llegar a deducir si se trata de

fichas antiguas que siguen en funcionamiento en algunos efectores o se trata de fichas producidas en lo local por alguna motivación que también desconocemos. Hemos observado la existencia de tales márgenes de arbitrariedad tanto en lo respectivo a la internación –en términos relativos, lo más estandarizado– como en lo que respecta a servicios ambulatorios. Una entrevistada ha referido que esto en ocasiones se debe a la distribución discrecional que de las herramientas de registro realizan las imprentas hospitalarias, muchas veces debida al hecho de que la escasez de recursos que las lleva a distribuir aquellas planillas con que cuentan, más allá de si obedecen o no a lo requerido³⁹.

Lo anterior pareciera confluir con un factor cuyo análisis en términos de relaciones de hegemonía/subalternidad resulta particularmente adecuado. Nos estamos refiriendo al hecho de que la clasificación propuesta por el DSM-IV ha sido utilizada en nuestro país mayormente por profesionales psiquiatras. Para muchos de los psicólogos que se identifican con las distintas versiones del psicoanálisis, esto no solo adolece de legitimidad, sino que además representa un frente de resistencia. Esta oposición a la codificación en tales términos no ha logrado disminuirse por el hecho de haberse convertido las categorías a las propuestas de la OMS en el CIE-10. De tal manera, la clasificación se monta en conflictos preexistentes entre profesiones y orientaciones clínicas y teóricas, determinando el grado de consenso que suscita. Si bien esto –creemos– pudiera representar uno de los puntos de mayor conflicto, la multiplicidad de criterios y perspectivas existente en el ámbito de la Salud Mental no es un hecho a descuidar, puesto que determina de modo casi mecánico la adhesión a sistemas de registro cuyo carácter es optativo.

Lo anterior se potencia al combinarse con el pluralismo imperante al interior del área de Salud Mental. No solo se trata de la existencia de múltiples escuelas y criterios, sino además de la visibilidad y legitimidad de la que estas diferencias gozan. Así, mientras la tradición relativa a la corporación médica tradicionalmente se ha ocupado de minimizar los desacuerdos a fin de no desautorizarse entre colegas, en el campo “psi” el trabajo sobre la singularidad propio de gran parte de las intervenciones pareciera deslizarse hacia el énfasis puesto sobre la singularidad del modo de abordaje. Lo anterior no solo es una característica fundante en términos del mecanismo de funcionamiento de esta área, sino que además es un hecho profundamente naturalizado. De tal modo, es algo “sabido” –en palabras de los entrevistados– que las *definiciones logradas respecto al registro en Salud Mental obedecen a un consenso particular y situado*. Vale recordar en tal sentido que los consensos a los cuales se ha hecho referencia en el nivel ministerial, respecto de las categorías a utilizar en la clasificación estadística para Salud Mental, han sido obtenidos merced a una convocatoria a expertos realizada mediante redes de afinidad, motivo por el cual es posible que las discordancias estuvieran subrepresentadas en aquel comité⁴⁰.

³⁹ Algunos testimonios recogidos nos permiten deducir que cada hospital cuenta en su interior con una imprenta, pero es este un dato que no hemos corroborado fehacientemente.

⁴⁰ Insistimos en el carácter conjetural de esta afirmación, puesto que no hemos podido obtener documentos referidos a tal serie de reuniones.

Como resultado, los formularios de registro específicos para el área circulan con un grado importante de autonomía respecto de sus definiciones. Es decir que si bien pareciera existir una guía o clasificador, su existencia efectiva y su vinculación concreta al momento del registro podría al menos ponerse entre signos de pregunta. En tal sentido, es altamente posible que lo constatado en algunas entrevistas individuales atravesase el proceso estadístico, y que lo que se engloba bajo rótulos como “admisión”, “psicodiagnóstico” o “psicoprofilaxis” obedezca en cada caso a criterios variables. Volvemos a subrayar que teniendo las cifras estadísticas como rasgo distintivo e inherente la estandarización, la naturalización de aquella dispersión conspira seriamente contra la calidad de los datos. Esta afirmación se encuentra aun más justificada cuando nada de esto acompaña a los datos publicados, es decir que no se considera relevante acompañar la presentación con elementos que permitan una interpretación más adecuada –en este caso, cautelosa– de las cifras arrojadas.

Ahora bien, el requisito de estandarización requerido por todo dato estadístico pareciera ser algo alejado de las posibilidades efectivas de concreción, desde la perspectiva de los agentes del Sistema de Salud. Nos interesa resaltar en términos de proceso las implicancias tanto del modo de producción concreto de las estadísticas como respecto del ideario que acompaña dicha producción –siendo efecto de él al mismo tiempo que causal–. Retomaremos algo de esto más abajo, puesto que se constituye en un eje nodal de nuestro análisis.

Algo similar puede decirse respecto de la necesidad de acompañar tanto el registro inicial en el formulario como la lectura final de las cifras consolidadas con otro tipo de alusiones –definiciones operacionales y datos del proceso, fundamentalmente– que habiliten una interpretación más cercana a lo correcto. Ejemplificando esto último, podemos citar lo consignado en el documento de referencia del PIVESAM, respecto de la necesidad de acuerdos. Es que entre sus objetivos específicos, se cita al de “entrenar a los profesionales para la utilización de la Ficha y de las Clasificaciones Diagnósticas Internacionales, en caso de ser necesario”. El hecho de indicar como foco exclusivo de capacitación a las definiciones diagnósticas, si bien por un lado pone sobre el tapete el disenso existente dentro de los profesionales “psi”, por otro lado descuida la necesidad de fijar una definición que permita obtener aun en tal contexto un punto de negociación en base a algún eje sentido como relevante por la mayoría de ellos.

Pese a lo anterior, y quizás dando cuenta del grado de desestructuración imperante en algunos establecimientos, a lo largo de distintos CeSACs hemos recogido relatos respecto de las estadísticas como único elemento pretendidamente común que unificaría al área de Salud Mental.

LAS ESTADÍSTICAS COMO VEHÍCULO ENTRE EL NIVEL LOCAL Y EL MINISTERIAL

Ante la falta de lineamientos y normativas que enmarquen en una pertenencia común a los profesionales “psi” que se insertan en los CeSACs, así como de instancias de encuentro y puesta en común, la única plataforma compartida

consistiría en las planillas de registro estadístico⁴¹. Esto ha sido superpuesto en el recuerdo de algunos profesionales de CeSACs al modo en que llegaron en ocasiones las definiciones en torno de incluir nuevas prácticas o dar cuenta de la atención de nuevas tipologías de pacientes.

Profundizando lo anterior, dado que es el caso de los CeSACs el que conocemos más en profundidad, nos parece interesante insistir en los modos particulares en que el registro estadístico se articula con el contexto institucional. Es esta articulación la que nos muestra cómo *a falta de marcos comunes en términos de lineamientos y marcos institucionales, hemos encontrado que las estadísticas tienden a convertirse en el único significativo que se ha encontrado funcionando como carril informativo entre los niveles locales y los ministeriales*. Esto se encontraría reforzado puesto que orienta la actuación de otras autoridades del Ministerio de Salud. Así, informantes de la Dirección de Redes y Programas consultados durante nuestro trabajo de campo han hecho referencia a las estadísticas como sinónimo de normatización del área de Salud Mental. Pero aquella no fue la única ocasión: de forma directa, o a modo de equívoco, más de una vez ocurrió que al preguntar en los niveles ministeriales por los lineamientos que rigen al área de Salud Mental a través de los distintos efectores, se nos remitía a la información estadística que se encuentra publicada en la web.

Es decir que el registro estadístico pareciera ordenar los pocos intercambios formalizados que tienen allí lugar, dada la carencia de otras disposiciones. Con “formalizados” nos referimos a aquello que denota cierta obligatoriedad y que se desprende de las reglas oficialmente consagradas. Cabe señalar que realizamos esta observación pese a su aparente paradoja: no olvidamos que renglones arriba hemos hecho referencia a su carácter no obligatorio. Aun pese a este, las estadísticas parecieran contar con el aura de la imposición por ser muchas veces el único vehículo que se sostiene para con los niveles ministeriales. Es decir que el hecho de que no sea coactivo no impide que sea entendido como una obligación. Nos interesa ahondar en las características que otorgan algo más de claridad a esta aparente paradoja.

Tal como mencionáramos arriba, el modo indistinto en que se utilizan las estadísticas como si fueran idénticas a un lineamiento puede ser observado, por ejemplo, cuando a fin de generar que en los CeSACs se comience a atender un determinado tipo de población se empieza a diferenciar en las planillas un nuevo rótulo, distinto a las categorías preexistentes. En palabras de un Jefe de CeSAC entrevistado:

En realidad, lo que puede llegar más como directiva de Central o del Hospital es el tema estadístico. (...) Cuando está la directiva de atender gente de Cromagnon, lo que hacen es pedir estadísticas a ver a cuántos atendemos. Lo mismo a ver si atendimos pacientes con medicación, o depresiones, o problemas relacionados con el consumo de sustancias... Sin más... sin más directivas que esto. Y mucho menos, preguntas.

⁴¹ De hecho, parte de la inquietud que guía este trabajo se origina en el hecho de que, en el marco de un trabajo mucho mayor que el presente, al indagar respecto de lineamientos existentes para el área de Salud Mental de los CeSACs, varios entrevistados de distinto nivel y que se desconocían entre sí coincidieron en asimilar lineamientos con registros estadísticos. Véase Adissi, 2010.

En un sentido convergente, varios entrevistados han referido como señal de la legitimidad creciente ganada por las actividades grupales la instalación de una nueva planilla a fin de registrarlas. Asimismo, los relatos recogidos en campo refieren con insistencia que *todo cambio de gestión ministerial se materializa siempre en un nuevo modo de consignar los datos estadísticos*.

Una utilización similar ha sido relatada respecto del modo en que los Jefes de Área Programática pueden solicitar la apertura de nuevos cargos para los CeSACs, justificando los nombramientos. No se ha logrado establecer si tal valoración diferencial remite al peso relativo otorgado por las autoridades a cada una de las planillas (se consignan por separado), o bien al hecho de que no se contempla la realización de tareas vinculadas a la planificación y evaluación, necesarias para la realización de actividades comunitarias. Respecto de esto último, más de un profesional ha mencionado que las estadísticas, al poner en valor lo cuantificable, operan desalentando los espacios de intercambio, es decir, las instancias de planificación, ateneo, capacitación, etcétera. Solo se ha logrado incluir en tal sentido, y no es poco, a la supervisión como actividad o “prestación” con derecho propio.

Esto último es un hecho a resaltar, puesto que da cuenta de la construcción sociohistórica de las categorías. Es que la instancia de supervisión es algo tradicionalmente vinculado al psicoanálisis, y hoy en día casi masivamente vinculado a la práctica profesional de los psicólogos pese a que no se ubiquen en esta perspectiva. Pero no así a la psiquiatría de corte más biomédica, más vinculada al MMH y poco afecta a la reflexividad como parte del quehacer profesional. Esto implica que aquello puede leerse como la cristalización –en el sistema de categorías– de una disputa por la hegemonía. Es que, en tal sentido, haber podido incluir la “supervisión” con la suficiente legitimidad como para ser un tiempo dedicado al trabajo y por tanto, cuantificarse, se vincula para con el proceso merced al cual se logra valorizarla institucionalmente en tanto actividad productiva. Ahora bien, lo anterior pareciera tratarse de una excepción –probablemente lograda de modo contingente, por coincidir en tal demanda tanto los especialistas convocados a fin de armar el sistema de registros. Cabe entonces insistir en que las prácticas subalternas son a su vez las que más tardan en ser incorporadas a los registros⁴². Una muestra de esto la brinda el carácter tardío con que se incorporan en el SICESAC las instancias grupales, extramurales y no-médicas.

Vale anticipar algo que mencionaremos en otro apartado: el carácter paradójal de las estadísticas, que a su vez emana de su carácter subalterno, consiste en que el tiempo que insume su llenado –considerable, por cierto– no es contemplado como *tiempo de tarea* de los profesionales.

⁴² Podría tal vez hipotetizarse que este lugar de mayor consolidación en el proceso relativo a la consignación de datos relativos a la internación hospitalaria se relaciona con el impacto que al respecto posee la eventualidad de una defunción. Algo que de acontecer en una consulta ambulatoria de salud mental o en atención primaria no suele implicar una responsabilidad legal para el profesional.

ACERCA DE LA COMPLEJIDAD QUE TODA TRANSACCIÓN CONLLEVA

Mientras que a los profesionales la estadística se les tiende a presentar como una imposición arbitraria, lo cierto es que los organismos encargados no cuentan con los recursos autoritativos que serían necesarios a tal efecto. Nuevamente, cabe aclarar que estamos haciendo referencia a aquellos registros estadísticos que hemos ubicado aquí como subalternos. Dicho de otro modo: estos no poseen resortes de poder que permitan ejercer una influencia sobre los efectores respecto de la tarea, lo cual se encuentra indisolublemente ligado a su carácter de optativo. Puede resultar sorprendente entonces, que tal carácter se encuentre al mismo tiempo tan naturalizado por los funcionarios ministeriales que incluso es entendido como deseable. En palabras de una entrevistada perteneciente a un área ministerial: “La idea es no obligar a la gente ni hacer nada compulsivo, porque nos dimos cuenta que no era la mejor forma”.

Lo anterior permite asimismo entender la brecha entre los objetivos iniciales que puede plantearse un programa como el PIVESAM, y su práctica efectiva. Así, si bien su intención inicial –según se consigna en el documento respectivo– es ciertamente ambiciosa, el aislamiento relativo en el que se encuentra lleva a que se encuentre bastante lejos de acercarse a ella. Podemos considerar a tal respecto el objetivo general enunciado en dicho documento:

(...) conocer la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento entre la población atendida en forma ambulatoria a partir de un relevamiento en Centros y Servicios de Salud Mental hospitalarios, con el objetivo de brindar elementos para la toma de decisiones y el diseño de líneas estratégicas de acción para la promoción, prevención y atención de la Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires.

Objetivo que tendería al mismo tiempo hacia otras metas. Metas a las que también cabe analizar en términos de distancia para con la realidad efectiva del programa, y que podrían estar indicando la falta de interés generalizada al respecto (“adecuar la oferta de los servicios de Salud Mental al perfil y a las necesidades de la población demandante”; “obtener información actualizada para la toma de decisiones de política sanitaria a partir de las problemáticas prioritarias detectadas en el área”; “crear un espacio de formación académica que permita orientar a profesionales e investigadores del área sobre la identificación de nuevos problemas de Salud Mental y aportar datos para profundizar en ulteriores investigaciones”).

Nos interesa remarcar el hecho de que el Sector Salud se encuentra jerárquicamente organizado, y que por tanto la responsabilidad es diferencial. Es decir, al menos en términos formales, la responsabilidad mayor les cabe a las más altas autoridades sanitarias. Esto se pone de manifiesto al observar cómo los recursos autoritativos a los que nos hemos referido no son independientes de los recursos materiales. A tal respecto, podemos también citar el realismo sin rodeos de aquel mismo documento, cuando plantea como metodología a seguir luego de su lanzamiento piloto: “Los efectores se irán incorporando en la medida en que se pueda garantizar desde la Dirección de Salud Mental la provisión del material (ficha epidemiológica impresa) para aquellos que no dispongan de medios (...)”. Asimismo –e insistiendo una vez más en este

programa dado que es el único material escrito que aporta algo en términos de comprensión e historización del proceso, tal como hemos mencionado— también en este plano se observan las consabidas brechas, puesto que el procesamiento informático de lo recolectado, el cruce de variables, y la elaboración de resultados y conclusiones, son todos objetivos específicos de este programa que se encuentran supeditados a la casi inexistencia de financiamiento y, por ende, de recursos humanos para llevarlos a cabo.

Afortunadamente, la existencia del correo electrónico como herramienta comunicativa permite cumplimentar en cambio el objetivo de entregar un informe periódico. No obstante —y esto entendemos que introduce una diferencia— lleva a que gran parte de las veces permanezca en el plano de las relaciones personales, puesto que la utilización de este recurso —la propiedad de la casilla de destino así como quién cuenta con acceso a ella— posee implicancias en tal sentido cuyos contornos específicos sería interesante indagar puesto que aún es escaso lo que se conoce al respecto. Finalmente, respecto de los objetivos de elaboración de resultados y conclusiones, tanto como de formulación de recomendaciones, entendemos que su demora puede deberse tanto a la falta de recursos referida como al desaliento implicado por la indiferencia de las autoridades que queda plasmada en el proceso, así como a ambas causas.

En este marco, subyace un cierto sentido de irrelevancia respecto de la cuantificación. En lo que respecta particularmente al área de Salud Mental, esto tiende a coincidir con el énfasis atribuido al “caso por caso”. Tan es así que durante el trabajo de campo se recogieron distintas alusiones a que las estadísticas son algo a ser “dibujado”: el llenado de estadísticas se convierte en una estrategia de resistencia ante la irrelevancia atribuida a lo definido por los niveles jerárquicos. Aquel “dibujo” puede consistir tanto en ubicar a todos los pacientes admitidos bajo un mismo diagnóstico —o dos, a lo sumo— como en poner el acento en registrar algunas actividades en desmedro de otras. También, en contabilizar actividades que no se han realizado.

Ahora bien, respecto de esto último, algunos entrevistados han señalado que no siempre la intención es burlar la vigilancia, puesto que no existen criterios unificados acerca de aquello que es conveniente mensurar. Así, se encuentran profesionales que consideran que lo pertinente es contabilizar a aquellos pacientes a los que se ha esperado y que tenían un espacio disponible, y no a aquellos que efectivamente han venido. Desde este criterio, incluyen en la estadística a pacientes que no han asistido —existiendo así una diferencia entre la fecha en que dejan de venir y aquella en que se consigna el abandono, que es cuando el profesional así lo define—. Este accionar de los profesionales a su vez denotaría un desconocimiento de la función que cumple la información estadística en el Sistema de Salud. Podríamos hipotetizar en tal sentido que el ejemplo que hemos citado en este párrafo podría estar dando cuenta de la trasposición al ámbito público de cierta lógica correspondiente a la clínica privada.

Entonces, y volviendo a hacer hincapié en las categorizaciones utilizadas por estos registros estadísticos, entendemos que no es del todo consistente el supuesto ministerial de que un sistema de registro estadístico no presenta

obstáculos puesto que no se han recibido reclamos al respecto. Aunque tampoco autoriza, en sentido contrario, a suponer que todo el que acuerda con el registro lo lleva adelante de idéntico modo y entendiendo lo mismo por cada una de las categorías o bien teniendo presente la importancia de que lo consignado remita en sentido estricto a la letra de las definiciones. Antes bien, confluye el sentido de imposición arbitraria, con la heterogeneidad que caracteriza al campo “psi” en lo local, en aras de restarle importancia al proponer categorías alternativas. Si la estadística no es vista como algo relevante por quienes se encargan de completarla, difícilmente ellos se vean movilizados a fin de pugnar por nuevas categorizaciones. Mucho más fácil es consignar datos de modo mecánico, sin detenerse a sopesar su carácter –o no– de fidedignos.

LO DES-CONSIDERADO: EL CAMPO “PSI” COMO CONTEXTO DE LA ESTADÍSTICA

Quisiéramos sugerir que de modo transversal a los distintos niveles –es decir, tanto desde los efectores como desde las distintas dependencias ministeriales– *se tiende a minimizar el impacto de la configuración del campo “psi” en el registro estadístico*. En tal sentido, hemos recogido más de una opinión en el sentido del testimonio siguiente: “Lo que estamos privilegiando es registrar lo que estás haciendo y lo que la gente tiene, el resto está todo para pensar en los seminarios en la calle Independencia: lo que piensan que lo trabajen adentro del consultorio”. Sin embargo, según hemos relevado en campo, la pluralidad de este campo hace que la imposición de un criterio entre otros posibles sea considerada no solo arbitraria, sino también muchas veces incluso autoritaria. Este tipo de preconceptos por parte de quienes deben realizar el registro impacta de modo directo en la calidad del mismo. De hecho, pareciera que el acto de completar las fichas sin prestarles demasiada atención por momentos llega incluso a deslizarse hacia el lugar de una suerte de táctica de resistencia (De Certeau, 1996).

Ante esto, existe una solución intermedia para cumplir con el registro estadístico sin comprometerse demasiado en ello. Nos focalizaremos en esto último, puesto que entendemos que cumple un doble rol contradictorio: mientras para quienes consultan datos puede ocupar un lugar de importancia, para quienes lo completan puede convertirse en aquello que más fastidio genera, o que desacredita a sus ojos el recurso mismo de la estadística.

En principio práctica habitual, varios profesionales han comentado que de entre la gran variedad de diagnósticos (y/o motivos de consulta) entre los cuales tienen que elegir entre uno y tres que representen el caso atendido, seleccionan algunos como abanico recortado de posibilidades. Quizás esto adquiera ribetes distintivos en Atención Primaria: cabría tal vez la pregunta respecto de hasta qué punto la inespecificidad o flexibilidad (según la tienden a describir los profesionales que en ella se insertan) que pueden tener aquí las prestaciones convierte a las categorías disponibles en un cúmulo inmanejable de códigos. Esto es, mientras que quienes trabajan en algún servicio hospitalario poseen, merced a su especificidad, un recorte de códigos para consultar, quienes se

desempeñan en los CeSACs deberían leer cada vez que atienden a un paciente prácticamente todas las categorías a fin de ubicar la problemática asistida⁴³.

Hemos recogido distintos relatos en tal sentido. Por un lado, de quienes recortan los que consideran “los más frecuentes” a fin de consultar rápidamente los códigos o incluso memorizarlos. En estos casos, la consideración de mayor ocurrencia, podemos analizar, se retroalimenta –puesto que si son los únicos registrados, es lógico que sean los habituales–. Esto podría no ser tan así si el registro estadístico ocupara un lugar prioritario entre las preocupaciones de los profesionales. Más bien, según hemos podido recabar –y que conjeturamos a modo de hipótesis puesto que se trata de testimonios en una cantidad que no permite su generalización– todo indica que no habría demasiada chance de que se incluyeran códigos distintos a los más utilizados.

Lo anterior no es algo que pueda dejarse pasar sin sopesar las implicancias. Quizás *el carácter relativamente constante con que aparecen ciertos diagnósticos pueda explicarse no por el modo de presentarse, sino por la constancia en el registro de un mismo grupo de códigos por parte de los profesionales*. Podría abonar la hipótesis en aquel sentido el carácter errático con que aparecen consignadas problemáticas sociales en poblaciones empobrecidas como aquellas que suelen consultar mayormente en los CeSACs. También, el lugar menor que problemáticas como uso de drogas o violencia tienen en los consolidados, el cual no se condice con la percepción que los mismos profesionales comentan respecto de su aumento.

Por otro lado, *hay quienes a modo de solución de compromiso han elegido entre los clasificadores aquellas definiciones que menos en conflicto entran con su perspectiva de abordaje*. De tal modo “trastorno mental no especificado” o “trastorno de personalidad no especificado” parecieran convertirse en un modo elegante –para quienes adscriben a algunas líneas del psicoanálisis– de ubicar “estructura neurótica” o “estructura psicótica” respectivamente.

Lo anterior amerita agregar un dato aún no mencionado, y es el hecho de que para algunas vertientes del psicoanálisis es imposible obtener un diagnóstico en un primer encuentro, y/o de modo independiente a lo que definen como “transferencia”. De tal manera, ante el llenado de un registro estadístico que solicita diagnóstico en la entrevista de admisión, se reforzaría para estos profesionales la búsqueda de una solución de compromiso que permita evitar el conflicto para con quienes solicitan los formularios una vez completos, o eventualmente demostrar productividad, sin por eso adscribir a lo que se ha completado.

Estando las distintas versiones del psicoanálisis tan difundidas al interior de los servicios de Salud Mental –como en la Ciudad de Buenos Aires misma– entendemos que también es necesario considerar que hay quienes sostienen trabajar con lo más subjetivo, y que no es homologable. Estos profesionales son los más resistentes a completar estadísticas, y el eje de mayor disidencia es, precisamente, el diagnóstico –puesto que no se opondrían a registrar un dato como el domicilio, por ejemplo, si bien les pudiera parecer irrelevante en términos de su práctica–.

⁴³ Véase la descripción realizada al respecto en la Segunda Parte de este trabajo.

Lo anterior podría llevar a cierta cautela al momento de interpretar esos mismos datos consolidados como muestra de lo que efectivamente les sucede a quienes consultan. Un factor más se articula con aquello, sobredeterminando su incidencia. Nos referimos al hecho de que llenar los registros estadísticos insume una cantidad de tiempo nada despreciable. Si consideramos que según dónde sea la inserción, en algunos contextos de trabajo el rendimiento en términos de productividad puede ser un elemento clave al momento de sostener el puesto o bien de ganar aliados institucionales, podemos concluir que el llenado de estadísticas se volvería paradójico: insumiría un tiempo no considerado como tiempo de trabajo⁴⁴. Es decir que, tal como lo hemos anticipado arriba, no estaría en sí mismo visto como un trabajo: llenar estadísticas no es en ningún caso una actividad que figure por derecho propio entre aquellas que miden desempeño. Menos aun posee algún tipo de visibilidad o beneficio el llenarlas de modo conveniente. Este hecho, como decíamos, pareciera acentuar cierta tendencia a completar los registros intentando detenerse lo menos posible en ellos.

OTROS FACTORES QUE CONCURREN EN DETRIMENTO DE UN BUEN USO DE LOS DATOS

Pese al lugar otorgado arriba a elementos que van en sentido contrario, cabe aclarar que la sensación de irrelevancia no es la única perspectiva que hemos encontrado en campo: también se han encontrado profesionales que sí manifiestan un interés hacia datos que son definidos como epidemiológicos. Este interés puede plasmarse tanto en la recolección de datos propios –de los pacientes recibidos– como en el seguimiento de los datos publicados en la página web por la Dirección de Estadísticas o la Dirección de Salud Mental. Según hemos podido observar, en estos casos la metodología realizada como paneo de los propios pacientes consiste en realizar el conteo por separado de la aparición de diagnósticos realizados, entendiéndolos como equivalentes sin más a entidades nosográficas –esto es, a padecimientos o trastornos–. Cuando en ocasiones se realiza un cruce de variables, según hemos podido recabar, este corresponde casi de modo exclusivo a las variables de sexo y edad. Las distribuciones simples o univariadas que se obtienen como resultado (es decir, que muestran la frecuencia para cada uno de los aspectos mensurados, de modo independiente entre sí) y que remiten a las consultas, suelen ser asimiladas por estos profesionales a la prevalencia de trastornos. Así, más de un profesional, además de varios funcionarios, han aludido a tales cifras sosteniendo que estas demuestran un aumento constante en la existencia de problemáticas de Salud Mental. Creemos que existen elementos suficientes para hipotetizar que, al menos en parte, este simplismo en

⁴⁴ El consignar como prestación algo que no lo es en sí mismo, pero que implica una actividad que cualifica las prestaciones pareciera ser un logro del área de Salud Mental. Así “supervisión” es una tarea con derecho propio –para la cual se debe invertir por tanto un tiempo específico, valorado como tiempo de trabajo–. No sucede lo mismo con las planificaciones de las actividades extramurales o de promoción y prevención en los CeSACs.

la lectura estadística –que se basa en un supuesto de transparencia bajo el cual lo contabilizado sería idéntico a lo existente– remite al modo simplista en que tales cifras son presentadas: desligados de referencias interpretativas que permitan contextualizar el dato, haciendo una lectura correcta de aquellos números. Es que esta asimilación de estadísticas a prevalencia termina de completar el panorama respecto de la invisibilización de las mediaciones interpretativas de distinta índole: los itinerarios de consulta y derivación –junto con el criterio de codificación utilizado– no son tampoco aquí problematizados. Una frase de una entrevistada resume este modo de interpretación: “El que llega a una institución de salud es porque tiene un problema de salud, más allá de cómo llegue”. En tal sentido, nos permitimos sugerir que *el tratamiento estadístico realizado por los niveles ministeriales no solo tiene un carácter de difusión, sino a su vez una implicancia didáctica de transmisión de criterios y valoraciones.*

Finalmente, y para ser consecuentes con nuestro marco teórico, debemos analizar aun aquellas cosas que suelen permanecer por fuera de lo escrito, como “tema tabú”. Es que si decimos que el contexto institucional determina la construcción de datos, es necesario tematizar de algún modo el hecho de que existen algunos profesionales que trabajan menos horas de aquellas por las que reciben el sueldo. Esta menor cantidad de horas puede representar un margen bastante amplio –habiendo aparentemente profesionales que solo se retiran o llegan eventualmente media hora tarde, hasta aquellos que solo acuden algunas horas por semana cuando su cargo es por ejemplo de 40 horas semanales–. La magnitud de este fenómeno es, por definición, indeterminable. ¿Por qué mencionamos esto? Porque según hemos podido recoger, este hecho por todos conocido –o, al menos, por todos conversado– lleva a entender que carece de fundamento lo consignado en las estadísticas: que la productividad es algo “que se dibuja” (en palabras de los profesionales). Esto, que circula a modo de rumor, lo hemos podido constatar en distinto tipo de establecimientos, y referido por personas que no se conocen entre sí –lo cual nos ha llevado a considerar con seriedad tales afirmaciones–. Pareciera que, desde la perspectiva de al menos algunos profesionales, el saber o creer que hay otros que no están consignando algo cierto, se tiende a convertir en un recelo que desalienta el propio registro –“¿Para qué me tomo la molestia si total el dato final siempre va a mentir?”, opinó una entrevistada–. Por otro lado, debemos señalar que esto además pone sobre el tapete otro de los usos que se hacen de la herramienta estadística a nivel local, donde el personal jerárquico pareciera utilizarla en tanto instrumento que posibilita dar cuenta de la productividad de un servicio (sin interesarse por la información que pudiera presentar respecto de las características de la población usuaria del mismo).

Si la heterogeneidad del campo “psi”, junto con la naturalización del incumplimiento de las horas de trabajo por parte de algunos profesionales, tienden a confluir generando una sensación de irrelevancia respecto del objeto estadístico por parte de aquellos que poseen un rol protagónico en el registro, existe un último aspecto que debemos subrayar. Nos referimos a la amalgama que con las dimensiones anteriores constituye el hecho de que resulta por distintos motivos ostensiva la falta de consulta de las estadísticas por parte de las autoridades al momento de tomar decisiones. Esto ha sido enfatizado tanto por los profesionales que se desempeñan en los distintos establecimientos como por los diferentes

funcionarios entrevistados. Quizás sea sobre todo esto último lo que explique el lugar subalterno del registro estadístico, y la calidad sub-óptima que –en consecuencia, según nuestra hipótesis– suelen tener los datos.

Al mismo tiempo, en los casos donde esto no es así, el registro estadístico –y las funciones aledañas, como el reparto y entrega de fichas, por ejemplo– cumple un rol similar a la “militancia” (en palabras de varios entrevistados). Ahora bien, el hecho de que varios profesionales emprendan una (re)valorización de los datos estadísticos por propia iniciativa difícilmente pueda llevar a otorgar a tales empresas un carácter instituido como el que entendemos es necesario para otorgar solidez a los datos estadísticos. Vale recordar solamente que una de las características de un buen dato estadístico es la estandarización lograda, para concluir que esto tiende a parecerse más a una dinámica transversal o estructural que a algo con lo que se pueda dar cuenta mediante redes de afinidad. Entendemos que el recurso a la homologación –que es lo requerido por el formato estadístico– encuentra un correlato institucional en lo que venimos analizando. Nos referimos al funcionamiento análogo que existe entre instancias ministeriales y efectores cuyos marcos comunes son fragmentarios, y los modos en que son construidas las estadísticas en el Sector Salud.

Esto es algo que resulta indispensable advertir, aun a contrapelo de la perspectiva que sostienen una serie de profesionales insertos en distintos niveles (tanto en establecimientos como en el Ministerio), puesto que resulta difícil dar por supuesto el carácter representativo de una reunión de expertos o referentes cuando es convocada en base a esta dinámica.

En tanto determinante de lo anterior, podemos conjeturar que la falta de visibilidad del conjunto, esto es, el no entenderse como vinculado al sector sanitario, o a la esfera de lo público impacta en la calidad del sistema de recolección estadístico. Esto es algo que hemos podido confirmar en más de un caso, por parte de los profesionales que se encuentran trabajando en los establecimientos. Nos referimos a que los agentes institucionales no se perciben a sí mismos como parte de un todo. Nuevamente, existen ante esto responsabilidades diferenciales: ellos tampoco cuentan con recursos que les permitan conocer la cadena completa de los procesos de construcción de información. Es decir que no son informados respecto del circuito que recorren las planillas de registro una vez llenadas. Por supuesto, y de modo circular, no hemos encontrado agentes de ningún nivel de inserción que consideren necesario dar esta información.

Sin embargo, nos parece pertinente advertir que los problemas en el llenado de las distintas fichas estadísticas no se relacionan meramente con la escasa comprensión del proceso en su totalidad. Si bien no desconocemos que algo de esto podría estar en juego, entendemos que hay cuestiones de orden material que hacen del registro estadístico una dimensión poco jerarquizada. Sea por cómo es considerado el tiempo que en ellas se invierte (o más bien: cómo es desconsiderado) como por la falta de recursos invertidos, por la escasa normativización –que hace también a su débil función vinculante– o por lo efímero de los datos consolidados (recordemos que hemos encontrado disponibles los datos recién a partir del año 2005), *las estadísticas cargan con una significación que las tiende a convertir en algo cuyo costo no se equipara con su valor*⁴⁵.

Nos hemos preguntado más de una vez –a lo largo de nuestro trabajo de campo tanto como de su análisis posterior– si aquello no podía tomarse como indicativo respecto de la ausencia de una mirada poblacional en las instituciones. De ser así, tal vez, encontraríamos tal ausencia en los polos de un recorrido: tanto en quienes toman decisiones (considerando que los distintos actores señalan como “discrecionales”), como en quienes desde la asistencia o actividades aledañas construyen día a día el contacto con la población. Nos parece entonces necesario volver a insistir en las responsabilidades diferenciales que caben al respecto, puesto que quienes sientan las bases del descuido respecto de lo profesional son quienes tienen más recursos para imponerse, y quienes tienen más acceso a instituir reglas. Es decir, las autoridades sanitarias. Tan es así no nos parece un dato menor, en cuanto a la configuración del proceso de construcción de información poblacional, aquello que una entrevistada de nivel ministerial refirió como un dato básico: “Las decisiones nunca fueron técnicas”.

⁴⁵ Poniéndolo en términos marxianos, nos animaríamos a decir que las estadísticas parecieran tener valor de cambio, pero no valor de uso.

Cuarta Parte

Es nuestra intención aquí analizar algunos aspectos de lo que hemos encontrado a la luz de aquellos planteos teóricos referidos inicialmente. Cabe aclarar que realizamos esta tarea sin pretensión de exhaustividad, buscando más la apertura de posibles debates que afirmaciones concluyentes.

Finalmente, presentaremos algunas humildes propuestas que intentamos desprender del análisis realizado.

ALGUNOS SEÑALAMIENTOS RESPECTO DE RASGOS DEL MMH PRESENTES EN SALUD MENTAL

Nos habíamos propuesto describir y analizar cómo es, cómo se produce, cómo es utilizada y qué funciones cumple la información estadística en el área de Salud Mental de los efectores públicos en Ciudad de Buenos Aires y qué relación guarda con los elementos teóricos constitutivos del Modelo Médico Hegemónico.

Dentro de lo anterior, nuestra intención fue describir qué categorías estadísticas son relevadas en el Subsector Público en relación con el área de Salud Mental; explorar en base a qué criterios y de qué modo se fueron originando las categorías estadísticas; aportar elementos iniciales de análisis en torno a qué sentidos y funciones adquiere el registro estadístico en la práctica cotidiana del área de Salud Mental de los efectores del Subsector Público de Salud, y analizar en qué medida se corresponden o se oponen los modos de categorización y utilización de la estadística en el área de Salud Mental del Subsector Público a los elementos teóricos constitutivos del MMH.

Nuestra decisión se fundamentó en el hecho de que nos ha parecido de especial interés lo que estos datos arrojan en términos de cifras, por un lado. Pero también, en que entendemos que ellos permiten un acercamiento particularmente interesante al funcionamiento del propio Sistema de Salud. Cabe volver a señalar –aun ante el riesgo de caer en repeticiones excesivas– que no nos ha sido sencillo dar con información oficial dada la debilidad del sistema de archivos existente. Como correlato de lo anterior, nos hemos visto obligadas a realizar un recorte temporal dictado por la existencia misma de información disponible. Es decir que este trabajo solo se ha basado en las estadísticas producidas durante los últimos años. De tal manera, hemos reproducido –aun pese a nuestra voluntad– aquel rasgo que criticáramos: la falta de historicidad. Esperamos haber hecho la suficiente cantidad de advertencias en tal sentido, a fin de evitar que los lectores naturalicen la inmediatez como clave de lectura de los procesos de salud/enfermedad/atención.

Dado que hemos aludido extensamente a distintos aspectos, sintetizaremos aquí los rasgos más significativos del MMH presentes en el área de Salud Mental. Haremos inicialmente referencia, agrupándolos, a los de a-sociabilidad,

la a-historicidad y el a-culturalismo, para luego referirnos brevemente al individualismo. Consideramos que el biologicismo resultante, y la orientación curativa que de aquel se desprenden son de algún modo fácilmente deducibles de lo expuesto, con lo cual no ahondaremos aquí en ello.

En cuanto a la a-sociabilidad, la a-historicidad y el a-culturalismo, esperamos haber mostrado de modo conveniente cómo ellos se encuentran a lo largo de las distintas etapas del proceso de construcción de información estadística. Un dato fundamental en tal sentido lo constituye la poca consideración prestada a las divergencias del área, en tanto constitutivas de lo que en ella suceda. Es decir que, considerando la pluralidad del área de Salud Mental, y la falta de espacios compartidos o normativas de conjunto, es presumible que los criterios y presupuestos varíen para cada profesional. Se suma a lo anterior el hecho de que las planillas no cuentan con definiciones explícitas, y que aun cuando existen instructivos, estos no resultan de fácil lectura⁴⁶. Muestra de aquello es, quizás, que resulta naturalizado el funcionamiento en base a supuestos a lo largo del proceso de registro. De tal manera, cuando formulario e instructivo dicen “nivel educativo de la madre”, no puede considerarse una obviedad el hecho de que lo consignado pueda remitir a “cuidadores” en sentido amplio. Insistimos: ante la falta de especificación advienen los criterios personales, y estos no proveen la estandarización requerida por una medición poblacional. Algo similar, sucede con el PIVESAM cuando no especifica cómo debe ser considerada la casilla de un habitante de “villa miseria” en tanto tipo de vivienda, o si los tratamientos anteriores hacen referencia al mismo efector. También, en otro estadio del proceso, cuando vuelve indistinto un modo de categorizar en el registro con otro modo de categorizar en la presentación de resultados⁴⁷.

El funcionamiento en base a una serie de supuestos, que dan por sentado el acuerdo o bien no prestan atención al desacuerdo, constituye entonces algo nodal del proceso. Junto con la falta de explicitación de estos supuestos, encontramos aún aquella falta de explicitación conveniente en el sentido más estrictamente técnico: la de cómo deben consignarse los datos, y la especificación de a qué refiere cada categoría.

Significativamente, los datos poblacionales que son recabados con mayor frecuencia—esto es, que hacen a características transversales de los consultantes, revirtiendo la atomización que inicialmente podrían sugerir los números, son los relativos a sexo y edad—. Si bien es cierto que esto admite ser leído en clave social bajo los criterios de género y generación, sabemos no es la primera ni la única lectura. Esto nos permite aventurar que lo más aproximado a lo poblacional es de orden biológico. Otros datos relativos a la consulta, que permitirían explicar mejor a esta como una construcción social, situada, histórica (las derivaciones, por solo poner un ejemplo) no son prácticamente relevados—o lo son de modo insuficiente—.

La ausencia generalizada de elementos de interpretación y análisis a lo largo del proceso pareciera fundarse en un fetichismo de las cifras, el cual niega su

⁴⁶ Las primeras impresiones al respecto que hemos obtenido en campo, si bien no conclusivas, permiten robustecer tal afirmación.

⁴⁷ Véase al respecto lo descrito en la Segunda Parte de este trabajo.

carácter de construcción social, histórica y culturalmente situada. Tal carácter es, además, negado en la conceptualización de oferta y demanda de atención. Esperamos haber sido lo suficientemente exhaustivas con esto. Es que, mientras que consideramos que esta es una conclusión fácilmente asequible, nos vemos obligadas a resaltar otros aspectos que se encuentran aun menos visibles. Nos referimos a la vinculación directa entre las dinámicas político-institucionales y el registro estadístico. En tal sentido, la fragmentación institucional se retraduce en el proceso de construcción estadística epidemiológica, poniendo en entredicho las estandarizaciones indispensables para sopesar la validez de la información obtenida. A su vez, la falta de interés respecto de la información estadística pareciera condecirse con la debilidad de los lineamientos sectoriales.

Quizás un acento especial, en tal sentido, lo amerita la referencia a la falta de historicidad, puesto que el modo en que se organiza el Subsector Público de Salud tiende a ir en detrimento de la continuidad institucional. En tal sentido puede aludirse lo que hemos descripto, analizando que la discrecionalidad por parte de las autoridades sanitarias queda plasmada en los organigramas –tanto en su cambio continuo como en su diseño–. Por un lado, tales cambios parecieran ir de la mano con la falta de historización, conllevando una suerte de “borrón y cuenta nueva” respecto de lo realizado con anterioridad. Dicho de otro modo, no existiría demasiada preocupación por la acumulación de experiencias. Por otro lado, aquello se refleja en la organización ministerial del registro estadístico, configurando compartimentos estancos donde las tareas pueden –duplicándose o no– coexistir sin retroalimentarse. Entonces la fragmentación se vuelve condición y resultado del déficit de historicidad.

La mirada centrada en individuos aislados se pone de manifiesto, también, en otros momentos del proceso. Es decir, que no solo es algo presente al momento de la categorización, el registro y la publicación, sino además en el modo de entender su lectura. Esto contribuye a descuidar la desigualdad fundante del espacio social: desigualdad que implica, asimismo, responsabilidades diferenciales. Hace entonces a una mirada propia del MMH el suponer que son exclusivamente los individuos aislados y autónomos los destinatarios de esta información. Entendemos que no basta apelar a individuos libres y autónomos que consulten por *motu proprio* la estadística, sino que es necesario planificar una lectura sistemática en políticas que ordenen al conjunto. Es decir que esta información debiera tener como destinatarios principales a las autoridades sanitarias –o bien, a instancias colectivas merced a las cuales movilizarse en post de determinadas políticas–. En otros términos: *entendemos que no puede descuidarse a la estadística como herramienta política por excelencia. Esto implica la necesidad de dar la disputa por su hegemonía para cualquier proyecto sanitario que se precie de tal, y esté realmente interesado en el funcionamiento del Sistema de Salud.*

Por otro lado, también resultaría necesario conjurar los temores respecto de que emitir lineamientos equivale a un modo autoritario de gobierno. Esto, consideramos, mientras pretende apelar a una conceptualización política, provoca el efecto de despolitizar el registro estadístico, es decir, no considerarlo como área sujeta a disputas por sus contenidos y utilidades. Para que sea posible una política democratizante, es necesario que ella parta de considerar

al conjunto –del sistema sanitario, de los profesionales y, en definitiva, de la población–. El único modo de dar existencia a un sistema en tanto tal es impartiendo normativas, y propugnando su cumplimiento. El mayor o menor grado de democratización estará dado tanto por su contenido como por su predisposición al diálogo y la revisión. No debe descuidarse el hecho de que, en definitiva, *la defensa exclusiva de lo individual y voluntario, de lo basado en la autonomía personal, conspira contra el diseño e implementación de políticas tendientes a la igualdad y equidad.*

Ahora bien: es de nuestro interés el conjurar los facilismos analíticos. Hasta qué punto la mirada poblacional prevaleciente en el área de Salud Mental se corresponde con los rasgos del MMH, no es algo que amerite una respuesta simple. Puesto que si bien nos hemos ocupado de mostrar con cierto detalle el biologicismo presente en tales indicadores, no menos cierto es que lo poblacional es una dimensión que pareciera no gozar de demasiada simpatía por parte de las autoridades sanitarias. Esto confluiría con las resistencias que por diversos motivos genera la estandarización y los registros existentes, derivando en que lo poblacional ocupe un lugar fuertemente subalterno –aun pese a conservar rasgos hegemónicos–. Consideramos entonces que es necesario tener presente este carácter ambivalente en términos de hegemonía/subalternidad que posee la estadística en Salud Mental.

UN ESCENARIO INELUDIBLE: LA FALTA DE RECURSOS

Antes de realizar cualquier análisis crítico, es necesario tener presente un factor que aparece con recurrencia al indagar en campo, y que se configura a modo de un ineludible escenario. Nos referimos a la falta de recursos. Esto es lo que impide procesar datos por falta de personal y de tecnología apropiada, dificulta las tareas de distribución y recolección de formularios e instructivos, y, en definitiva, obstaculiza la estandarización del proceso a lo largo de distintos aspectos. De la mano con lo anterior, la falta de autoridad o autorización para introducir lineamientos que afecten al conjunto. O quizás, el no ver lo anterior como posible o como necesario, consecuencia directa de un realismo crudo y desesperanzado que lleva a entender que lo anterior es el punto de partida sobre el cual hay que pensar, diseñar, construir programas y políticas: siempre intentando forjar una grieta, “militar” o introducir un cambio en lo local. Tácticas todas ellas que tienden a quedar atadas a la figura de quien las genera o encarna, poseyendo por tanto un alto nivel de volatilidad (De Certeau, 1996). Ahora bien, tales límites de orden simultáneamente material y simbólico, remiten una y otra vez al lugar que las estadísticas poseen para quienes toman decisiones de alto alcance.

Si la escasez de recursos obedece al lugar subalterno de lo poblacional para los decisores políticos o ministeriales, no menos cierto es que no se trata de una dimensión monolítica, sino que además puede desagregarse. Dicho de otro modo, al interior de los datos estadísticos o epidemiológicos –tratándose de estadísticas que buscan medir la distribución de eventos de salud/enfermedad– podemos reconocer a algunos con mayor grado de legitimidad que otros. En

líneas generales, esta legitimidad se distribuye de modo análogo a los valores de estatus imperantes en el sector salud: siendo mayor en lo médico, lo hospitalario y lo asistencial, y disminuye a medida que se aleja de estos ejes. Atención Primaria y Salud Mental⁴⁸ –área conformada en la Ciudad mayormente por psicólogos– pasan a ser áreas de menor interés, y el producir información sobre ellas adquiere un sesgo “militante”, pese a tratarse de información que no puede dejar de considerarse como oficial. Es esta la contracara de aquello que hemos mencionado: lo “militante” tiene como contrapartida lo voluntario y, en definitiva, se liga a lo no-vinculante.

Ahora bien, mientras que la falta de recursos da clara cuenta del lugar subalterno de lo poblacional, y su prácticamente nula utilización al momento de delinear políticas para el área, consideramos que esto no obtura la posibilidad de preguntarse por el uso que se hace de los escasos recursos disponibles.

EL MITO DE LAS REDES COMO FACILITADORAS DE UN DATO ESTADÍSTICO DE CALIDAD

En otro nivel de la práctica, aunque no desligado de lo anterior, se encuentra una dinámica que afecta de modo particular a las estadísticas de los CeSACs y del PIVESAM. Esta particularidad se debería –tal como lo hemos venido entendiendo– a su bajo grado de institucionalización. Con “bajo grado de institucionalización” nos referimos al hecho de que las actividades correlativas quedan atadas a factores de orden personal. Es decir, que no poseen el grado de anonimato e independencia de los agentes propio de lo que suele definirse como institucionalizado. Lo cual nos enfrenta con la evidencia –ineludible– de que *toda red de afinidad involucra como contrapartida una red de evitación* (Adissi, 2010). De tal manera, según hemos podido comprobar en campo, aquellas actividades basadas en redes informales y vínculos interpersonales mientras tienden a proveer cierta penetración en los establecimientos generan, al mismo tiempo, que esta penetración sea altamente desapareja. La baja formalización que se produce como resultado lleva a que no se vean interpelados por esta tarea quienes carezcan de relaciones amistosas con los que en la cotidianeidad de las instituciones se instituyen a modo de referentes de prácticas o programas. Es decir, *los “no-afines” quedan por fuera, conformándose circuitos paralelos y sin conexión entre sí*.

La baja institucionalización posee implicancias en términos temporales, puesto que las dinámicas relativas al funcionamiento por redes de afinidad no pueden suponerse como uniformes. El carácter abigarrado de lo temporal en este nivel del proceso resulta acentuada al confluir con aquellos otros que hemos venido mencionando, y que también contribuyen a configurar la perspectiva de los profesionales (como la circulación heterogénea de las fichas por servicios y efectores, o el permanente recambio en los términos tiende a sucederse con cada cambio de gestión ministerial).

⁴⁸ A modo ejemplificador podemos mencionar que tanto el trabajo estadístico que hemos descripto para Atención Primaria como el existente en el marco del PIVESAM son llevados a cabo por tres personas –cada uno de ellos–.

Por otra parte, existe cierta naturalización de la escasez de recursos que confluye con aquel ideario de autogestión. Nos referimos a la apelación que se hace a los profesionales, respecto de que sean ellos mismos quienes monitoreen sus prácticas. El aprovechamiento de la información a nivel local, que bien pertinente resulta, queda sobrecargado cuando posee un carácter exclusivo, es decir, cuando solo es aprovechado en este nivel. Esto va de la mano con ciertas interpretaciones de la descentralización, que recortan la necesidad de una instancia igualadora o unificante, asimilándola con atomización (Adissi, 2010).

El basarse en la iniciativa personal posee como correlato la incorporación paulatina y fragmentaria de quienes se implican –efectores, profesionales, programas–. Al mismo tiempo, cabe la pregunta respecto de hasta qué punto aquello que permanece ligado a factores de orden personal no posee como resultado un cierto carácter volátil. No obstante, pese al riesgo de resultar redundantes debemos insistir en que el grado en que aquella se ejerce se encuentra en estrecha dependencia respecto de la existencia o no de lineamientos.

NUEVOS SEÑALAMIENTOS SOBRE DISIDENCIAS EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

Echaremos mano aquí –brevemente– a cuestiones puntualizadas en la Primera Parte de este trabajo. En ella hemos hecho referencia a las concepciones en torno a la Salud Mental, a las disputas paradigmáticas vigentes en torno a las mismas, al modo en el que estas se juegan dentro de cada campo disciplinar y, también, entre disciplinas. Hemos aludido, asimismo, a que tales aspectos se ponen de manifiesto en la configuración de las instituciones. A este respecto, creemos conveniente puntualizar, un observador claro pareciera encontrarse en las categorías diagnósticas utilizadas por los distintos instrumentos de registro. Estas últimas juegan un rol central en el proceso de construcción de la estadística epidemiológica dentro del área de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires.

Ahora bien, en principio podríamos analizar que los criterios que quedan en tales categorizaciones plasmados tienden a entrar en conflicto para con los enunciados tanto en las leyes de Salud Mental –tanto en la local como en la de nivel nacional, recientemente sancionada–. Es que pareciera existir en ellas una concepción o lógica diferente –incluso opuesta, según lo entienden algunos actores– respecto de la Salud Mental. Esta divergencia podría implicar la existencia de una fractura en el proceso de planificación y organización del área, si consideramos la importancia de la información estadística y epidemiológica en tanto insumo nodal del diseño de políticas públicas. De tal manera, según han cristalizado las distintas constelaciones de hegemonía/subalternidad, encontramos una brecha importante entre aquello que se recaba estadísticamente y aquello considerado trascendente y constitutivo de la Salud Mental desde las normas jurídicas.

Por tanto, así como puede analizarse que las leyes –particularmente, la 448– representan una solución de compromiso entre intereses en disputa (Rosendo, 2009; 2010), también puede decirse que los registros específicos generados en el

área de Salud Mental se encuentran a su vez en disidencia para con los principios que aquella normativa dice promover⁴⁹. Es que ella –presumiblemente, en tanto es resultado de aquel proceso de conciliación– no hace referencia a “trastornos”, figura fuertemente resistida por distintos sectores del campo “psi”.

En relación con los modos en que las leyes parecieran entrar en conflicto para con las categorizaciones utilizadas, debemos también hacer mención a la tipología de efectores. Es que el modo de agrupar datos no permite en ocasiones diferenciar lo atinente a la Salud Mental, pobremente diferenciados. Tal como se encuentra esto cristalizado, resulta en principio llamativa la existencia de una *legislación específica del área, desligada del interés por contar con datos poblacionales sobre el mismo*. Tal como hemos descripto, por momentos resulta confuso el lugar de los Centros de Salud Mental, y los Hospitales Especializados tienden a ser agrupados sin distinguir el tipo de especialidad –motivo por el cual por momentos no se pueden desglosar las cifras atinentes a los de Salud Mental–. Tampoco resulta claro el rol de los CeSACs en tanto efectores vinculados a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, puesto que los registros diferenciados en Salud Mental parecieran corresponderse más con su funcionamiento en tanto consultorios externos, no pudiéndose distinguir las actividades intersectoriales o comunitarias de tipo interdisciplinar que se producen en esta área.

En este orden, consideramos pertinente también mencionar algunas consideraciones específicas respecto de lo categorizado ministerialmente como “Atención Primaria”. Es que creemos conveniente señalar que el modo en que se operacionaliza a fin del registro estadístico la Atención Primaria –es decir, el tipo de indicadores y categorizaciones que construye para medir lo que a ella atañe– da cuenta de una versión de aquella, entre otras posibles. Es necesario entonces enfatizar su carácter de “versión”, puesto que no es la única existente, y esto también puede tener implicancias particulares en términos del proceso de registro.

De tal manera, lo disponible tiende a asimilar “Atención Primaria” para con el primer nivel de atención. Es decir, ubica a sus efectores como polivalentes y con contacto fluido con la población atendida. Si bien se incluyen como posibilidades para los CeSACs las actividades grupales, extramurales e interdisciplinarias, no podemos dejar de lado el hecho de que el rótulo “Atención Primaria” incluye tanto a los consultorios asistenciales descentralizados (bajo las modalidades de CMB y PMC) como a los CeSACs. Según Starfield (2001), para evaluar de modo conveniente a aquella es necesario desarrollar indicadores que afecten a

⁴⁹ Incluso podríamos decir que más bien esta normativa tiende a avalar una mirada similar a la de la Salud Colectiva. Este es un hecho que no debemos desconocer, puesto que en los últimos años existe una incipiente movilización social, cuya cohesión se funda en el hecho de defender esta ley (incluso existe una agrupación cuyo nombre es “Colectivo 448 de Salud Mental”) (Adissi, 2010). En relación con los planteos de esta normativa que parecieran en principio abonar en tal sentido, podemos en principio citar: una definición de la Salud Mental en la cual esta se liga a la consecución de Derechos Sociales (al trabajo, a la educación, a la cultura, etc.); la promoción de la intersectorialidad; la transformación del sistema hospitalocéntrico; la promoción de intervenciones en lo comunitario; y la concepción de la Salud Mental en términos de bienestar –y no solo de ausencia de enfermedad–, entre otros.

la totalidad del sistema –puesto que en caso contrario resulta imposible conocer si ella cumple con las funciones que se le asignan, como el ser “puerta de entrada” al Sistema de Salud y punto de contacto a lo largo del tiempo con la población, entre otras, lo cual solo puede medirse cuando se pone en relación a estos efectores con la red total asistencial–.

Junto con lo anterior, podríamos colegir de la lectura de los datos disponibles, se tiende a centrar la mirada en lo asistencial. Es que quizás sea en relación con la misión específica de los CeSACs –esto es, el ser efectores nodales en la aplicación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud– donde nos sentimos habilitadas a ser más críticas para con el descuido de indicadores relativos a los determinantes sociales de la salud. Es que dicha estrategia guarda, al menos discursivamente, una analogía certera para con principios epidemiológicos de corte socioantropológico (según los hemos descripto en la Primera Parte de este trabajo), como ser la concepción integral de los sujetos, su visualización en tanto integrantes de una familia y una comunidad, y una mirada holística de las situaciones de abordaje (Starfield, 2001).

Si bien analizarlo excedería los límites de nuestro trabajo, debemos mencionar que estas últimas concepciones de Atención Primaria son las que se encuentran, también, plasmadas en la legislación sanitaria existente. De este modo nos encontramos ante una suerte de instancias paralelas. Las definiciones y concepciones plasmadas en la legislación vigente tienden a complejizar la temática por considerarla atravesada por una multiplicidad de aspectos. Pero a su vez la información estadística es recabada en base a criterios biomédicos que difícilmente pueden dar cuenta del dinamismo o la complejidad que encierran tales definiciones. De este modo dos herramientas claves en el área, la legislación y la información estadística, en lugar de funcionar en tanto instancias que se retroalimentan mutuamente se presentan fragmentadas.

MÁS ALLÁ DE LO INSTITUIDO:

ALGUNAS POSIBLES LÍNEAS DE TRANSFORMACIÓN

Ahora bien: el que la estadística reproduzca rasgos del MMH, no es algo necesario ni mucho menos inevitable. O al menos podemos decir que su grado de necesidad de vincula de modo directo al modo en que sean pensadas las dimensiones poblacionales a fin de la planificación sanitaria. Ya la Medicina Social propuesta por Guerin a fines del siglo XIX constituyó un modo de designar genéricamente modos de tomar colectivamente cuestiones de salud (Starfield, 2001). En correspondencia con los principios rectores de la APS nos encontramos también con aquellos postulados teórico-metodológicos que pueden agruparse dentro de lo que ha dado en llamarse Salud Colectiva. Las líneas de pensamiento y acción que se originan y desarrollan a partir de esta corriente reúnen una serie de componentes que podrían llegar a dar cuenta de la integralidad y complejidad de las cuestiones de salud. De ellos se desprende, entre otras cosas, la instauración de espacios de diálogo interdisciplinarios. Es decir que el objeto de la Salud Colectiva se va construyendo en los límites de lo biológico y lo social, dado que involucra la investigación de determinantes

sociales productores de enfermedad. Asimismo, puesto que comprende también dentro de su análisis la organización de los sistemas de salud, reconociéndolos en tanto construcciones socio históricas (Almeida Filho y Silva Palm, 1999).

Lo poblacional y lo epidemiológico en aras de subsistir, aun un lugar fuertemente subalterno, dejan notar las transacciones operadas para con una lógica clínica –replegada sobre sí misma casi con exclusivo énfasis en los factores biomédicos–. En ella, “lo social” solo se concibe como aspecto residual de la práctica médica, es decir, como aquello que viene a interferir con las estrategias biomédicas. Dicho de otro modo: las categorizaciones utilizadas dan cuenta de que el carácter constitutivo de lo social solo es considerado en aquellos casos donde se presenta cual “obstáculo”, al cual hay que sortear a fin de continuar adelante con las modalidades de acción preestablecidas.

Ahora sí, entrando en el terreno de las sugerencias, debemos considerar que resulta necesario el desarrollo de un sistema de registro lo más simplificado posible. Cabe aprender de la experiencia que nos ha posibilitado el SICeSAC cuando respondió a las disidencias por parte de los profesionales respecto de que no veían reflejadas sus prácticas en las categorizaciones existentes, con el recurso a ampliar el sistema de categorías. Esto se constituyó finalmente en un obstáculo, dado que el Sistema de Salud no cuenta con personal especializado y abocado específicamente a esta tarea. Como consecuencia, resulta imposible para los profesionales en cuestión hacer un uso eficiente del sistema de clasificación ofrecido, en tanto no cuentan con disponibilidad para una tarea tan exhaustiva.

Resumiendo lo encontrado, podemos decir que aun con los datos existentes podría mejorarse la información disponible en caso de contar con otros recursos para el procesamiento –permitiendo realizar cuadros que combinen variables–. También, en caso de utilizar otras categorizaciones en los resultados consolidados (como en lo que respecta al desglosamiento de los efectores de Salud Mental). Es que sería posible optimizar lo existente merced a una articulación entre las agencias encargadas de la recolección y procesamiento de datos estadísticos, que permitiera reforzar las fortalezas que cada una de ellas posee. Vale advertir: nos encontramos en un terreno donde no desconocemos que son razones de índole político-institucional las que determinan las decisiones técnicas.

Por otro lado, la coexistencia de paradigmas divergentes en el área de Salud Mental se traduce en una dificultad técnica al momento de construir información poblacional. Aun cuando las codificaciones vigentes representarían el consenso de expertos, la realización de consultas al respecto en base a redes de afinidad tiende a restarles eficacia. En este caso resulta claro que el método no puede ser pensado cabalmente por fuera del objeto –el área “psi” en Ciudad de Buenos Aires–. También sería necesario evitar que los profesionales se manejen con un recorte de las categorizaciones, puesto que esto le quita representatividad a los resultados obtenidos.

Volviendo a aquello que describiéramos en un principio, y que por su mismo carácter fragmentario no hemos vuelto a retomar, es necesario que hagamos referencia aunque más no sea breve al ASIS. Dadas las características de este informe, y dado que hemos observado la dispersión de los datos existentes, su utilidad se ve reforzada, dado que tiene la potencialidad de funcionar como

instancia de articulación y puesta en contacto de información que se produce y circula de modo independiente. Sin embargo –y más allá de que la Salud Mental no haya sido un eje resaltado en sus distintas ediciones– este no ha logrado sostener una continuidad en el tiempo. Nos permitiríamos hipotetizar que, si tal continuidad se ha visto frustrada, es porque no ha habido demasiado interés en torno a este informe. Pese a esto, debemos señalar que es uno de los pocos casos en donde la dimensión poblacional se trabaja e interpreta, y no solamente se muestra a modo de resumen como mera sumatoria. Es que valoramos en el ASIS aquello que se encuentra escasamente difundido en el ámbito sanitario público, según venimos describiendo. Nos referimos al carácter subalterno que poseen las instancias analíticas y articuladoras, respecto de aquellas que se limitan a presentar largos cuadros con cifras desligadas de elementos interpretativos. Salvo en los datos referidos a Atención Primaria, la dimensión poblacional, tal como es presentada, parece no demandar elementos que hagan a su comprensión: las cifras permanecen calladas, como si ellas solas bastaran para dar evidencia de algo. Hemos aquí insistido en que no solo ellas no son suficientes, sino que además es necesario acompañarlas de elementos contextuales y de proceso que permitan una interpretación adecuada. Pero no nos detendremos aquí en esto más que para señalar que *de ponerse en común criterios, podríamos tener informes o definiciones operacionales bien logradas en todas las instancias, o relevar aspectos que aparecen como fundamentales por alguna de las agencias que se dedican a recabar estadísticas de modo mancomunado* –evitando que quede como esfuerzo aislado y sin vertebrar–.

Ahora bien, la riqueza que podría brindarnos la puesta en común por parte de las distintas agencias, el intercambio de sus fortalezas respectivas, no solo remite a las definiciones utilizadas o a los análisis que podrían ser promovidos. Nos interesa hacer hincapié en este aspecto, puesto que entendemos que se trata de otorgar nuestro reconocimiento a lo existente, señalando los caminos que ello abre en términos de oportunidad de mejorarlo. Por eso nos detendremos también en señalar que la articulación podría traer grandes beneficios, asimismo, en cuanto a la consolidación misma de los datos. Aun con idénticas fichas, podría obtenerse una riqueza mayor si se contara con información articulada –y no presentada en distribuciones univariadas–. Por poner un mero ejemplo –y el más simple de ellos– podríamos conocer en vez de, por un lado, cuántas mujeres y cuántos varones consultan y, por otro y distinto, qué edad tienen quienes consultan, si entre los niños hay más mujeres o varones, o entre los adolescentes, o entre los adultos. Así cruzados, y tal como lo mencionáramos arriba para aquellos casos en los que sí se presenta la información de este modo, estos datos pueden brindar alguna pista mayor respecto de pautas culturales, económicas o institucionales que podrían estar condicionando la consulta. En este caso, se trataría de una ventaja obtenida en base a compartir los procesamientos de datos que se realizan para un sector (el de consultorios externos, según es relevado por el área de Estadísticas en Salud), expandiéndolos hacia las restantes.

Lo anterior posibilitaría, por ejemplo, conocer cuántas mujeres y cuántos varones, y de qué edad, están solicitando una entrevista de admisión, y cuántos concurriendo a las entrevistas ulteriores. Datos que nos permitirían inferir qué tanto inciden en la consulta inicial y en el sostenimiento de las propuestas tera-

péuticas el estar en edad reproductiva o en edad de ser considerados como población económicamente activa (y por tanto, tener posiblemente que conciliar el acudir a un efector con el cuidado de hijos pequeños y/o la inserción laboral).

Algo similar podría pensarse para la oferta: sería interesante saber si quienes acuden a una terapia de pareja son mayormente jóvenes o no, o si quienes acuden al psiquiatra son mayormente hombres o mujeres. Algunos otros cruces hacen a la falta de indicadores respecto de las prestaciones mismas: es lo que sucede con las entrevistas grupales, puesto que tenemos cantidad de prestaciones de este tipo, por un lado, y cantidad de participantes, por el otro. Si bien podemos sacar un promedio, suponiéndole a toda sesión grupal una uniformidad, no sabemos a ciencia cierta cuántos integrantes suelen tener los grupos⁵⁰.

Si en esos casos el problema está en el procesamiento de los datos, hay otros casos donde en aras de unificar categorías poco abultadas se pierde también información de otro tipo. Esto sucede, por ejemplo, cuando se consolida en un mismo ítem la terapia de pareja y familia, lo cual vuelve imposible el deslindar cuánto efectivamente existió de una y otra, y cuántos miembros son los que efectivamente asisten a una terapia familiar⁵¹.

Entendemos que estos datos pueden resultar interesantes en términos de comprender de modo más apropiado qué es lo que se ofrece desde los servicios de salud, y qué es lo que se utiliza en ellos. Factores ambos fundamentales al momento de diseñar una política sanitaria. Algo similar sucede con el *quiénes* utilizan los servicios. En los pocos casos donde poseemos alguna información al respecto, debe decirse que ella *pierde capacidad descriptiva al no cruzar variables*. Por ejemplo, no cruzar nivel educativo con edad impide deducir la situación de la cual se trata (no es lo mismo tener la secundaria incompleta a los 18 años que a los 64, por ejemplo); algo idéntico sucede con la ocupación y la edad.

Sin embargo, volviendo a la utilización de los servicios, hay aún otros datos que nos resultan de mayor interés en tal sentido, que son aquellos del PIVE-SAM que hemos elegido presentar. Tanto la proveniencia de una derivación, como el tipo de esta, nos dan pautas más que interesantes para pensar que los usos del Sistema de Salud no son solamente individuales, sino que también *hay usos institucionales (educación, justicia) o sectoriales (medicina privada) que pueden llegar a tener un lugar definitorio, y de los cuales resulta llamativo que se desconozca toda característica*.

Algo similar debemos decir respecto de los tratamientos anteriores. El observar estos números nos permite inferir una ausencia fuerte en el registro estadístico en Salud Mental: la referida a la continuidad de los tratamientos. Pareciera

⁵⁰ Por ejemplo, para el mes de octubre del 2010 se muestran en el Piñero figuran 4 entrevistas grupales, y 28 integrantes. La inferencia posible es que cada entrevista grupal tuvo 7 participantes, pero puede ser que haya habido una entrevista grupal (por ejemplo, a pacientes bajo un determinado programa) con 12 participantes, una (por ejemplo, a docentes y directivos de una escuela) con 10, y dos (de carácter ya más íntimo) de tres personas.

⁵¹ Siguiendo con el mismo hospital y el mismo período, encontramos 298 entrevistas y 794 participantes.

existir –quizás, en paralelo a la dificultad de historizar las propias prácticas, a la cual nos venimos refiriendo– una dificultad grande en términos sistémicos de *historizar las trayectorias de los usuarios*. *Trayectorias, por otra parte, que pueden determinar el sentido y la función que el contacto con los servicios de salud tenga para ellos*.

Más allá de estas últimas excepciones, podemos decir que en líneas generales existe baja visibilidad respecto de los determinantes sociales de las prácticas de cuidado y tratamiento. En tal sentido, entendemos que sería interesante incluir alguna categorización vinculada a los tratamientos que permita dar cuenta de si se trata de un abandono del tratamiento, una interrupción por imposibilidad de sostener el horario en que se atiende en los efectores públicos, o una derivación, por ejemplo.

Por otro lado, es de señalar una de las dificultades implicada por la categorización que existe no ya en la recolección de datos, sino en su presentación. Fundamentalmente, hacemos referencia a aquel agrupamiento que vuelve difícil aprehender de modo diferenciado al área de Salud Mental⁵². Si bien esto puede obedecer a distintos tipos de motivos, es cierto por otra parte que en lo que hace particularmente a la situación de la Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires, lo anterior no contribuye a caracterizarla.

CONSTRUYENDO CONDICIONES DE VIABILIDAD: PROPUESTAS PARA RETOMAR EL INTERÉS DE LOS AGENTES LOCALES

Para algunos de los profesionales la estadística constituye, como dijimos, una exigencia que es vivida en parte como una intromisión, en parte como una arbitrariedad. El hecho de que junto con categorías que presentan cierta simplicidad al momento de ser indagadas –como “sexo” y “edad”, para volver sobre estas clasificaciones– se presenten otras que tienden a complicar tanto el inquirir por ellas como el codificarlas, tiende a desalentar el llenado de las fichas. En términos de las categorías que generan mayor resistencia por parte de los profesionales encontramos en primer lugar a motivos de consulta y diagnósticos. Es que, más allá de que puede resultar difícil ubicar a un consultante en una u otra categoría, puesto que estas no se excluyen entre sí, remiten a perspectivas “psi” que –tal como también hemos descrito– no son compartidas por el conjunto heterogéneo de profesionales. Queremos insistir, entonces, en nuestra hipótesis respecto de que las disidencias imperantes en el campo son minimizadas. Pero no solo eso, sino que además intentaremos mostrar que existen algunos aspectos fácilmente relevantes, que podrían encontrar consenso al momento de ser definidos, y que además pueden resultar de interés para varios profesionales.

Es que en el marco de aquel recelo, sin embargo, hemos encontrado que algunos profesionales señalan con insistencia la necesidad de dar cuenta de

⁵² Tanto para el caso de los hospitales monovalente como en la falta de distinción de los servicios de internación en salud mental en los dos hospitales generales de agudos que con ella cuentan. También, antes del 2007, a la indiferenciación del Centro de Salud Mental N° 1, subsumidos sus datos en el hospital Pirovano (lo cual hemos descrito en la Segunda Parte de este trabajo).

fenómenos que en principio parecieran estar naturalizados. Si con “naturalizados” referimos a que son vistos como algo inevitable y que va de suyo, algo asumido como inmodificable, debemos hacer la salvedad de que existen casos donde esto ni siquiera llega a esta instancia, sino que se encuentra más bien invisibilizado. Es decir, que se tiende a ignorar el hecho mismo de que sucedan. Antes de pasar a describir lo anterior, debemos aclarar que en lo expuesto nos ceñimos principalmente a relatos que hemos podido recoger por parte de profesionales que se desempeñan en CeSACs –por las limitaciones que hacen al tiempo abocado a este trabajo–.

Según los relatos de profesionales entrevistados, los sujetos derivados constituyen un porcentaje importante de la totalidad de consultantes, si es que no su mayor parte. Estas derivaciones proceden en su mayoría de instituciones educativas, pero también del ámbito judicial. En ninguno de los dos casos mediaría un acuerdo intersectorial, con lo cual el sentido de los profesionales del área de Salud Mental en los CeSACs no responde a criterios sanitarios, quedando delimitado de modo relacional: según deciden que es pertinente utilizarlo otras instituciones, ajenas al sector salud.

Cabe hacer una pequeña distinción: mientras lo más frecuente –y aquello que provoca el estrangulamiento de la oferta de atención– son las derivaciones realizadas desde instituciones educativas, cabe señalar que esto es naturalizado, pero no desconocido. Ahora bien, el caso de las derivaciones judiciales es más bien invisibilizado. Mientras se desconoce su magnitud, y se estima que no puede ser demasiada, cabe señalar que este tipo de derivaciones pone en cuestión una serie de problemas institucionales. Entre ellos, el hecho de que gran parte de los profesionales “psi” entiende que para que pueda producirse un efecto terapéutico es necesario que sea el propio sujeto quien concurra solicitando ayuda, o la “demande”. También, algunas cuestiones concretas de inseguridad profesional que revierten el sentido de la “accesibilidad” según es entendido por la estrategia de APS: es decir que el carácter beneficioso de que el efector de salud se encuentre inserto en un barrio, y cercano al domicilio de los sujetos atendidos, en este caso es aquello que atenta contra la integridad personal de los profesionales. Para ejemplificar lo anterior, basta hacer referencia al hecho de que en estos casos la derivación puede tener como finalidad continuar o revocar la tenencia en casos de incesto o violencia familiar, o bien otorgar la libertad condicional a alguien acusado de trata de personas o de tráfico de drogas ilícitas, por solo citar algunos de los casos recogidos en campo.

Entonces, mientras pareciera resultar cierto que las derivaciones provenientes de escuelas son tomadas como algo esperable, las provenientes de Juzgados parecieran constituir un tema que hasta el momento ha recibido escasa atención por parte de los actores. La escasa visibilidad de las derivaciones realizadas por Juzgados puede incidir en la falta de estadísticas al respecto pero también en una deficiencia más general de información que permita reconstruir la lógica de estos circuitos. La forma de manejarse en estos casos responde entonces a criterios atomizados, es decir, que emergen de modo aislado y no se comunican entre sí. Como ejemplo de lo anterior, mientras algunos profesionales sostienen con convicción que por una cuestión de jurisdicción no corresponde atender casos que no estén asentados en Ciudad de Buenos Aires, esta práctica es habitual en otros efectores. En el marco

de tal atomización, la discrecionalidad emerge –y las intenciones de equidad, aunque puedan ser loables, toman como referencia solo a casos particulares–. Finalmente, debemos mencionar que según algunos profesionales, junto con las derivaciones judiciales debería incluirse a aquellas llegadas desde el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, mientras que otros afirman haber realizado acuerdos puntuales y locales para con los Programas de Libertad Asistida –dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación– o de Prevención del Delito –del Ministerio de Justicia del Gobierno de la Ciudad–.

Más allá de estas propuestas concretas, es necesario retomar algunos puntos mencionados de modo intermitente a lo largo de este capítulo. Nos referimos a la necesidad de instaurar mecanismos que apunten a lograr una estandarización de los procesos de recolección estadística. Esto debería tener lugar en los distintos niveles, al tiempo que ir acompañado por una puesta en valor de la información estadística como recurso. Por supuesto, resulta difícil deslindar esto de la organización política del subsector público de salud. Y también, por supuesto, es necesario para ello que las autoridades sanitarias tengan interés en una organización sanitaria con fundamentos poblacionales.

Vale hacer una aclaración final, siguiendo el consejo de Wacquant (2001: 94). Este autor nos exhorta a tener precaución respecto del “esencialismo que permite un deslizamiento del sustantivo a la sustancia y de la medición a la realidad, lo que lleva a tomar erróneamente un *artificio estadístico* por un grupo social real” (subrayado en el original)⁵³. Dicho de otro modo: debemos tener presente que por definición, cualquier indicador es convencional, es decir, no es un reflejo de lo existente sino una construcción. Tal como hemos visto a lo largo de este trabajo, una construcción que no solo atañe a la operacionalización de los conceptos, esto es, a convertir en medibles distintos aspectos, sino también al largo proceso de registro a través del cual se configura una cifra estadística. De tal manera, consideramos fundamental señalar la necesidad de interpretaciones complejas al momento de analizar y utilizar los datos poblacionales. Al mismo tiempo, claro está, consideramos ineludible tal interpretación y consulta para emitir una opinión fundamentada respecto del Subsistema Público de Salud –o diseñar e implementar una política pública, lo cual es lo mismo–. Poniendo un ejemplo podemos decir que mientras el hecho de incluir como categorías a los traslados y las reinternaciones tampoco se terminaría de dar cuenta de aquello, entendemos que podría mejorar su potencial descriptivo.

En esta línea, asumimos el compromiso de continuar nuestra investigación intentando comprender de modo más profundo algunas dinámicas que con esto se relacionan. Nos referimos particularmente a las derivaciones que en el área de Salud Mental se reciben, provenientes de otros sectores –tales como educación y justicia–. Esto pareciera estar poniendo de manifiesto que la Salud no puede comprenderse de modo aislado, sino que es necesario relacionar lo que en este campo sucede con los determinantes sociales que contribuyen a configurarlo.

⁵³ Tal como plantea este autor, al interior de las Ciencias Sociales es habitual la discusión respecto de los alcances y límites de variables escindidas a fin de dar cuenta de la complejidad social.

Conclusiones

Hemos desarrollado hasta aquí diversas aristas concernientes a la información poblacional en Salud Mental. Hemos realizado este recorrido puesto que consideramos fundamental contar con este conocimiento al momento de diseñar e implementar políticas públicas, pese a lo cual observamos que en momentos donde las leyes de Salud Mental son ampliamente debatidas, llama la atención que aquello sea ampliamente desconsiderado.

Hemos descripto la información existente, para luego analizarla a la luz de las relaciones de hegemonía/subalternidad en que se configura –y que, por tanto, en ella se plasman–. Tal como fue nuestra intención mostrar, son estas relaciones las que permiten explicar los alcances y límites de la información estadística que se encuentra disponible.

A fin de des-cristalizar los rasgos del MMH, el recurso que utilizaremos en esta investigación es señalar en profundidad aquellos aspectos invisibilizados habitualmente en su lógica. De tal modo, hemos puesto un énfasis particular en historizar y contextualizar los datos, ubicando toda información como resultado de un largo y complejo proceso de construcción, condicionado histórica, social y culturalmente. Así, hemos intentando revertir la tendencia respecto de que aquello oficializado por el Estado cobre ante los ojos de los sujetos un carácter “natural” tal que lleva a olvidar su carácter histórico y contingente (Menéndez, 2009).

Como resultado de nuestra investigación, hemos encontrado la escasa priorización de las agencias abocadas al registro y procesamiento de datos de índole estadística y epidemiológica. Al mismo tiempo, hemos podido ubicar distintos modos en que aquello se relaciona con las características estructurales del Sistema de Salud.

Más allá de las críticas realizadas, nos ha interesado señalar que la contextualización resulta fundamental tanto para construir como para interpretar los datos existentes. Es por esto que hemos creído pertinente finalizar nuestro trabajo realizando algunas sugerencias. Respecto de ellas podemos sintetizar una preocupación que ha atravesado todo nuestro proceso investigativo, y es que ante la dispersión de criterios y perspectivas en el área de Salud Mental entendemos que se vuelve ineludible buscar un punto de convergencia que concite la mayor adhesión posible. Creemos posible encontrarla respecto de los determinantes sociales de las prácticas de cuidado y tratamiento. Hemos sugerido que aquellos indicadores que permiten ubicar cuestiones que hacen a la construcción de la consulta –o bien, que inciden en la demarcación entre necesidad y consulta– podrían ocupar este lugar. Las trayectorias institucionales de los pacientes podrían constituir un elemento interesante en tal sentido. Esta propuesta, que claramente da cuenta de la concepción que sostenemos, y con ello cierra el trabajo que hemos presentado, implicaría recuperar los aspectos socio-antropológicos en la concepción del proceso salud/enfermedad/atención.

Sobre las autoras

Grisel Adissi

Licenciada en Sociología y Magíster en Investigación Social (UBA). Egresada de la RIEpS (Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud), Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Becaria Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG). Docente de “Problemas Sociológicos” en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y de “Investigación en Salud” en la Profesionalización y la Licenciatura en Enfermería en el Instituto Universitario ISALUD. Becaria del Centro Cultural de la Cooperación.

Correo electrónico: griseladissi@yahoo.com

Rocío Vázquez

Licenciada en Trabajo Social (UBA). Egresada de la Residencia de Trabajo Social, y ex-Residente RIEpS, Ministerio de Salud, GCBA. Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Trabajadora Social de planta, Hospital Piñero. Becaria del CCC.

Correo electrónico: rociolvazquez@yahoo.com.ar

Bibliografía consultada

- Adissi, I. G., “La individualización de problemas sociales en contextos de labilidad estatal: el área de Salud Mental de los CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria) como punto de mira”, tesis de maestría, Maestría en Investigación Social, FSOC/UBA, 2010.
- Alazraqui, M.; Mota, E.; Spinelli, H. y Guevel, C. “Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, OPS-OMS, vol. 1, N° 21, 2007.
- Almeida Filho, N., *Epidemiología sin números*, OPS, Serie Platex, 1992.
- Almeida Filho, N., *La ciencia tímida – Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*, Buenos Aires, Lugar, 2000.
- Almeida Filho, N. y Silva Palm, J., “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, en *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 75, mayo, 1999.
- Alonso, M. y Eagly, A. (comps.), *Psicología en las Américas*, Caracas, Sociedad Interamericana de Psicología, 1999.
- Álvarez, M. (ed.), *Antropología y práctica médica: La dimensión sociocultural de la salud-enfermedad*, Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Secretaría de Cultura, Ministerio de Cultura y Educación, Presidencia de la Nación, 1997.
- Álvarez, M. y Barreda, V. (eds.), *Cultura, salud y enfermedad: Temas en antropología médica*, Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Secretaría de Cultura, Ministerio de Cultura y Educación, Presidencia de la Nación, 1995.
- Augsburger, A. C., “De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en Salud Mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave”, en *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 81, mayo, 2002.
- Balán, J., *Cuéntame tu vida. Una biografía compartida del psicoanálisis argentino*, Buenos Aires, Planeta, 1991.
- Beltrán, F. P. y Goenaga Palancares, E. “Diferencias de la demanda en Salud Mental según hábitat”, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXII, N° 82, 2002, pp. 105-113.
- Boudon, R. y Lazarsfeld, P., *Metodología de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Laia, 1973.
- Bourdieu, P., *El sentido práctico*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2007.
- Breilh, J., *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para un taller de metodología (Epidemiología del trabajo)*, Quito, CEAS (Serie Epidemiología Crítica N° 3), 1997.
- Carpintero, E. y Vainer, A., *Las huellas de la memoria: Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70 (1957-1983)*, Tomos I y II, Buenos Aires, Topía, 2004.

- Cea D'Ancona, M., *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*, Madrid, Síntesis, 1996.
- Cohen, F., *Regulación del sistema de salud post-convertibilidad: desafíos y orientaciones recientes*, Buenos Aires, CIEPP (Documento de trabajo N° 68), 2009.
- De Certeau, M., *La invención de lo cotidiano. Tomo I: Artes de hacer*, México, Universidad Iberoamericana, 1996.
- Desviat Muñoz, M. et al., *Necesidad, demanda y representación social del trastorno mental en el sur de la región de Madrid* (España), Madrid, Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, 2011, disponible en <www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/leganes.pdf> (consulta: 2011).
- Galende, E., *Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
- Galende, E., *Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser*, Buenos Aires, Lugar, 2008.
- García Ferrando, M., *Socioestadística*, Madrid, Alianza, 1997.
- Glasser, B. y Strauss, A., *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine de Gruyter, 1967.
- Goetz, J. P. y Le Compte, M. D., *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*, Cap. 3, Madrid, Morata, 1998.
- Grimberg, M., "Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en antropología y salud", en Álvarez, M. y Barreda, V. (comps.), *Cultura, salud y enfermedad. Temas en antropología médica*, Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Secretaría de Cultura, Ministerio de Cultura y Educación, Presidencia de la Nación, 1995.
- Hammer, D. y Wildarsky, A., "La entrevista semi-estructurada de final abierto. Aproximación a una guía operativa", en *Historia y Fuente Oral*, N° 4, Barcelona, 1994.
- Isuani, E. et al., *Estado democrático y política social*, Buenos Aires, Eudeba, 1989.
- Kish, L., *Diseño estadístico para la investigación*, Madrid, CIS, 1995.
- Laurell Asa, C., "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina", en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 37, Rosario, 1986.
- Maceira, D., "Propuesta de evaluación de estrategias de Atención Primaria de la Salud. Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires", en Maceira, D. (ed.), *Atención Primaria en Salud: Enfoques interdisciplinarios*, Buenos Aires, Paidós, 2007, pp. 197-233.
- Menéndez, E. L., "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina", en *Nueva Antropología*, N° 28, México, 1985.
- Menéndez, E. L., "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria", ponencia en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30/04 al 07/05, Buenos Aires, 1988, pp. 451-464.
- Menéndez, E. L., *Morir de alcohol*, México, Alianza, 1990.
- Menéndez, E. L., "Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones", en *Cuaderno del CIESAS*, N° 179, México, 1990.
- Menéndez, E. L., "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo", en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 59, Rosario, 1992.

- Menéndez, E. L., “Autoatención y participación social: estrategia o instrumento en las políticas de atención primaria”, en Roesch, C. et al., *Medicina tradicional 500 años después*, Santo Domingo, Instituto de Medicina Dominicana, 1993.
- Menéndez, E. L., “La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional?”, en *Revista Alteridades*, N° 4, México, 1994.
- Menéndez, E. L., *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Barcelona, Bellaterra, 2002.
- Menéndez, E. L., “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en Spinelli, H. (comp.) *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Lugar, 2004.
- Menéndez, E. L., *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar, 2009.
- Menéndez, E. L. y Di Pardo, R. B. *De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención Primaria y proceso de alcoholización*, México DF, CIESAS, UNAM, 1996.
- Plotkin, M. B., *Freud en las pampas*, Buenos Aires, Sudamericana, 2003.
- Rose, G., “Individuos enfermos y poblaciones enfermas”, en *El desafío de la epidemiología*, Boletín Epidemiológico, vol. 6, N° 3, OPS, 1985.
- Rosendo, E., “Las leyes en el campo de la salud: entre la defensa de intereses (corporativos y profesionales) y la regulación de las prácticas profesionales. El caso de la Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, ponencia presentada en las VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, IIGG/FSoc/UBA, Buenos Aires, 05/08 a 07/08, 2009.
- Rosendo, E., *Los olvidos de la Salud Mental en los procesos de desinstitucionalización: antecedentes históricos, formación universitaria y abordaje social. La Ley de Salud Mental (N° 448), un ejemplo paradigmático* (en línea), disponible en <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/documentos/documentos/42_rosendo.pdf> (consulta: 05/01/2010).
- Samaja, J., “Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología ‘Miltoniana’)”, en *Revista Brasileira de Epidemiologia*, N° 6, 2003.
- Schwarzstein, D., “La historia oral en América Latina”, en *Historia y Fuente Oral*, N° 14, Barcelona, 1995.
- Starfield, B., *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Barcelona, Masson, 2001.
- Tenti Fanfani, E., “Pobreza y política social: más allá del neoasistencialismo”, en *El estado benefactor: un paradigma en crisis*, Buenos Aires, Miñó y Dávila/ CIEPP, 1991.
- Terris, M., *La revolución epidemiológica y la medicina social*, México, Siglo XXI, 1980.
- Testa, M., *El sujeto en la salud colectiva, o de “Cambalache” a “El día que me quieras”* (mimeo), 2005.
- Thompson, A.; Frisch, M. y Hamilton, P., “Os debates sobre memória e história: algunos aspectos internacionais”, en De Moraes Ferreira, M. y Amado, J. (comps.), *Usos & abusos da História Oral*, Brasil, Fundación Getulio Vargas, 2002.

- Valles, M., *Técnicas cualitativas de investigación social*, Caps. 3, 4 y 5, Madrid, Síntesis, 2000.
- Visacovsky, S., *El Lanús: Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Buenos Aires, Alianza, 2002.
- Wacquant, L., *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*, Buenos Aires, Manantial, 2001.

ANEXO
Cuadros

CUADRO 1

Prestaciones de Salud Mental por tipo de hospital y CSM- Año 2003

| | |
|---------|--------|
| HGA | 609807 |
| HGN | 97541 |
| HE | 580878 |
| CSM N°3 | 168828 |

Fuente: ASIS 2004, Dirección de Epidemiología (Elaborado en base a datos de la Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la Publicación "Movimiento Hospitalario", Años 2000/2002)

CUADRO 2

Porcentaje de consultas de salud mental por tipo de hospital en admisiones y ulteriores Ciudad de Buenos Aires - Año 2004

| | Consultas de Admisión | Consultas ulteriores |
|---------|-----------------------|----------------------|
| HGA | 59.70% | 40.00% |
| HGN | 5.70% | 5.00% |
| HE | 27.60% | 44.00% |
| CSM N°3 | 7.00% | 10.00% |
| | 100.00% | 100%* |

Fuente: ASIS 2005, Dirección de Epidemiología (Elaborado en base a datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud)

*los números se encuentran redondeados en el original

CUADRO 3

Diagnósticos correspondientes a capítulos V y VI de CIE 10 para pacientes egresados en HGA por años (Fuente: Estadísticas para la Salud, elaboración propia)

| | Cap V - Trastornos mentales y del comportamiento | % Cap V en total de Dx de HGA | Cap VI - Enf. del sistema nervioso | % Cap V en total de Dx de HGA |
|------|--|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| 2005 | 1077 | 0.80% | 1294 | 1.00% |
| 2006 | 1092 | 0.90% | 1038 | 0.80% |
| 2007 | 1096 | 0.80% | 947 | 0.70% |
| 2008 | 1137 | 0.90% | 1087 | 0.80% |

CUADRO 4

Egresos clasificados según tipo de hospital y años, recortado* / -Elaboración propia (Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Subtotal HGA | 126056 | 123258 | 123198 | 125475 | 130669 | 136199 | 137804 | 132431 | 128365 | 133157 | 129620 | 123882 |
| Subtotal HGN | 19459 | 18899 | 19880 | 19894 | 21247 | 21678 | 21173 | 21583 | 19590 | 18782 | 18725 | 17478 |
| Borda | 1425 | 1285 | 1420 | 1418 | 1488 | 1426 | 1434 | 1253 | 1348 | 1325 | 1247 | 1225 |
| Moyano | 927 | 996 | 1047 | 1020 | 1195 | 1402 | 1288 | 1200 | 1140 | 1105 | 1107 | 1185 |
| Tobar García | 298 | 266 | 289 | 316 | 302 | 326 | 326 | 352 | 323 | 314 | 355 | 332 |
| Alvear | 568 | 650 | 674 | 692 | 749 | 772 | 793 | 713 | 623 | 605 | 603 | 584 |

*A fines comparativos, se incluye el subtotal de Hospitales Generales de Agudos, el de Hospitales Generales de Niños, y los cuatro Hospitales Especializados en Salud Mental

CUADRO 5

Promedio de camas disponibles según hospital y años*

-Elaboración propia (Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Subtotal HGA | 4073.2 | 3810.7 | 3666.4 | 3706.2 | 3743.7 | 3942.7 | 3988.9 | 3950.1 | 3902.5 | 3783.9 | 3732.6 | 3638.4 |
| Subtotal HGN | 585 | 579.2 | 579 | 601.1 | 613.2 | 615.4 | 616.7 | 617.4 | 577.6 | 555.6 | 545 | 556.3 |
| Borda | 1252.2 | 1132.5 | 1062.4 | 1079.5 | 1064.4 | 1100.3 | 1070.2 | 1064.7 | 991.6 | 925.8 | 866.1 | 797.9 |
| Moyano | 1612.3 | 1625.3 | 1527.7 | 1495.1 | 1517.1 | 1508.1 | 1442.8 | 1428 | 1061.1 | 1055.6 | 1018.5 | 1015.4 |
| Tobar García | 88 | 85 | 94.6 | 71.6 | 61 | 60.9 | 64.5 | 64.9 | 59.3 | 55 | 54.1 | 59.3 |
| Alvear | 88.9 | 90.6 | 90.6 | 91.9 | 92 | 90.9 | 91.2 | 89.2 | 86.5 | 83.9 | 83.8 | 82.4 |

*A fines comparativos, se incluye el subtotal de Hospitales Generales de Agudos, el de Hospitales Generales de Niños, y los cuatro Hospitales Especializados en Salud Mental

CUADRO 6

Porcentaje ocupacional según hospital y años*

-Elaboración propia (Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| Subtotal HGA | 76.8 | 80.1 | 80.5 | 80.3 | 79.8 | 77.5 | 75.6 | 75.5 | 75.5 | 78.6 | 75.8 | 73.6 |
| Subtotal HGN | 69.8 | 67.3 | 67.2 | 68.7 | 70 | 74.2 | 69.7 | 70.2 | 68.6 | 70.7 | 69.7 | 66.3 |
| Borda | 97.2 | 97.7 | 97.8 | 95.6 | 95.2 | 95.4 | 97.2 | 92.6 | 92.2 | 90.3 | 93.6 | 94.3 |
| Moyano | 97.3 | 95.6 | 96.3 | 96.6 | 97.2 | 95.6 | 93.6 | 89.3 | 93.1 | 92.6 | 92.1 | 92.9 |
| Tobar García | 99.8 | 99.5 | 100 | 99.8 | 117.5 | 65.1 | 73.7 | 84.7 | 85.6 | 80.7 | 81.1 | 77.3 |
| Alvear | 95.6 | 97.3 | 97.3 | 96.8 | 96.5 | 95.9 | 97.9 | 96.6 | 97.2 | 95.3 | 95.4 | 96.4 |

*A fines comparativos, se incluye el subtotal de Hospitales Generales de Agudos, el de Hospitales Generales de Niños, y los cuatro Hospitales Especializados en Salud Mental

CUADRO 7

Promedio de permanencia según tipo de hospital y años, recortado*

-Elaboración propia (Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Subtotal HGA | 9.1 | 9 | 8.8 | 8.7 | 8.3 | 8.1 | 8 | 8.2 | 8.4 | 8.2 | 8 | 7.9 |
| Subtotal HGN | 7.7 | 7.5 | 7.2 | 7.6 | 7.3 | 7.6 | 7.4 | 7.3 | 7.4 | 7.6 | 7.4 | 7.7 |
| Borda | 311.7 | 314.1 | 267.9 | 265.6 | 248.6 | 268.7 | 265.5 | 287.2 | 247.5 | 230.3 | 237.9 | 224.3 |
| Moyano | 618 | 569.4 | 514.5 | 516.6 | 450.4 | 375.4 | 383.9 | 388 | 316.2 | 322.7 | 310.2 | 290.6 |
| Tobar García | 107.5 | 116 | 119.9 | 82.6 | 86.6 | 44.4 | 53.4 | 57 | 57.4 | 51.6 | 45.2 | 50.4 |
| Alvear | 54.6 | 49.5 | 47.9 | 46.9 | 43.2 | 41.2 | 41.2 | 44.1 | 49.3 | 48.3 | 48.5 | 49.7 |

*A fines comparativos, se incluye el subtotal de Hospitales Generales de Agudos, el de Hospitales Generales de Niños, y los cuatro Hospitales Especializados en Salud Mental

CUADRO 8

Giro cama según tipo de hospital y años, recortado*

-Elaboración propia (Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Subtotal HGA | 30.9 | 32.3 | 33.6 | 33.9 | 34.9 | 34.6 | 34.4 | 33.5 | 32.9 | 35.2 | 34.7 | 34.1 |
| Subtotal HGN | 32.6 | 34.3 | 33.1 | 33.1 | 34.6 | 35.2 | 34.3 | 35 | 33.9 | 33.8 | 34.4 | 31.4 |
| Borda | 1.1 | 1.1 | 1.3 | 1.3 | 1.4 | 1.3 | 1.3 | 1.2 | 1.4 | 1.4 | 1.4 | 1.5 |
| Moyano | 0.6 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.9 | 0.9 | 0.8 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 1.2 |
| Tobar García | 3.4 | 3.1 | 3.1 | 4.4 | 4.9 | 5.3 | 5.1 | 5.4 | 5.5 | 5.7 | 6.6 | 5.6 |
| Alvear | 6.4 | 7.2 | 7.4 | 7.5 | 8.1 | 8.4 | 8.7 | 8 | 7.2 | 7.2 | 7.2 | 7.1 |

*A fines comparativos, se incluye el subtotal de Hospitales Generales de Agudos, el de Hospitales Generales de Niños, y los cuatro Hospitales Especializados en Salud Mental

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>ENTREVISTA DE ADMISIÓN</p> | <p>Es la entrevista con la persona que concurre por primera vez a los consultorios y tiene por finalidad completar la Historia Clínica, establecer un diagnóstico presuntivo y una estrategia terapéutica. Cuando se realiza la admisión de una pareja o grupo familiar, se consignará a cada integrante del grupo familiar que concurre a la consulta de admisión, de acuerdo a su edad y sexo. En el caso de admisiones de niños que siempre concurren acompañados por los padres o adultos responsables, solo será registrado como admisión el menor que dio origen a la consulta, excepto cuando los padres sean derivados también para su tratamiento. Para ser computada como “admisión” deberá tener una duración mínima de 40 minutos y puede estar a cargo de un profesional médico y/o psicólogo. Si la entrevista es realizada por dos profesionales en forma conjunta, será consignada como una sola “admisión”. Los profesionales Psicopedagogos podrán realizar admisiones cuando se trate de personal que consultan por problemáticas vinculadas al aprendizaje.</p> |
| <p>ENTREVISTA ULTERIOR</p> | <p>Cuando después de la primera consulta, se deriva al paciente a otro equipo (por ej. Familia y Pareja, Psicopedagogía, etc) las entrevistas serán consignadas como ulteriores. Si se requiere más de una “entrevista” para completar la evaluación diagnóstica, se consignará como Psicoterapia Individual o Familiar, según el caso.</p> |
| <p>Psicoterapia individual</p> | <p>Son las entrevistas con fines terapéuticos realizadas en forma exclusiva con un paciente y que estén a cargo de un profesional médico y/o psicólogo. Para ser computadas deben tener una duración mínima de 40 minutos.</p> |

| | |
|-----------------------------------|---|
| <p>Psicoterapia grupal</p> | <p>Son las entrevistas con fines terapéuticos realizadas en forma simultánea con varios pacientes (no integrantes de un grupo familiar). Para ser computadas la duración mínima será de 90 minutos y estarán a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos.</p> |
| <p>Psicoterapia familiar</p> | <p>Son las entrevistas con fines diagnósticos y/o terapéutico realizadas con los miembros de una familia o de una pareja en forma simultánea. La duración mínima será de 60 minutos y estará a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos. Incluye las terapias vinculares: binomio madre- niño.</p> |
| <p>Psicoprofilaxis individual</p> | <p>Son las entrevistas con fines preventivos realizadas con el consultante en forma individual, ya sean ambulatorias o con pacientes internados (por ejemplo psicoprofilaxis quirúrgica, obstétrica etc) a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos, que tengan una duración mínima de 40 minutos. Incluye las entrevistas de Orientación Vocacional a cargo de psicólogos o psicopedagogos.</p> |
| <p>Psicoprofilaxis grupal</p> | <p>Idem anterior, en forma grupal. Por ejemplo grupos de orientación vocacional y orientación a padres. Incluye los “grupos de reflexión” es decir las reuniones realizadas con personal profesional y/o técnico de otros servicios con la finalidad de reflexionar sobre la tarea y remover obstáculos. (Terapia Intensiva), a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos. Duración mínima: 90 minutos.</p> |
| <p>Psicoprofilaxis familiar</p> | <p>Idem anterior con los miembros de un grupo familiar. Por ejemplo entrevistas con familias en los casos de adopción. Duración mínima: 60 minutos.</p> |

| | |
|-----------------------------|---|
| Psicodiagnóstico | Son las entrevistas con fines diagnósticos en las que se utilizan técnicas psicométricas y/o proyectivas. En el caso de los niños podrán incluirse técnicas lúdicas. Pueden estar a cargo de profesionales psicólogos o psicopedagogos y la duración mínima será de 60 minutos. |
| Certificado de Salud Mental | Las entrevistas diagnósticas que tienen por finalidad extender un certificado de salud mental, solicitado por autoridad competente de pacientes que ya han pasado por la admisión. Para ser computadas deberán tener una duración mínima de 30 minutos y estar a cargo de un profesional médico y/o psicólogo. Incluye las entrevistas para responder a oficios judiciales. Si es necesario utilizar técnicas psicométricas y/o proyectivas se registrará como un “psicodiagnóstico”. |
| Psiquiatría | Son las entrevistas a cargo de un médico psiquiatra con fines diagnósticos y/o de tratamiento psicofarmacológico. Duración mínima 30 minutos. |
| Psicopedagogía individual | Las entrevistas con fines diagnósticos y/o terapéuticos en el área de trastornos del aprendizaje y a cargo de un profesional psicopedagogo. Duración mínima 40 minutos. |
| Psicopedagogía grupal | Idem, en forma grupal. Duración mínima 90 minutos. |
| Musicoterapia individual | Son las entrevistas con fines diagnósticos y/o terapéuticos a través de la producción sonora y musical, realizadas en forma individual con el paciente que estén a cargo de un musicoterapeuta . Deben tener una duración mínima de 40 minutos. |
| Musicoterapia grupal | Idem, en forma grupal. Duración mínima 90 minutos. |

| | |
|---------------------------|---|
| Taller grupal comunitario | Son las reuniones grupales realizadas con miembros de la comunidad o instituciones intermedias (escuelas, clubes, parroquias) con fines preventivos y/o de promoción de la salud mental ,que estén a cargo de profesionales médicos, psicólogos, asistentes sociales, psicopedagogos, musicoterapeutas y/o terapeutas ocupacionales y que tengan una duración mínima de 90 minutos. |
| Interconsultas | Son todas las entrevistas, ya sean diagnósticas y/o terapéuticas que se realizan con pacientes atendidos en otros servicios de hospital y/o con miembros del equipo tratante a solicitud de los mismos. En las instituciones monovalentes incluye las interconsultas realizadas entre distintas especialidades de una misma profesión (por ejemplo, entre un psicólogo especializado en la atención de niños y otro que se dedica a la atención de familias y parejas) En estos casos se registrará como una sola prestación. La entrevista deberá tener una duración mínima de 30 minutos y puede estar a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos. |
| Supervisiones | Son todas las entrevistas que realiza el profesional que tiene a su cargo una psicoterapia (individual, grupal o familiar) con otro profesional de la misma especialidad, que puede pertenecer o no a la institución pero no está involucrado en la situación clínica. No corresponde estrictamente a lo que se registra como interconsulta y tampoco debe confundirse con el ateneo clínico, ya que son diferentes tanto en su objetivo como en su dinámica. Si bien no constituye una prestación directa al paciente, la supervisión incide directamente en la calidad de la atención ya que permite ratificar o rectificar una estrategia terapéutica y también contribuye a resguardar la salud mental de los profesionales del área. Cuando la supervisión se realiza con otro profesional de la institución se registrará como una sola entrevista. Debe tener una duración mínima de 40 minutos. |

CUADRO 10

Admisiones consultorios externos de salud mental según grupo de Edad y sexo, por tipo de hospital (fuente: Secretaría de Salud, GCABA) -Año 2005

| | Varones según grupo etáreo | | | | | | Mujeres según grupo etáreo | | | | | | Total varones | Total mujeres |
|-------------------|----------------------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|----------------------------|---------------|---------|---------------|----------|---------------|------------------|------------------|
| | 0 a 9 | | 10 a 19 | | 20 a 39 | | 40 a 59 | | 60 a 79 | | 80 y más | | | |
| | ind. | grup/par/flia | ind. | grup/par/flia | ind. | grup/par/flia | ind. | grup/par/flia | ind. | grup/par/flia | ind. | grup/par/flia | | |
| 2005 | | | | | | | | | | | | | | |
| Subtotal HGA | 1642 | 2770 | 4389 | 4008 | 2056 | 348 | 15213 | 1701 | 3539 | 7261 | 6574 | 3399 | 539 | 23013 |
| Subtotal HGN | 818 | 911 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1729 | 459 | 1019 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1478 |
| Subtotal HE | 1331 | 1721 | 3377 | 2366 | 762 | 35 | 9592 | 848 | 1720 | 4472 | 3723 | 1351 | 88 | 12202 |
| Total 2005 | 3791 | 5402 | 7766 | 6374 | 2818 | 383 | 26534 | 3008 | 6278 | 11733 | 10297 | 4750 | 627 | 36693 |

CUADRO 11

Prestaciones ulteriores de psicopatología y salud mental por hospital (fuente: Secretaría de Salud, GCABA) -Año 2005

| 2005 | Psicoterapia | | Psicoprofilaxis | | Psico- diagn | Certif. SM | Psi- quiatria | T. Ocupacional | | Musicoterapia | | Taller comunit. | Inter- cons. | Superv. | Total Prest. | |
|-------------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|------------------|----------------|-------|---------------|-------|--------------------|-----------------|---------|-----------------|---------|
| | ind. | grup/flia | ind. | grup/par/flia | | | | ind. | grup | ind. | grup | | | | | ind. |
| | Subtotal HGA | 292476 | 14628 | 23730 | 3862 | 11068 | 5934 | 113156 | 1337 | 3042 | 1422 | 477 | 357 | 53804 | 62191 | 12732 |
| Subtotal HGN | 20534 | 915 | 8605 | 604 | 9191 | 1935 | 6351 | 417 | 27 | 94 | 1135 | 238 | 223 | 10176 | 1670 | 77276 |
| Subtotal HE | 264019 | 12745 | 42208 | 3608 | 14407 | 8975 | 156954 | 28 | 13349 | 16837 | 8749 | 7355 | 9869 | 101008 | 29676 | 734352 |
| Total 2005 | 577029 | 28288 | 74543 | 7211 | 34666 | 16844 | 276461 | 1782 | 16418 | 18353 | 10361 | 7950 | 63896 | 173375 | 44078 | 1448185 |

CUADRO 12

Admisiones consultorios externos de salud mental según grupo de Edad y sexo, por tipo de hospital (fuente: Ministerio de Salud, GCABA)-Año 2006

| | Varones según grupo etáreo | | | | | | Mujeres según grupo etáreo | | | | | | Total varones | Total mujeres |
|-------------------|----------------------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|----------------------------|---------------|---------|---------------|----------|---------------|------------------|------------------|
| | 0 a 9 | | 10 a 19 | | 20 a 39 | | 40 a 59 | | 60 a 79 | | 80 y más | | | |
| | ind. | grup/par/flia | ind. | grup/par/flia | ind. | grup/par/flia | ind. | grup/par/flia | ind. | grup/par/flia | ind. | grup/par/flia | | |
| 2006 | | | | | | | | | | | | | | |
| Subtotal HGA | 1585 | 2346 | 4170 | 3691 | 1651 | 406 | 13849 | 1718 | 3267 | 6723 | 6191 | 2991 | 968 | 21858 |
| Subtotal HGN | 613 | 979 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1592 | 335 | 1106 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1441 |
| Subtotal HE | 1308 | 1544 | 3291 | 2723 | 999 | 21 | 9886 | 835 | 1557 | 3597 | 3066 | 1277 | 89 | 10421 |
| Total 2006 | 3506 | 4869 | 7461 | 6414 | 2650 | 427 | 25327 | 2888 | 5930 | 10320 | 9257 | 4268 | 1057 | 33720 |

CUADRO 13
Prestaciones ulteriores de salud mental por hospital (fuente: Ministerio de Salud, GCABA) -Año 2006

| 2006 | Psicoterapia | | Psicoprofilaxis | | Psico- diagn | Certif. SM | Psi- quiatria | Psicopedagogia | | T. Ocupacional | | Musicoterapia | | Taller comunit. | Inter- cons. | Superv. | Total Prest. | | |
|-------------------|--------------|--------|-----------------|--------|-----------------|---------------|------------------|----------------|--------|----------------|------|---------------|-------|--------------------|-----------------|---------|-----------------|--------|---------|
| | ind. | grupal | par/flia | grupal | | | | par/flia | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | | | | | grupal | |
| Subtotal HGA | 274806 | 10360 | 24956 | 13534 | 2428 | 3111 | 9516 | 6439 | 107082 | 16403 | 768 | 2959 | 1431 | 414 | 179 | 27640 | 60213 | 16365 | 578604 |
| Subtotal HGN | 8834 | 625 | 1749 | 9308 | 424 | 447 | 3402 | 399 | 3158 | 1712 | 367 | 31 | 85 | 922 | 222 | 195 | 5258 | 2474 | 39612 |
| Subtotal HE | 266396 | 13589 | 34746 | 20228 | 2805 | 9273 | 16618 | 8077 | 162366 | 10430 | 68 | 24023 | 21464 | 14330 | 8657 | 12011 | 94842 | 29998 | 749921 |
| Total 2006 | 550036 | 24574 | 61451 | 43070 | 5657 | 12831 | 29536 | 14915 | 272606 | 28545 | 1203 | 27013 | 22980 | 15666 | 9058 | 39846 | 160313 | 48837 | 1368137 |

CUADRO 14
Admisiones consultorios externos de salud mental según grupo de Edad y sexo, por tipo de hospital (fuente: Ministerio de Salud, GCABA) -Año 2007

| 2007 | Varones según grupo etáreo | | | | | | | | | | Mujeres según grupo etáreo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----------------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|----------------------------|--------|---------------|--------|-------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|----------|--------|---------------|--------|------|------|----|-------|-----|------|------|------|------|----|-------|
| | 0 a 9 | | 10 a 19 | | 20 a 39 | | 40 a 59 | | 60 a 79 | | 80 y más | | Total varones | | 0 a 9 | | 10 a 19 | | 20 a 39 | | 40 a 59 | | 60 a 79 | | 80 y más | | Total mujeres | | | | | | | | | | | | |
| | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | grupal | | | | | | | | | | | |
| Subtotal HGA | 1257 | 1673 | 2861 | 3098 | 1412 | 228 | 10529 | 1246 | 2169 | 4781 | 5443 | 2215 | 436 | 16290 | 526 | 1063 | 0 | 1589 | 312 | 1177 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1489 | 1376 | 1655 | 3711 | 3363 | 1164 | 49 | 11318 | 857 | 1511 | 3872 | 3288 | 1312 | 84 | 10924 |
| Total 2007 | 3159 | 4391 | 6572 | 6461 | 2576 | 277 | 23436 | 2415 | 4857 | 8653 | 8731 | 3527 | 520 | 28703 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CUADRO 15
Prestaciones ulteriores de salud mental por hospital (fuente: Ministerio de Salud, GCABA) -Año 2007

| 2007 | Psicoterapia | | Psicoprofilaxis | | Psico- diagn | Certif. SM | Psi- quiatria | Psicopedagogia | | T. Ocupacional | | Musicoterapia | | Taller comunit. | Inter- cons. | Superv. | Total Prest. | | |
|-------------------|--------------|--------|-----------------|--------|-----------------|---------------|------------------|----------------|--------|----------------|------|---------------|-------|--------------------|-----------------|---------|-----------------|--------|---------|
| | ind. | grupal | par/flia | grupal | | | | par/flia | ind. | grupal | ind. | grupal | ind. | | | | | grupal | |
| Subtotal HGA | 216930 | 7316 | 19718 | 8767 | 1153 | 2672 | 8604 | 5454 | 109381 | 15751 | 967 | 3185 | 1269 | 3 | 72 | 14316 | 50985 | 13984 | 480527 |
| Subtotal HGN | 16201 | 1044 | 2388 | 6731 | 510 | 532 | 5111 | 521 | 5995 | 2462 | 272 | 46 | 68 | 1058 | 293 | 228 | 10413 | 3079 | 56952 |
| Subtotal HE | 280050 | 15096 | 34162 | 15825 | 5065 | 9822 | 16925 | 7295 | 157838 | 12956 | 1079 | 21345 | 24114 | 11022 | 9809 | 14212 | 81887 | 27734 | 746236 |
| Total 2007 | 513181 | 23456 | 56268 | 31323 | 6728 | 13026 | 30640 | 13270 | 273214 | 31169 | 2318 | 24576 | 25451 | 12083 | 10174 | 28756 | 143285 | 44797 | 1283715 |

CUADRO 16

Admisiones consultorios externos de salud mental según grupo de Edad y sexo, por tipo de hospital (fuente: Ministerio de Salud, GCABA) -Año 2008

| 2008 | Varones según grupo etáreo | | | | | Mujeres según grupo etáreo | | | | | Total varones | Total mujeres | | |
|-------------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------------|------------------|--------------|----------|
| | 0 a 9 | 10 a 19 | 20 a 39 | 40 a 59 | 60 a 79 | 80 y más | 0 a 9 | 10 a 19 | 20 a 39 | 40 a 59 | | | 60 a 79 | 80 y más |
| | Subtotal HGA | 1258 | 1451 | 2996 | 3007 | 1401 | 242 | 1175 | 1905 | 4564 | | | 4835 | 1909 |
| Subtotal HGN | 760 | 1292 | 0 | 0 | 0 | 0 | 478 | 1460 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1938 | |
| Subtotal HE | 1321 | 1745 | 4166 | 3396 | 887 | 72 | 885 | 1531 | 4251 | 3650 | 1279 | 858 | 11681 | |
| Total 2008 | 3339 | 4488 | 7162 | 6403 | 2288 | 314 | 23994 | 4896 | 8815 | 8485 | 3188 | 1176 | 28325 | |

CUADRO 17

Prestaciones ulteriores de salud mental por hospital (fuente: Ministerio de Salud, GCABA) -Año 2008

| 2008 | Psicoterapia | | Psicoprofilaxis | | | Psico- diagm | Certif. SM | Psi- quiatria | Psicopedagogía | | T. Ocupacional | | Musicoterapia | Taller comunit. | Inter- cons. | Superv. | Total Prest. | | |
|-------------------|---------------|--------------|-----------------|-------------|--------------|-----------------|---------------|------------------|----------------|-------------|----------------|--------------|---------------|--------------------|-----------------|---------------|-----------------|----------------|--------|
| | ind. | grupal | par/flia | grupal | par/flia | | | | ind. | grupal | ind. | grupal | | | | | | ind. | grupal |
| | Subtotal HGA | 222128 | 5668 | 18584 | 1280 | | | | 2755 | 9710 | 5755 | 112920 | | | | | | 17511 | 913 |
| Subtotal HGN | 16844 | 1002 | 4168 | 506 | 1077 | 6421 | 534 | 7408 | 3403 | 484 | 66 | 63 | 1286 | 505 | 241 | 8627 | 3960 | 63477 | |
| Subtotal HE | 301554 | 13192 | 34564 | 5388 | 12338 | 17231 | 8769 | 148099 | 12295 | 1208 | 24254 | 15579 | 5333 | 3383 | 14848 | 81930 | 31251 | 748540 | |
| Total 2008 | 540526 | 19862 | 57316 | 7174 | 16170 | 33362 | 15058 | 268427 | 33209 | 2605 | 28087 | 16980 | 6636 | 4065 | 17115 | 145319 | 46150 | 1293128 | |

CUADRO 18

Admisiones consultorios externos de salud mental según grupo de Edad y sexo, por tipo de hospital (fuente: Ministerio de Salud, GCABA) -Año 2009

| 2009 | Varones según grupo etáreo | | | | | Mujeres según grupo etáreo | | | | | Total varones | Total mujeres | | |
|-------------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------------|------------------|------------|--------------|
| | 0 a 9 | 10 a 19 | 20 a 39 | 40 a 59 | 60 a 79 | 80 y más | 0 a 9 | 10 a 19 | 20 a 39 | 40 a 59 | | | 60 a 79 | 80 y más |
| | Subtotal HGA | 1211 | 1497 | 3115 | 3095 | 1407 | 258 | 10583 | 1107 | 1786 | | | 4145 | 4706 |
| Subtotal HGN | 739 | 1231 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1970 | 508 | 1395 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1903 |
| Subtotal HE | 1371 | 1861 | 4627 | 4296 | 1149 | 38 | 13342 | 840 | 1401 | 4443 | 4178 | 1141 | 81 | 12084 |
| Total 2009 | 3321 | 4589 | 7742 | 7391 | 2556 | 296 | 25895 | 2455 | 4582 | 8588 | 8884 | 2933 | 284 | 27726 |

CUADRO 19

Prestaciones ulteriores de salud mental por hospital (fuente: Ministerio de Salud, GCABA) -Año 2009,

| 2009 | Psicoterapia | | Psicoproflaxis | | Psico-diagn | Certif. SM | Psi-quiatria | Psicopedagogía | | T. Ocupacional | | Musicoterapia | | Taller comunit. | Inter-cons. | Superv. | Total Prest. | | |
|-------------------|--------------|--------|----------------|-------|-------------|------------|--------------|----------------|----------|----------------|--------|---------------|--------|-----------------|-------------|---------|--------------|-------|---------|
| | ind. | grupal | par/flia | ind. | | | | grupal | par/flia | ind. | grupal | ind. | grupal | | | | | ind. | grupal |
| Subtotal HGA | 214300 | 3780 | 14987 | 11147 | 1110 | 2483 | 8037 | 5855 | 99807 | 16432 | 1325 | 3385 | 1337 | 107 | 154 | 1928 | 49840 | 10635 | 446649 |
| Subtotal HGN | 13435 | 546 | 6294 | 6688 | 644 | 496 | 5305 | 1096 | 7570 | 4013 | 378 | 29 | 73 | 1758 | 715 | 222 | 8640 | 3147 | 61049 |
| Subtotal HE | 246454 | 11505 | 33673 | 15183 | 3762 | 8902 | 18245 | 10160 | 145432 | 11928 | 1164 | 19950 | 11578 | 7150 | 3213 | 17322 | 80358 | 23480 | 669459 |
| Total 2009 | 474189 | 15831 | 54954 | 33018 | 5516 | 11881 | 31587 | 17111 | 252809 | 32373 | 2867 | 23364 | 12988 | 9015 | 4082 | 19472 | 138838 | 37262 | 1177157 |

CUADRO 20

Definiciones operativas de "tipo de prestación individual" para Salud Mental (psicólogos y psiquiatras) en Atención Primaria

| | | | |
|------------------|--|---------------------------|---|
| Admisión | Es la entrevista con la persona que concurre por primera vez a los consultorios y tiene por finalidad completar la Historia Clínica, establecer diagnóstico presuntivo y una estrategia terapéutica. En el caso de admisiones de niños, que siempre concurren acompañados por los padres o adultos responsables, solo será registrado como admisión el menor que dio origen a la consulta, excepto cuando los padres sean derivados también para su tratamiento. Para ser computada como "admisión", deberá tener una duración mínima de 40 minutos y puede estar a cargo de un profesional médico y/o psicólogo. Si la entrevista es realizada por dos profesionales en forma conjunta será consignada como un sola admisión. | Psicoterapia Individual | Son las entrevistas con fines terapéuticos realizadas en forma exclusiva con un paciente y que estén a cargo de un profesional médico y /o psicólogo. Para ser computadas deben tener una duración mínima de 40 minutos. En el caso de los niños pueden utilizarse técnicas lúdicas. |
| Psicodiagnóstico | Entrevistas con fines diagnósticos, en las que se utilizan técnicas, psicométricas o proyectivas. En el caso de los niños podrán incluirse técnicas lúdicas. Pueden estar a cargo de profesionales psicólogos o psiquiatras y la duración mínima será de 60 minutos. | Entrevista de Orientación | Intervención no focalizada en una problemática o trastorno específico, a fin de esclarecer y brindar información frente a una determinada situación, solicitado por el consultante (o persona allegada a él: padres, maestros, familiares, autoridades gubernamentales-comunitarias etc.) o beneficiario en forma individual, a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos, que tengan una duración mínima de 40 minutos. Pueden realizarse en un efector de salud (CESAC-UNASAD-CMB) o fuera de él (ej: escuela, clubes, Instituciones comunitarias, comedores barriales, Juzgados). No es focalizada, ni dirigida a ninguna situación específica o si- |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>tuación estresante que el paciente deba enfrentar. No corresponde estrictamente a lo que se registra como Psicoprofilaxis, ya que son diferentes en sus objetivos como en su dinámica.</p> <p>Son entrevistas que se realizan con profesionales de otras especialidades o de la misma para facilitar la atención, a fin de optimizar el tratamiento, o realizar el seguimiento necesario para ese paciente. Pueden realizarse en ámbitos de salud o en ámbitos comunitarios / institucionales. La duración mínima será de 40 minutos.</p> |
| Entrevista de Seguimiento | |
| Psicoprofilaxis Individual | <p>Abordaje psicológico focalizado para prevenir que se instale el trastorno mental. Se relaciona con situaciones, problemáticas o trastornos específicos. Este tipo de intervención psicológica, afianza y esclarece al paciente para enfrentar alguna situación estresante, a descubrir sus propias estrategias para afrontar el problema, a potenciarlas y generar nuevas herramientas. Es breve y focalizado, es decir dirigido a tratar la situación específica que el paciente debe enfrentar. Duración 40 minutos a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos.</p> |
| Psiquiatría | <p>Son las entrevistas a cargo de un médico psiquiatra con fines diagnósticos y/o tratamientos psicofarmacológicos. Duración mínima 30 minutos.</p> |
| Interconsulta | <p>Son todas las entrevistas, ya sean diagnósticas y/o terapéuticas que se realizan con pacientes atendidos en otros servicios del hospital, o con otros equipos profesionales en los centros de salud a solicitud de los mismos. Pueden ser entre distintas especialidades de una misma profesión (psicólogo especializado en la atención de niños y psicólogo especializado en adultos mayores). Se registrará como una sola prestación. Tendrá una duración mínima de 30 minutos y puede estar a cargo de médicos o psicólogos.</p> |

| | |
|------------------------|--|
| Supervisión | <p>Son entrevistas que realiza el profesional que tiene a su cargo una psicoterapia (individual, grupal o familiar) con otro profesional, de la misma especialidad, que puede pertenecer o no a la institución pero no está involucrado en la situación clínica. No corresponde estrictamente a lo que se registra como interconsulta y tampoco debe confundirse con Ateneo Clínico, ya que son diferentes tanto en su objetivo como en su dinámica. Si bien no constituye una prestación directa al paciente, la supervisión incide directamente en la calidad de atención, ya que permite ratificar o rectificar una estrategia terapéutica y también contribuye a resguardar la salud mental de los profesionales del área. Cuando la supervisión se realiza con otro profesional de la institución se registrará como una sola entrevista. Debe tener una duración mínima de 40 minutos.</p> |
| Psicoterapia Familiar | <p>Son las entrevistas con fines diagnósticos y/o terapéuticos realizadas con los miembros de una familia o de una pareja en forma simultánea. La duración mínima será de 60 minutos y estará a cargo de profesionales médicos y/o psicólogos. Incluye las terapias vinculares (de pareja; madre-hijo). Esta prestación individual será registrada a nombre del miembro de la familia que motivó la realización del tratamiento o en su defecto el de la persona que solicitó la prestación.</p> |
| Orientación Vocacional | <p>Abordaje psicológico que forma parte de un proceso de orientación, que tiene por objetivo acompañar a un púber, joven, como protagonista en el proceso de construcción vocacional / educacional / ocupacional. Se utilizarán técnicas que permitan descubrir los aspectos concientes e inconscientes que atraviesa toda elección vocacional, como así también la búsqueda de información que permita conocer el mundo educacional y/o laboral actual, según opciones, referencias y puntos de interés.</p> |

CUADRO 21

Definiciones operativas de "tipo de prestación grupal" para Salud Mental (psicólogos y psiquiatras) en Atención Primaria*

| | |
|-----------------------------------|---|
| Entrevistas de Orientación Grupal | Entrevistas de orientación con fines preventivos realizadas en forma simultánea a 2 ó mas personas no integrantes de un grupo familiar. Pueden estar a cargo de profesionales psiquiatras y/o psicólogos, con una duración mínima de 40 minutos. |
| Psicoterapia Grupal | Son las entrevistas con fines terapéuticos realizadas en forma simultánea con varios pacientes (no integrantes de un grupo familiar). Para ser computadas la duración mínima será de 90 minutos y estarán a cargo de profesionales psiquiatras y/o psicólogos. |
| Orientación a Padres Grupal | Entrevistas realizadas en forma simultánea a dos o más padres con fines preventivos o de orientación, de promoción de salud, de información o esclarecimiento en relación a una problemática planteada por dichos padres. Puede presentarse en forma espontánea o a través de una demanda institucional relacionada con el niño. Debe tener una duración de 40 minutos. |
| Psicoprofilaxis Grupal | Abordaje psicológico focalizado para prevenir que se instale el trastorno mental. Se relaciona con situaciones, problemáticas o trastornos específicos. Este tipo de intervención psicológica, afianza y esclarece al grupo (2 o más personas) para enfrentar alguna situación estresante, a descubrir sus propias estrategias para afrontar el problema, a potenciarlas y generar nuevas herramientas. Es breve y focalizado, es decir, dirigido a tratar la situación específica que el grupo debe enfrentar. Duración 40 minutos. A cargo de profesionales psiquiatras y/o psicólogos. |

*Se definen como actividades específicas por prestador a aquellas actividades grupales orientadas a la promoción, protección, tratamiento y rehabilitación inherente a la profesión, sin la participación de otras disciplinas.

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud, GCABA

CUADRO 23

Consultas promedio por consultante en Salud Mental de CeSACs por año
(Fuente: Dirección de Estadísticas, GCABA
Elaboración propia)

| | Mínimo | Medio | Máximo |
|------|--------|-------|--------|
| 2006 | 2.5 | 6.4 | 15 |
| 2007 | 6.6 | | |
| 2008 | 6.9 | | |

CUADRO 22

Prestaciones de salud mental en CeSAC por tipo de prestación y año (fuente: Dirección de Estadísticas, GCABA/ Elaboración propia) -Año 2005*

| | Admi- siones | Psicoterapia | | Psicodiag- nóstico | Entrevista de orientación | Entrevista de seguimiento | Orientación vocacional | Psiquiatría | Intercons. | Superv. | Sin especificar | Total Prest. |
|--------------|-----------------|--------------|----------|-----------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------|------------|---------|--------------------|-----------------|
| | | ind. | familiar | | | | | | | | | |
| Total 2005 | 10064 | 61999 | 3288 | 4931 | 10508 | 6857 | 26 | 5427 | 1438 | 655 | 476 | 105960 |
| % | 9.50% | 58.50% | 3.10% | 4.70% | 9.90% | 6.50% | 0 | 5.10% | 1.40% | 0.60% | 0.40% | 100.00% |
| Total 2006 | 7771 | 48603 | 2188 | 5532 | 10523 | 6428 | 43 | 6873 | 1355 | 201 | 303 | 90066 |
| % | 8.60% | 54.00% | 2.40% | 6.10% | 11.70% | 7.10% | 0 | 7.60% | 1.50% | 0.20% | 0.30% | 100.00% |
| Total 2007 | 8402 | 51978 | 2735 | 4792 | 10500 | 5967 | 73 | 6564 | 1012 | 193 | 786 | 93071 |
| % | 9.00% | 55.80% | 2.90% | 5.10% | 11.30% | 6.40% | 0.10% | 7.10% | 1.10% | 0.20% | 0.80% | 100.00% |
| Total 2008 | 13083 | 64974 | 3567 | 4344 | 10659 | 7028 | 267 | 7579 | 1711 | 328 | 79 | 113951 |
| % | 11.50% | 57.00% | 3.10% | 3.80% | 9.40% | 6.20% | 0.20% | 6.70% | 1.50% | 0.30% | 0.10% | 100.00% |
| 1er sem 2009 | 5460 | 26746 | 1940 | 1493 | 4516 | 2932 | 158 | 2828 | 765 | 171 | 0 | 47473 |
| % | 11.50% | 56.30% | 4.10% | 3.10% | 9.50% | 6.20% | 0.30% | 6.00% | 1.60% | 0.40% | 0.10% | 100.00% |

* Psicopedagogía, Terapia Ocupacional y Musicoterapia, no consideradas dentro de "Salud Mental" (categoría para la que se aclara que incluye sólo psicólogos y psiquiatras)/ Prestaciones grupales van a consolidado aparte / Prestaciones grupales van a consolidado aparte.

CUADRO 24

Total de Pacientes según Tratamientos Anteriores -Año 2005 (Fuente PIVESAM, Elaboración propia)

| 2005 | Ambulatorio | | Internación | Hospital Dia/Noche | Urgencia | Sin tratamiento | Sin Datos | Total |
|----------------|---------------|-----|-------------|--------------------|----------|-----------------|-----------|-------|
| | Subtotal HGA* | % | | | | | | |
| Subtotal HGA* | 844 | 44% | 133 | 18 | 6 | 831 | 73 | 1905 |
| % | | | 7% | 1% | 0% | 44% | 4% | 100% |
| Subtotal HGN** | 301 | 19% | 42 | 0 | 0 | 1271 | 0 | 1614 |
| % | | | 3% | 0% | 0% | 79% | 0% | 100% |
| Subtotal HE*** | 284 | 44% | 7 | 0 | 0 | 349 | 0 | 640 |
| % | | | 1% | 0% | 0% | 55% | 0% | 100% |
| Total 2005 | 1429 | 35% | 182 | 18 | 6 | 2451 | 73 | 4159 |
| % | | | 4% | 0% | 0% | 59% | 2% | 100% |

* Alvarez, Argentech, Durand, Fernández, Rivadavia, Tornú, Zubizarreta / **Elizalde / *** Tobar García

CUADRO 25

Total de Pacientes según Tratamientos Anteriores -Año 2006 (Fuente PIVESAM, Elaboración propia)

| 2006 | Ambulatorio | Internación | Hospital Día/Noche | Urgencia | Sin tratamiento | Sin Datos | Total |
|----------------|-------------|-------------|--------------------|----------|-----------------|-----------|----------|
| Subtotal HGA* | 1163 | 169 | 31 | 18 | 1361 | 0 | 2756**** |
| % | 42% | 6% | 1% | 1% | 49% | 0% | 100% |
| Subtotal HGN** | 384 | 28 | 6 | 7 | 683 | 0 | 1108 |
| % | % | % | % | % | % | 0% | % |
| Subtotal HE*** | 308 | 6 | 3 | 0 | 260 | 0 | 577 |
| % | % | % | % | % | % | % | % |
| Total 2006 | 1855 | 203 | 40 | 25 | 2304 | 0 | 4441 |
| % | 42% | 5% | 1% | 0% | 52% | 0% | 100% |

* Álvarez, Argerich, Durand, Rivadavia, Fernández, Tornú, Zubizarreta / ** Elizalde / *** Tobar García / **** Se agrega al número final una categoría consignada en el Hospital Durand que se superpone con las otras y no es desglosable, llamada "Ambulatorio/Internación" y cuya cifra es de 14 pacientes

CUADRO 26

Total de Pacientes según Tratamientos Anteriores-Año 2007 (Fuente PIVESAM, Elaboración propia)

| 2007 | Ambulatorio | Internación | Hospital Día/Noche | Urgencia | Sin tratamiento | Sin Datos | Total |
|----------------|-------------|-------------|--------------------|----------|-----------------|-----------|-------|
| Subtotal HGA* | 1938 | 247 | 29 | 37 | 2538 | 3 | 4792 |
| % | 40% | 5% | 1% | 1% | 53% | 0% | 100% |
| Subtotal HGN** | 565 | 27 | 0 | 6 | 337 | 0 | 935 |
| % | % | % | 0% | 1% | 36% | 0% | % |
| Subtotal HE*** | 135 | 0 | 1 | 0 | 73 | 0 | 209 |
| % | % | 0% | 0% | 0% | % | 0% | % |
| Total 2007 | 2638 | 274 | 30 | 43 | 2948 | 3 | 5936 |
| % | 44% | 5% | 0% | 1% | 50% | 0% | 100% |

* Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Rivadavia, Tornú, Zubizarreta / ** Elizalde / *** Tobar García

CUADRO 27

Total de Pacientes según Tratamientos Anteriores -Año 2006 (Fuente PIVESAM, Elaboración propia)

| 2006 | Ambulatorio | Internación | Hospital Día/Noche | Urgencia | Sin tratamiento | Sin Datos | Total |
|-------------------------|-------------|-------------|--------------------|----------|-----------------|-----------|-----------|
| Subtotal HGA * | 2193 | 203 | 62 | 36 | 2727 | 13 | 5335***** |
| % | 41% | 4% | 1% | 1% | 51% | 0% | 100% |
| Subtotal HGN** | 584 | 19 | 11 | 10 | 873 | 9 | 1506 |
| % | 39% | 1% | 1% | 1% | 58% | 0% | 100% |
| Subtotal HE*** | 103 | 179 | 4 | 13 | 39 | 0 | 338 |
| % | 30% | 53% | 1% | 4% | 12% | 0% | 100% |
| Subtotal CSM**** 0 a 19 | 205 | 10 | 6 | 0 | 158 | 3 | 382 |
| % | 54% | 3% | 2% | 0% | 41% | 0% | 100% |
| Subtotal CSM**** 20 y + | 767 | 44 | 15 | 9 | 526 | 14 | 1375 |
| % | 56% | 3% | 1% | 0% | 38% | 1% | 100% |
| Total 2006 | 3852 | 455 | 98 | 68 | 4323 | 39 | 8936 |
| % | 44% | 5% | 1% | 1% | 48% | 0% | 100% |

* Álvarez, Argerich, Durand, Penna, Piñero, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Zubizarreta / ** Elizalde y Gutierrez / *** Moyano / **** N°1 (M. Pedraza) y N°3 (Ameghino). Datos divididos por grupo de edad: "0 a 19 años", y "20 años y más" / ***** Se agrega al número final una categoría consignada en los Hospitales Rivadavia, Piñero, Argerich, Álvarez y Zubizarreta que se superpone con las otras y no es desglosable, llamada "Ambulatorio/Internación", y cuya cifra global es de 101 pacientes

CUADRO 30

Total de Pacientes según Vía de Derivación -Año 2008 (Fuente PIVESAM, Elaboración propia)

| 2008 | Otro Servicio | Otro Hospital | Escuela | Sistema Judicial | Profesional Privado | Familia/ Amigos | sin datos | Total |
|----------------------|---------------|---------------|---------|------------------|---------------------|-----------------|-----------|-------|
| Subtotal CSM* 0 a 19 | 34 | 39 | 104 | 25 | 19 | 41 | 0 | 262 |
| % | 13% | 15% | 40% | 10% | 7% | 16% | 0% | 100% |
| Subtotal CSM* 20 y + | 147 | 142 | 12 | 93 | 65 | 235 | 1 | 695 |
| % | 21% | 20% | 2% | 13% | 9% | 34% | 0% | 100% |
| Total 2008 | 181 | 181 | 116 | 118 | 84 | 276 | 1 | 957 |
| % | 19% | 19% | 12% | 12% | 9% | 29% | 0% | 100% |

* Centros de Salud Mental N°1 (M. Pedraza) y N°3 (Ameghino). Datos divididos por grupo de edad: "0 a 19 años", y "20 años y más"

CUADRO 28

Total de Pacientes según Tipo de consulta -Año 2004 (Fuente PIVESAM, Elaboración propia)

| 2004 | Espontánea | Derivación | Sin datos | Total |
|----------------|------------|------------|-----------|-------|
| Subtotal HGA* | 706 | 518 | 50 | 1274 |
| % | 55% | 41% | 4% | 100% |
| Subtotal HGN** | 214 | 1023 | 60 | 1297 |
| % | 16% | 79% | 5% | 100% |
| Subtotal HE*** | 475 | 509 | 80 | 1064 |
| % | 45% | 48% | 7% | 100% |
| Total 2004 | 1395 | 2050 | 190 | 3635 |
| % | 39% | 56% | 5% | 100% |

* Argerich, Rivadavia, Tornú, Zubizarreta / ** Elizalde / *** Tobar García

CUADRO 29

Total de Pacientes según Tipo de consulta -Año 2008 (Fuente PIVESAM, Elaboración propia)

| 2008 | Espontánea | Derivación | sin datos | Total |
|-------------------------|------------|------------|-----------|-------|
| Subtotal HGA* | 1587 | 3337 | 12 | 4936 |
| % | 32% | 68% | 0% | 100% |
| Subtotal HGN** | 108 | 1386 | 12 | 1506 |
| % | 7% | 92% | 1% | 100% |
| Subtotal HE*** | 51 | 287 | 0 | 338 |
| % | 15% | 85% | 0% | 100% |
| Subtotal CSM**** 0 a 19 | 119 | 262 | 1 | 382 |
| % | 31% | 69% | 0% | 100% |
| Subtotal CSM**** 20 y + | 673 | 695 | 7 | 1375 |
| % | 49% | 51% | 0% | 100% |
| Total 2008 | 2538 | 5967 | 32 | 8537 |
| % | 30% | 70% | 0% | 100% |

* Álvarez, Argerich, Durand, Penna, Piñero, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Zubizarreta / ** Elizalde, Gutierrez / *** Moyano / **** Centros de Salud Mental N°1 (M. Pedraza) y N°3 (Ameghino). Datos divididos por grupo de edad: "0 a 19 años", y "20 años y más"