OMS-IESM

Organización Mundial de la Salud

Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental

IESM-OMS
Versión 2.1

Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud

Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental

IESM-OMS
Versión 2.1

Organización Mundial de la Salud

Salud Mental: Departamento de Evidencia e Investigación de Salud Mental
y Abuso de Sustancias
Organización Mundial De La Salud
Ginebra

Índice

Introducción 7
Métodos y procedimientos 9
Sección 1: Política y Marco Legislativo 15
Sección 2: Servicios de Salud Mental 19
Sección 3: Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud 30
Sección 4: Recursos Humanos 33
Sección 5: Educación del Público y Vínculos con otros Sectores 39
Sección 6: Monitoreo e Investigación 41
Resumen Ejecutivo 43
Recomendaciones para la acción 46
Referencias 50

República Argentina

Sistema de Salud Mental en 10 Provincias Argentinas: Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Río Negro, Salta, San Juan, Tierra del Fuego, Tucumán.

Resultados de la evaluación realizada mediante el Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental. Año 2009.

Introducción

Reconocimientos

La recopilación de información en las 10 de las 24 provincias de la República Argentina: Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Río Negro, Salta, San Juan, Tierra del Fuego y Tucumán estuvo a cargo de los equipos técnicos provinciales de los respectivos ministerios de salud. El proyecto fue coordinado por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Argentina; el Asesor Subregional de América del Sur en Salud Mental, OPS/OMS Dr. Hugo Cohen y el Asesor Principal, Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación, OPS/OMS, Dr. Jorge Rodriguez. También recibió el apoyo del Equipo de Evidencias e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra. El equipo de la OMS incluyó a los Drs. Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena (coordinador del proyecto), Tom Barrett, Antonio Lora, Mark van Ommeren y Jodi Morris.

La coordinación y revisión técnica de los informes estuvo a cargo del Dr. Jorge Rodríguez, Asesor Principal, Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación, OPS/OMS y el Asesor en Salud Mental para América del Sur, OPS/OMS, Dr. Hugo Cohen; contó con la colaboración del Dr Itzhak Levav (Israel).

Como consultores contratados por OPS/OMS Argentina para la coordinación del trabajo en las provincias participaron el, el Lic. Miguel A. Escalante; Dr. Enrique Stein. El Lic. Miguel A. Escalante preparó el documento consolidado.

A nivel provincial participaron los siguientes profesionales de los ministerios de salud de: Catamarca, Dr. Luis Segura, Director de Salud Mental; Chubut: Lic. Susana Zelaya y Lic. Marcela Freytes, Directoras de Salud Mental; Corrientes: Dr. Gustavo Gómez, Director de Salud Mental; Jujuy: Dra. María Calvo, Directora del Programa de Salud Mental; Mendoza: Lic. María Jesús Estévez, Directora de Salud Mental; Río Negro: Soc. Vanda Ianowski, Dirección de Salud Mental; Salta: Lic. Claudia Román Rú, Jefa del Programa de Salud Mental; San Juan: Lic. Valeria Rimbaldi y Dr. Miguel Brandt, Directores de Salud Mental; Tucumán: Lic. Marcela Lemaitre, Jefa de División de Salud Mental; y Tierra del Fuego: Lic. Alejandro Escuredo y Dra. Liliana Ponce, Dirección de Salud Mental.

Este proyecto fue parcialmente financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental y la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos de América.

El Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental

El Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS), es también conocido como WHO-AIMS, por su sigla en inglés. En el estudio que utilizó el IESM-OMS se recogió información sobre el sistema de salud mental de 10 de las 24 provincias que constituyen la República Argentina con el propósito de obtener información a ser utilizada para la

toma de decisiones con mayor racionalidad y, por consiguiente, mejorar el sistema de salud mental. Al mismo tiempo, la información recogida permite establecer una línea de base a fin de que, eventualmente, se puedan monitorear los cambios (o falta de ellos) que se introdujeran (o no se introdujeran) en el sistema, en las políticas, planes, programas y servicios de salud mental en relación a la atención curativa y la rehabilitación psicosocial, con la participación de los usuarios, familias y otras partes involucradas. (Es de señalar que el IESM no cubre cabalmente las áreas de la promoción de salud mental y de prevención primaria).

Antecedentes

El equipo de Evidencias e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, conjuntamente con un grupo de consultores, desarrollaron el IEMS-OMS a fin de facilitar la recolección de la información esencial sobre el sistema de salud mental de un país o región. Para el IEMS-OMS, un sistema de salud mental se define como todas aquellas actividades cuyos fines principales son promover, restaurar o mantener la salud mental, e incluye a todas las organizaciones y recursos orientados a lograr esos objetivos.

Las 10 recomendaciones destinadas a promover el mejoramiento de la atención en salud mental, publicadas en el Informe sobre la Salud Mental en el Mundo-2001, han servido como base para diseñar el IEMS-OMS. Este instrumento permite evaluar los componentes claves e identificar las principales debilidades en los sistemas de salud mental, de tal manera que se obtiene información esencial para una acción de salud mental pública relevante.

Métodos y procedimientos

El IESM-OMS consiste de seis secciones que contienen 28 apartados y 145 ítems. Las secciones son interdependientes y están conceptualmente relacionadas. Todas deben fueron evaluadas a fin de tener una visión relativamente completa del sistema de salud mental de cada provincia.

Al inicio de cada sección estaba disponible una lista de fuentes de datos recomendadas, las cuales fueron ajustadas de acuerdo con las características de las provincias. Se usaron todas las fuentes de datos pertinentes y disponibles en los ámbitos nacional, provincial y municipal.

El IESM-OMS fue utilizado en las provincias de: Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Río Negro, Salta, San Juan, Tierra del Fuego y Tucumán.

La recolección de los datos se realizó en el transcurso del año 2007 y en el primer semestre del 2008. El primer paso consistió en realizar jornadas de presentación del ejercicio. A esas jornadas asistieron autoridades de los ministerios de salud; de educación y de justicia; directivos del área de salud mental; directores de hospitales; personal encargado de bioestadísticas; referentes de colegios profesionales; autoridades universitarias; miembros de organizaciones no gubernamentales (ONGs); usuarios y familiares. En el paso siguiente se integraron y capacitaron los equipos técnicos provinciales conformados por profesionales y administrativos pertenecientes a los sistemas de salud y los consultores nacionales contratados por OPS/OMS, Lic. Miguel Escalante y Dr. Enrique Stein; el coordinador nacional de Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Antonio Di Nanno y el Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica de OPS/OMS, Dr. Hugo Cohen. Estos equipos realizaron una categorización de las instituciones y servicios vinculados al sistema de salud y salud mental de cada provincia y formularon las preguntas correspondientes a cada sección. Esto dio como resultado los cuestionarios que sirvieron tanto para guiar la recolección como el registro de los datos.

La República Argentina es un país de organización política federal, lo cual implica que las distintas provincias tienen autonomía en sus poderes ejecutivo, legislativo y judicial, desarrollando políticas, planes y programas propios. Como el estado nacional carecía (en construcción al momento de la presente edición) de un sistema de información que pudiera responder a todos los componentes del IESM-OMS se optó por llevar a cabo su aplicación en las provincias. El criterio de selección de las 10 provincias donde se aplicara el IESM-OMS obedeció a la solicitud expresa de sus autoridades a la OPS/ARG o a la Unidad Coordinadora de Salud Mental de la Nación.

Cabe hacer notar que cuando el equipo central coordinador del IESM-OMS en Argentina contaba con información pertinente sobre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sobre la provincia de Buenos Aires, esa información fue registrada y publicada en este documento.

El tiempo de ejecución del IESM fue variado dependiendo de las características y recursos de cada provincia. Los consultores encargados de la recolección de la información proveyeron apoyo técnico por medio de visitas y el uso del Internet a los responsables de la evaluación en cada provincia.

Terminada la etapa de recolección de datos se realizaron nuevas reuniones con los equipos provinciales a los fines de verificar la información registrada. Los resultados de las provincias que iban concluyendo su tarea fueron cargados en las planillas Excel y se enviaron al equipo técnico de la oficina central de OMS en Ginebra. Ésta revisó los datos, solicitó aclaraciones y propuso sugerencias que garantizaran una adecuada calidad de la información.

La información obtenida varió de acuerdo con las características de cada provincia. Cabe señalar que en la mayoría de los casos la información provino del sistema público y solo en algunas provincias se pudieron obtener datos parciales del sector privado.

Características generales del país y de las 10 provincias seleccionadas

La República Argentina se encuentra en el extremo sur del continente americano y comprende 24 provincias, un área geográfica de 3.761.274 kilómetros cuadrados, integrados por la continental americana (2.791.810 km^2) y el continental antártico (964.847 Km^2). La población era de 38 millones de habitantes (Ministerio de Salud, /OPS, 2005), la cual incluye grupos nativos, principalmente mapuches, wichi y tobas en un número de casi medio millón de personas. La mayoría de la población profesa la religión católica.

El 26,4 % de la población del país tiene menos de 15 años y el 10 %, más de 60 años. El 89 % de la población es urbana. La expectativa de vida al nacer es de 70 para los hombres y 77,5 para las mujeres. La tasa de analfabetismo de las personas de más de 10 años de edad era de 2,6% para ambos géneros. El 77% de la población contaba con acceso a agua corriente mientras que el 42,5% con desagües cloacales.

El idioma oficial del país es el castellano y comprende 24 provincias incluída la Ciudad Aut.ónoma de Buenos Aires las cuales integran un sistema federal republicano y representativo, con una autonomía relativa en la definición de las políticas de salud. El país esta dividido en regiones Noroeste, Noreste, Cuyo, Centro, Patagónica, Pampeana y Metropolitana.

La República Argentina pertenece al grupo de ingreso medio-bajo, de acuerdo con los criterios del ano 2004 del Banco Mundial. La tasa de desocupación era, en el momento del estudio, del 10,6% de la población mientras que la población definida como pobre llegaba a 11,5 millones de habitantes (32,3%). De ellos, 1,8 millones eran indigentes (datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). La pobreza era del 26,9% en el segundo semestre del 2006.

El 75% de la inversión económica en la República Argentina se concentra en cuatro provincias (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza), que, al tener un producto bruto elevado y una población numerosa, constituyen el eje central del país en cuanto al consumo y a la inversión. En las provincias patagónicas, las economías se sostienen merced a los ingresos por hidrocarburos y por las exploraciones mineras. Su densidad poblacional es baja. En el norte hay provincias que tienen poca población en territorios relativamente extensos.

La salud en el país

La proporción del presupuesto nacional de salud del PIB fue de 7,3% en el año 2003, mientas que del 8,1% en 1995.

La evolución de la inversión per capita en salud del porcentaje total provincial ha venido disminuyendo desde 1993 al 2003, con un incremento relativo hasta el año 2005 (Cuadro N° 1).

En el país, habían como promedio 397 camas hospitalarias por cada 100,000 habitantes (en establecimientos públicos y privados), pero menos, 244 por 100.000 habitantes, en las diez provincias. El 48 % de la población no tenía cobertura de salud. El 54% de todos los establecimientos de salud estaban en el sector público. En términos de atención primaria de la salud había 5.389 centros en el sector público en el país, donde la mayoría contaba con los servicios de un médico (1).

Cuadro 1

Datos sociodemográficos e inversión total en salud y Per cápita en las 10 provincias estudiadas, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires y total del país.

Provincia	Área geográfica	Población	Menores de 15 años %	Mayores de 60 años %	Expectativa de vida al nacer		Tasa de alfabetización %		% inversión en salud sobre el gasto total de la provincia 2005	Inversión Per cápita en salud, pesos 2005
					M	H	M	H		
Buenos Aires	307571	14.654.379	24,88	10,61	78,0	73,9	98,4	98,4	14,45	203,69
Catamarca	102.602	380612	32	10	76,45	76,45	98,2	97,0	15,33	413,63
Chubut	224.686	455.607	28,78	6.0	75	68	96.8	97.1	13,74	612,12
Ciudad de Buenos Aires	202.04	3.018.102	18,08	16,86	79,4	75,9	99,6	99,5	26,58	536,79
Corrientes	88.898	1002416	31	7,25	70,01	70,01	96	96	10,14	194,11
Jujuy	53.219	657.766	34.0	5,9	72				15,75	301,21
Mendoza	147.817	1.579.651	27,05	13,5	75	69,1	98,6	98,6	14,54	225,58
Río Negro	203.013	594.189	31	10	71,5	76,2	96,3	96,2	18,95	472,34
Salta	154.775	1.164.000	17,95	4.96					19,40	305,21
San Juan	89.651	656.727	30	11	72	71	97,0		15,63	283,95
Tierra del Fuego	1.002,445	126612	29,78	4	77	73	96	96	14,47	1063,1
Tucumán	22.524	1.421.824	30	10	72		99,7		17,93	250,93
PAIS	2.780.403	38.592,150	26,44%	10,04 (2)	70,0	77,5	97,8	96,0	15,06	416,23

Fuente: Datos provinciales y del país 2007 (Ministerio de Salud de la Nación y OPS/OMS). Se incluyen Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires.

Mapa de la Republica Argentina y sus 24 provincias.

Año 2008.

Breve descripción de las 10 provincias evaluadas con el IESM-OMS

Jujuy se encuentra en el ángulo noroccidental, con un área geográfica aproximada de 53.219 km^2 y una población de 657.766 de habitantes. El idioma principal es el español y de manera minoritaria, el quechua y el guaraní. Los principales grupos étnicos originales de la provincia comprenden los siguientes:

Coya, Raza Blanca, Pueblo Atacama, Pueblo Guaraní, Pue**blo** Omahuaca, Pueblo Tillan y Pueblo Ocloya y descendientes europeos. La religión principal es la católica. El 34% de la población tenía menos de 15 años y el 5,9%, más de 60 años. El 15% de la población era rural. La tasa de alfabetización era del 99,1La expectativa de vida al nacer era de 72 años. %. La tasa de mortalidad Infantil era del: 17,0 por mil niños nacidos vivos. La inversión en salud mental era del 2% del presupuesto total de salud.

La provincia pertenece al grupo de ingresos medio-bajo, según los criterios del Banco Mundial (año 2004).

Salta está ubicada en el ángulo noroccidental de la República Argentina, cuenta con un área geográfica de 154.775 km^2 y una población de 1.164.000 habitantes. Salta es la octava provincia argentina con mayor población. El principal idioma hablado en la provincia es el español y los principales grupos étnicos son los criollos (hijos de europeos y nativos) y los pueblos originarios, wichi, calchaquí y guaraní. Es una provincia multi-religiosa, donde prevalecen los que profesan el catolicismo. De los habitantes, el 18% tenía menos de 15 años y el 5%, más de 60 años. La población urbana superaba el 75% del total. La expectativa de vida al nacer era de 71,95 anos. La tasa de alfabetización era del 98,4%. La tasa de mortalidad infantil era de 14,9 por mil nacidos vivos. La inversión en salud mental era del 2% del presupuesto total de salud.

La provincia pertenece al grupo de ingresos medio-bajo, según los criterios del Banco Mundial (año 2004).

Tucumán se halla en el noreste de la República Argentina y abarca una superficie total de 22.524 km^2. Es la provincia más pequeña (ocupa el 0,8 % de la superficie del país) y contaba con una población de 1.421.824 de habitantes. El principal idioma hablado en la provincia es el español. El principal grupo étnico es el criollo (hijos de europeos y nativos). También existía un escaso porcentaje descendiente de los pueblos originarios (calchaquíes). Es una provincia multi-religiosa, con predominancia de católicos. El 30% de la población está constituida por menores de 15 años, siendo el porcentaje de población de mayores de 60 años el 10%. Un 20% de la población es rural. La tasa de alfabetización es del 95% (año 1991). La expectativa de vida al nacer es de 72 años. La mortalidad infantil de los nacidos vivos era de 13,5 por mil.

La provincia pertenece al grupo de ingresos medio-bajo, según los criterios del Banco Mundial (año 2004).

Corrientes es una provincia del nordeste del país que limita con Brasil y Uruguay. Tiene un área geográfica aproximada de 88199 km^2 y una población de 1.002.445 habitantes. El 31% de la población era de menos de 15 años de edad y el 7,3% de mayores de 60 años. La expectativa de vida al nacer era de 70 años y la tasa de alfabetización llegaba al 96%. Además del español, una proporción menor de la población habla el guaraní. La tasa de mortalidad infantil de los nacidos vivos era de 17,5 por mil.

La provincia pertenece al grupo de ingresos medio-bajo, según los criterios del Banco Mundial (año 2004).

Catamarca es una provincia con un área geográfica aproximada de 102.602 Km. y una población de 380.600 habitantes (año 2007). El idioma hablado es el español. La mayoría profesa la religión católica y una minoría, la judía y musulmana.

El 32,2% de la población tiene menos de 15 años y el 7,14% más de 65 años. El 26% de la población era rural. La expectativa de vida al nacer era de 73,5 anos. La tasa de alfabetización era de 89% (hombres) y 61% (mujeres). La tasa de mortalidad infantil de los nacidos vivos era de15, 4 por mil nacidos vivos.

La provincia pertenece al grupo de ingreso medio-bajo, de acuerdo con los criterios del Banco Mundial (ano 2004).

Mendoza es una provincia con un área geográfica de 148.817 km^2 y una población estimada de1.675.309 habitantes (año 2005).

Su producción básica es de comercio, turismo, industria manufacturera del petróleo, y vitivinicul-

tura. La crisis institucional y política de 2001 y sus efectos económicos impactaron fuertemente en el sector salud.

En la actualidad, en el Gran Mendoza (ciudad capital y alrededores) el 33,8% de la población esta bajo la línea de pobreza (igual que el resto de los conglomerados del país) y el 12,0%, debajo de la línea de indigencia. El principal idioma hablado en la provincia es el español y los principales grupos étnicos son los criollos (hijos de europeos y nativos) y los descendientes de los pueblos originarios (huarpes, que alcanzan a menos del 10 % de la población provincial). Es una provincia multi-religiosa, con predominancia de católicos.

La proporción del presupuesto de salud de la provincia era de 1,6% del PBI, mientras que en el país era del 7,3% (año 2005). El valor país se refiere al gasto total (que incluye la seguridad social y el sector privado) mientras que 1,6% era sólo de la inversión en el sector público. La inversión pública en la salud provincial Per cápita era de $195 (INDEC, Ejecución Presupuestaria de la Provincia de Mendoza, Contaduría General de la Provincia de Mendoza), mientras que en el país, era de $ 745 (año 2002). (1)

El 27% de la población tenía menos de 15 años y el 13,6 %, más de 60 años. El 20,7% de la población es rural. La expectativa de vida al nacer era de 75 años (hombres) y 69.1 años (mujeres). La expectativa de vida saludable al nacer era de 60.1 anos para los hombres y 64.8 anos para las mujeres. La tasa de mortalidad infantil era de 11,9 por mil de nacidos vivos (Ministerio de Salud de la Nación, año 2006).

La tasa de alfabetización de la provincia era del 98,6% y pertenece al grupo de ingreso medio-bajo, según los criterios del Banco Mundial (año 2004).

San Juan es una provincia con un área geográfica de 89.651 kilómetros cuadrados y una población que llegaba a los 656.727 de habitantes (INDEC, 2005). El idioma principal es el español y el grupo étnico nativo que predomina es el de los huarpe. Los grupos religiosos incluyen católicos (mayoritario), judíos, musulmanes, evangelistas y mormones

El 30% de la población tenía menos de 15 años y el 11%, más de 60 años. El 14.3% de la población era rural. La tasa de alfabetización era del 97% en toda la población.

La expectativa de vida al nacer era de 71.56 años (hombres) y 72.44 años (mujeres). La expectativa de vida saludable al nacer era de 60.1 anos para los hombres y 64.8 anos para las mujeres. La tasa de mortalidad infantil era de 14 por mil nacidos vivos (Ministerio de Salud de la Nación, 2006). La proporción del presupuesto de salud del PIB era del 3.1%.

La provincia pertenece al grupo de ingreso medio-bajo, según los criterios del Banco Mundial (año 2004).

Chubut es una provincia de patagónica con un área geográfica aproximada de 224.686 km^2 y una población de 455.607 habitantes. Es decir, una bajísima densidad de población por Km^2.

Chubut, cuenta con localidades a distancias de hasta 1000 km. entre la costa atlántica y la cordillera de los Andes. El idioma principal hablado en la provincia es el español, y los principales grupos étnicos son criollos y una minoría mapuche. Los grupos religiosos incluyen católicos y, en menor número, musulmanes y judíos.

La principal actividad económica es la explotación de minas y canteras (incluye la industria petrolera) con el 45,6% del producto bruto.

El 28,8 % de la población tiene menos de 15 años y el 6,0%, más de 65 años. El 10,5% de la población es rural. La expectativa de vida al nacer es de 68.9 años (hombres) y 75,9 años (mujeres). La tasa de mortalidad infantil era del 11,5 por mil nacidos vivos. (Ministerio de Salud de la Nación, 2006).

La tasa de alfabetización era del 97,1% en los hombres y 96,8% en las mujeres.

La provincia pertenece al grupo de ingreso medio-bajo, según los criterios del Banco Mundial (año 2004).

Tierra del Fuego, Islas del Atlántico Sur y Antártida Argentina, es la provincia más austral del país y del mundo. Tierra del Fuego tiene una superficie de 21263 km^2. Las islas incluyen, entre otras, a las Islas Malvinas (ocupadas por el Reino Unido) y al Sector Antártico Argentino. Tiene en total una superficie de 1.002.445 km^2 y 126.600 habitantes. El 29,9% de la población tiene menos de 15 años y el 7,6% más de 65 años. La expectativa de vida al nacer es de 77 años (mujeres) y 73 años (hombres).

La población por debajo de la línea de pobreza es de 5,6 % (año 2006). Debajo de la línea de indigencia: 1,6%. La tasa de mortalidad infantil es de 10,9 por mil nacidos vivos (Ministerio de Salud de la Nación 2006).

Río Negro La provincia tiene una superficie de 203.013 km2, y una población estimada para el año 2007 de 594.189 habitantes (Dirección de Planificación, Ministerio de Salud, Provincia de Río Negro).

El 31% de la población tenía menos de 15 años y el 10%, más de 60 años. (Dirección de Planificación, Ministerio de Salud, Provincia Río Negro).

En el año 2001 el 84,4% de la población era urbana. La población rural representaba el 15, 6% de la población total. La esperanza de vida al nacer en 2000-2001 fue de 73,9 años (varones 71,5 años y mujeres 76,3 años).

La tasa de mortalidad infantil en el año 1990 fue de 21,2 por mil niños nacidos vivos, habiendo descendido a 14,7 en 1997 y a 9,3 por mil en el año 2006 (Dirección de Estadísticas, Ministerio de Salud, Provincia de Río Negro).

La tasa de alfabetización de la provincia era de 96,3% en los hombres y 96,2% en las mujeres (2001) y pertenece al grupo de ingreso medio-bajo, según los criterios del Banco Mundial (año 2004).

Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene una superficie de 202 Km^2 y una población de 3.018.102 habitantes. El 18,1% de la población tienen menos de 15 años mientras que los mayores de 60 alcanzan el 16,9%. La expectativa de vida al nacer es de 79,4 años (mujeres) y 75,9 años (hombres). La tasa de alfabetización es del 99,6% los varones y 99,5% las mujeres. Tiene el mayor porcentaje proporcional de inversión en salud en relación al resto de las provincias, 26,6%.

Provincia de Buenos Aires es la de mayor extensión en todo el territorio nacional con una superficie de 307.571 Km^2. Está integrada por 134 municipios. El 93 % de la población corresponde a aglomeraciones urbanas. Los 24 municipios que integran el conurbano bonaerense (son 128 el total de municipios de la provincia) representan el 25 % de la población del país y más de dos tercios de la población de la provincia.

La provincia contaba con una población de 14.654.379 habitantes (13.827.203 habitantes, según el censo del 2001 del INDEC). El 24,8% de la población eran menores de 5 años mientras que los mayores de 60 años llegaban al 10,6%. La expectativa de vida al nacer era de 78,0 años en las mujeres y 73,9 años en los hombres.

La provincia invierte 203,69 pesos per capita en salud, uno de los más bajos del país, con un 14,5% de su inversión total en salud de su presupuesto provincial.

El territorio de la provincia se divide en 12 regiones sanitarias. Algunas de las consecuencias que afectan directamente al sector son las que se refieren al porcentaje de población sin otra cobertura en salud que el hospital estatal; históricamente, se estimaba en un 40%. A partir de la pérdida de trabajo de un sector de la población y de la imposibilidad de pagar un seguro de salud, hoy se calcula que un 60% de la población bonaerense sólo cuenta con la cobertura de los hospitales públicos.

Sección 1: Política y Marco Legislativo

Política, planes y legislación

1. La política de salud mental de las 10 provincias argentinas fue revisada entre los años 2002 y 2007. Nueve de las 10 provincias encuestadas tienen políticas explícitas de salud mental. La restante, Corrientes, comenzó en el año 2007 a avanzar en este sentido.

La política, según OMS, incluye los siguientes componentes : (1) Organización de servicios: desarrollo de servicios de salud mental comunitaria; (2) Organización de servicios: desarrollo de un componente de salud mental en la atención primaria de salud; (3) Abogacía y promoción; (4) Recursos humanos; (5) Participación de los usuarios y familias; (6) Protección de los derechos humanos de los usuarios; (7) Igualdad de acceso a los servicios de salud mental entre los diferentes grupos y (8) Financiación. En la mayoría de las 10 provincias casi no se incluyen: (9) Mejora de calidad de la atención y (10) Sistema de evaluación.

Al momento del estudio, en el país no hay política unificada de salud mental, salvo algunos lineamientos que fueron discutidos en reuniones nacionales de directores provinciales de salud mental convocados por la ex Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación.

2. Seis de las diez provincias tenían una lista de medicamentos esenciales, con un 100% de accesibilidad. Las otras cuatro variaban entre 0% a 50% de accesibilidad Estos medicamentos incluyen antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y antiepilépticos. A la sazón, no había una lista de medicamentos esenciales unificados para todo el país.

Con referencia a la disponibilidad de psicofármacos en la atención primaria se informó que cinco provincias (Chubut, Mendoza, San Juan, Tierra del Fuego y Corrientes) tenían más del 80% de accesibilidad, mientras que otras tres (Jujuy, Salta y Tucumán) disponían menos del 20%.

3. La última revisión de los planes de salud mental en las 10 provincias se realizó entre 2002 y 2007. Estos planes contenían los siguientes componentes: optimización de la atención en los hospitales psiquiátricos y modificación para brindar mayor atención integral; desarrollo de un componente de salud mental en la atención primaria de salud; política de recursos humanos, y protección de los derechos humanos de los usuarios. Asimismo, incluyen propuestas de igualdad de acceso a los servicios de salud mental para los diferentes grupos, financiación, mejora de la calidad y un sistema de evaluación.

Respecto a un plan nacional de salud mental, la ex Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, elaboró con las provincias las líneas programáticas del Acuerdo Nacional consensuado en el Encuentro de La Falda (Córdoba, 26/11/04). Este Acuerdo fue presentado y reconocido por el Consejo Federal de Salud (COFESA), que reúne a los ministerios de salud provinciales. Sin embargo, el plan no se implementó.

4. En la mayoría de las provincias argentinas no existía un plan de contingencia para desastres/emergencias.

5. Durante la ejecución del IESM-OMS no había una ley nacional específica sobre salud mental. Pero cabe notar que a fines del año 2010 se aprobó y promulgo la ley nacional 26.657 de salud mental y adicciones.

Siete de las diez provincias evaluadas (incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) tenían legislación provincial sobre salud mental, muchas centradas solo en cuanto a las habilitaciones institucionales y cuidados de funcionamiento. Otra provincia, la de Río Negro, en base a las transformaciones realizadas, sanciona en 1991 la ley que legisla el cierre del hospital psiquiátrico y la prohibición de la habilitación de nuevos, tanto públicos como privados; la promoción y desarrollo de una red de servicios dentro del sistema de salud, integrando desde la intersectorialidad un sistema de salud mental comunitario para asegurar la plena inclusión de la "persona con sufrimiento mental" en su comunidad. (Ley 2440 de "promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental", año 1992, conocida como "ley de desmanicomialización"). En otra provincia, San Luís, se había desarrollado un plan de transformación institucional y aprobado una ley en salud mental, año 2006.

A la sazón tenían anteproyectos de ley de salud mental las provincias de Mendoza y Salta (investigadas con el IESM). La Rioja tenía vetada su anteproyecto de ley. Las provincias de Tierra del Fuego y Corrientes, no tenían ninguna ley específica de salud mental.

La mayoría de las provincias tenían elementos dispersos de legislación, por ejemplo, en las leyes que defienden los derechos de minoridad y la familia; en las leyes referidas al tabaco; violencia familiar y discapacidad.

Si bien el país no contaba con una ley nacional de salud mental (ver antes), existían leyes nacionales parciales que se referían a temas relacionados con la salud mental de la población (Derechos del niño; la familia y el adolescente; mujeres golpeadas).

Financiamiento de los servicios de salud mental

Promediando las inversiones que las 10 provincias argentinas hicieran en salud mental en el año 2007, algo más del 2% corresponden a salud mental, proveniente de los presupuestos que autónomamente establecen los estados provinciales (Ver Grafico 1.1). La ex Unidad de Coordinación de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación no tenía fondos específicas más allá de las correspondientes a su funcionamiento administrativo. Tampoco administraba programas específicos. En promedio, de las inversiones en salud mental en las provincias, el 65% de ellas estaban dirigidas a los hospitales psiquiátricos (entre 9% en Río Negro y 88% en San Juan).

El 71% de los servicios de salud mental tenían disponibilidad de psicofármacos.

El 100% de los servicios de las provincias de Chubut, Río Negro, San Juan, Tierra del Fuego, Corrientes y Mendoza disponían de psicofármacos; Catamarca, 50%; Jujuy, 17%; Salta, 6%. En cambio, Tucumán no disponía de psicofármacos en sus servicios. Las cuatro provincias del noroeste, con mayores necesidades básicas insatisfechas (NBI) y menor desarrollo económico social tenían menor disponibilidad de psicofármacos en sus servicios públicos.

Para las personas que tenían que pagar por sus medicamentos, el costo de los antipsicóticos era de 2.67 pesos por día y el de los antidepresivos era de 1.28 pesos por día (salario mínimo en 2007: 980 pesos mensuales).

Cuadro 2

Financiamiento de los servicios de salud mental en las 10 provincias estudiadas: porcentaje de la inversión provincial en salud mental del total de la inversión en salud y porcentaje del gasto del presupuesto de salud mental en los hospitales psiquiátricos. En %.

Provincia	Inversión en salud mental de la inversión total en salud. %	Porcentaje del gasto en los hospitales psiquiátricos del presupuesto de salud mental. %
Catamarca	0,48	80
Chubut	2	36 (1)
Corrientes	SD (3)	SD (3)
Jujuy	2	70
Mendoza	4	68
Río Negro	3	9 (1)
Salta	2	84.2
San Juan	5	88
San Juan	5	88
Tierra del Fuego	5	22 (1)
Tucumán	4	75

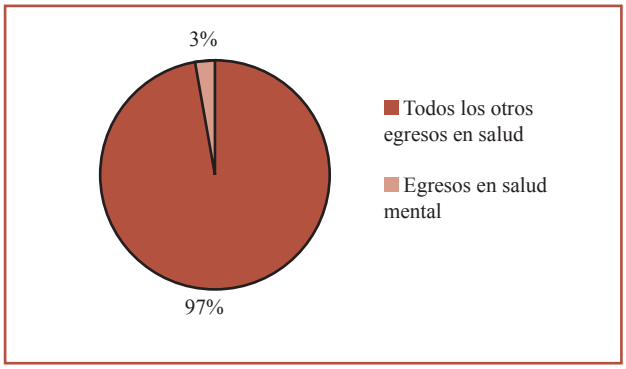
(1) Pago al sector de clínicas privadas: en Río Negro, 9% del gasto en salud mental; Tierra del Fuego, 22%; y Chubut, 36%.

(2) Evolución de la inversión provincial en salud pública. Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias. Ministerio de Economía, 2007. Cedido por el Lic. Daniel Maceira, CEDES. Entre 1993 y 2005 se incrementó en todas las provincias, salvo en Corrientes,(Ver cuadro en Anexos)

(3) sin datos

Gráfico 1.1

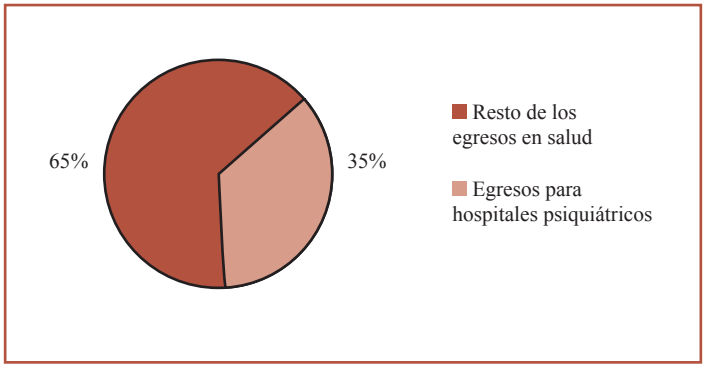
Inversión en salud mental de la inversión total en la atención de salud provincial (9 provincias, Corrientes no registra datos). En %.



De la información recogida se observa que las provincias encuestadas tienen asignaciones presupuestarias diferentes, pero todas se alejan de las recomendaciones de la OMS. Las 10 provincias asignan a salud mental un promedio del 3% del total de presupuesto en salud. Las provincias de Chubut, Jujuy y Salta asignan el 2% del presupuesto general de salud a salud mental, mientras que las provincias de Mendoza, San Juan y Tucumán duplican este porcentaje (4%). Catamarca tienen la menor inversión en salud mental relativa, 0,48%; Río Negro, el 3%; y San Juan y Tierra del Fuego, el 5%.

La provincia de Buenos Aires asignaba el 2% del presupuesto en salud a salud mental. Para el 2007 ese presupuesto había aumentado a 4,2 % (4).

Grafico 1.2
Inversión del presupuesto asignado a salud mental en los hospitales psiquiátricos en las 10 provincias argentinas. En %.



Del presupuesto en salud mental, la mayoría de las provincias asignaban un 65% a los hospitales psiquiátricos, con la excepción de Río Negro, 9% (correspondiente a dos clínicas privadas, habilitadas previa sanción de la ley 2440); Tierra del Fuego, 22% y Chubut, 36%. Es decir que en la mayoría de las provincias los hospitales psiquiátricos (o monovalentes) continuaban absorbiendo la mayor parte del presupuesto en salud mental, en detrimento de los servicios psiquiátricos en los hospitales generales y los ambulatorios y en la atención primaria (Grafico 1.2).

Políticas sobre derechos humanos

Sólo Catamarca, Chubut, Jujuy, Río Negro y Tucumán disponían de instituciones estatales dedicadas a la vigilancia y protección de los derechos humanos, pero carecían de autoridad administrativa para la aplicación de sanciones. En Tucumán y Catamarca se habían efectuado inspecciones de derechos humanos en los hospitales psiquiátricos. En las provincias de Catamarca, Río Negro, Jujuy, Salta y Tucumán el personal de salud mental había recibido capacitación sobre protección de los derechos humanos.

Una reciente publicación,"Vidas arrasadas", del Centro de Estudios Legales y Sociales de Argentina (CELS) y Mental Disability Rights Internacional (MDRI) (año 2006), informó, por un lado, de las difíciles condiciones de vida y de la atención de miles de internados en instituciones psiquiátricas del país y, por el otro, de algunas experiencias orientadas por principios de reforma y desintitucionalización (Río Negro y San Luis).

A nivel del país, existía (y existe) la Defensoría del Pueblo de la Nación y una Secretaría de Derechos Humanos que han contribuido al tema de los derechos de las personas con trastornos mentales, como co-organizadores de la Mesa Federal de Salud Mental y Derechos Humanos, junto con el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). También cabe destacar que existía (y existe) un organismo nacional para la vigilancia de los derechos humanos que tiene la autoridad de supervisar e inspeccionar la salvaguarda de los derechos humanos en los establecimientos de salud mental, pero no contaba con atribuciones para imponer sanciones a aquellos establecimientos que cometieran violaciones en esta materia.

La legislación reciente en salud mental en el nivel nacional, ley 26.657, contempla la realización de revisiones obligatorias en todos los establecimientos de salud mental.

Sección 2: Servicios de Salud Mental

Organización de los servicios de salud mental

Existe una autoridad nacional de salud mental que asesora al gobierno sobre políticas y legislación de salud mental. A la sazón, la autoridad nacional de salud mental no estaba involucrada en la planificación de los servicios ni en el monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental.

Establecimientos de salud mental ambulatorios

Cuadro 2

Establecimientos de salud mental

Provincia	Servicios ambulatorios	Centros de día	Unidades de hospitales psiquiátricos de base comunitaria	Hospital psiquiátrico (1)	Establecimientos residenciales	Unidad forense	Servicio exclusivo para niños y adolecentes	Total
Catamarca	22	0	0	2 (1)	0	0	0	24
Chubut	15	3	5	6	2	0	0	31
Corrientes	23	3	16	3	21	1	2	69
Jujuy	46	2	2	1	2	0	0	53
Mendoza	128	3	2	2	46	1	3	185
Río Negro	37 (3)	37	29 (3)	2 (2)	7	0	8	120
Salta	79	2	1	1	6	0	2	91
San Juan	36	2	1	5	8	1	0	53
Tierra del Fuego	13	3	2	2 (2)	0	0	6	26
Tucumán	131 (1)	10	0	5	0	0	9	155
Total Provincias	557	65	58	29	93	3	28	807

(1) Pertenecientes al sector público y privado.
(2) Privados.
(3) Están incluidos los servicios de salud mental de los hospitales generales (27), que utilizan camas que no son específicas del servicio de salud mental. Internan en salas comunes con clínica médica.

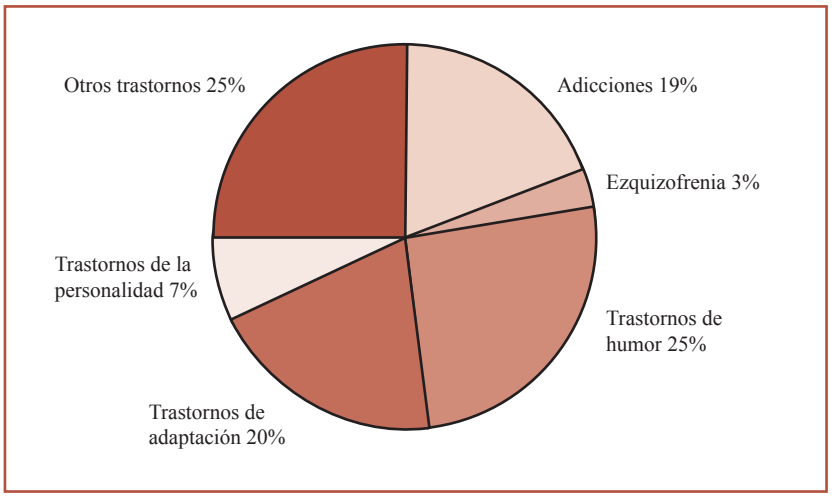
1. Existían 557 establecimientos de salud mental ambulatorios disponibles en las 10 provincias, de los cuales 28 estaban destinadas para niños y adolescentes. Existen 29 hospitales psiquiátricos, de ellos, solo 11 públicos;
2. Esos establecimientos brindan atención a 2953 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general;
3. De todos los usuarios atendidos en los establecimientos de salud mental ambulatorios, 53% eran mujeres y 12%, niños o adolescentes;

4. Los diagnósticos de los usuarios atendidos en los establecimientos ambulatorios eran:

Cuadro 3
Distribución de los diagnósticos psiquiátricos. En %.

Diagnósticos	CIE-10	%
Adicciones	F10-F19	19
Esquizofrenia	F20-F29	3
Trastornos del humor	F30-F39	25
Trastornos de adaptación	F40-F49	20
Trastornos de personalidad	F60	7
Otros trastornos		25

Gráfico 2.1
Establecimientos ambulatorios



5. El número promedio de contactos por usuario era de 2,8 por año;
6. El 27% de los establecimientos ambulatorios de las 10 provincias proporcionaban atención de seguimiento en la comunidad, en tanto que el 9% tenían equipos móviles de personal de salud mental;
7. En términos de tratamientos disponibles, se estimo que el 51-80% de los establecimientos ambulatorios ofrecían tratamientos psicosociales;
8. El 30% de los establecimientos de salud mental ambulatorios de las provincias contaban con por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) disponible en el establecimiento o una farmacia cercana durante todo el año.

Establecimientos de tratamiento diurno

1. Existían 65 establecimientos de tratamiento diurno en las 10 provincias, de los cuales cuatro estaban destinados para niños y adolescentes.
2. Esos establecimientos atendían 1705 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general.
3. La mayoría de los usuarios atendidos en esos establecimientos eran mujeres.
4. El promedio de estadía en los establecimientos de tratamiento diurno en las 10 provincias era de 176 días.

Unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria

1. Las 10 provincias informaron que contaban un total de 58 unidades psiquiátricas de base comunitaria con 356 camas.

Las camas que las 10 provincias tenían disponibles en promedio llegaban a 4 por cada 100,000 habitantes.

2. Por lo general, no había en las provincias camas en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria reservadas para niños y adolescentes;
3. El 45 % de las admisiones en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria de las 10 provincias las mujeres y el porcentaje de niños/adolescentes era del 8% en las tres provincias que contaban con esa información;
4. Los diagnósticos de las admisiones en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria correspondían principalmente a los siguientes grupos de diagnóstico:
   - Trastornos del humor (F30) 25%;
   - Adicciones (F10) 2%; y
   - Esquizofrenia (F20) 47%.
5. En promedio, la estadía de internación era de12,8 días por cada persona que recibiera el alta.

El 5% de las admisiones en las unidades psiquiátricas de base comunitaria eran involuntarias;

6. Entre un 51% y 80% de las personas internadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria recibieron una o más intervenciones psicosociales durante el año precedente.

Ocho de las 10 provincias tenían disponible en todas las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos).

Establecimientos residenciales comunitarios

1. Las 10 provincias contaban con 93 establecimientos residenciales comunitarios, o sea 1 cama por cada 100,000 habitantes.
2. Por lo general, aunque se carecía de información, era posible asumir que había un número muy limitado de camas en establecimientos residenciales comunitarios que estaban reservadas para niños y adolescentes.
3. De las provincias estudiadas, 35% de los usuarios atendidos en establecimientos residenciales comunitarios eran mujeres (datos de solo 2 provincias). Sobre niños no existe información.

Hospitales psiquiátricos

1. Existían 29 hospitales psiquiátricos en las 10 provincias. Tres de estas tenían exclusivamente hospitales psiquiátricos privados. El total de camas públicas y privadas de las 10 provincias (2117) representaban 26 camas por 100.000 habitantes. En los 5 años que precedieran el estudio, las camas se redujeron en un 2%. Río Negro cerró su hospital psiquiátrico habilitando unidades en los hospitales generales, permaneciendo en funcionamiento dos instituciones privadas que totalizaban 40 camas.
2. El total de los hospitales psiquiátricos públicos en todo el país era de 45, las 10 provincias tenían 11 de los mismos.

La provincia de Buenos Aires tenia 13 hospitales psiquiátricos públicos y 46 clínicas privadas con 3861 camas, es decir, 26 camas por 100.000 (6). El sistema de salud público contaba con una oferta

de 1911 establecimientos asistenciales (provinciales y municipales) del sector salud, de los cuales 329 contaban con servicios de internación. De estos últimos, 29 tenían camas asignadas para la internación de personas con trastornos psiquiátricos. Se contaba con 4.652 camas, de las cuales el 90% correspondía a internaciones de personas con estadía prolongada. El 83 % se concentraba en grandes hospitales psiquiátricos (3° nivel de atención) de la provincia. Aproximadamente, un 5% correspondían a servicios de internación en hospitales generales (2° nivel de atención). El 13 % restante se repartía entre instituciones que albergaban pacientes con discapacidad intelectual de grado moderado, severo y profundo, hogares de ancianos y geronto-psiquiátricos (5).

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires contaba con 4 grandes hospitales psiquiátricos públicos y uno infarto-juvenil con un total de 2072 camas, es decir, 68 camas por 100.000 habitantes. En el año 2001 el número de camas públicas llegaba a 2565 camas, habiéndose producido una reducción de un 19% comparado con un periodo anterior (de extensión no informada). Habían, además, tres unidades psiquiátricas de base comunitaria (con 135 camas), 13 servicios de salud mental ambulatorios en los hospitales generales (dos específicos de niños y adolescentes) y dos centros exclusivos de atención ambulatoria.

Más de 2400 personas se encontraban internadas en los servicios de salud mental de hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires (agosto de 2005). De ese numero, un 9% lo estaba desde 25 o más años y un 27%, desde 10 años o más. El promedio general era de 9 años. Los hospitales psiquiátricos Borda y Moyano superan dicho promedio de internación. Se estima que entre el 40% y hasta un 70% de las personas internadas se encontraban en condiciones de ser externadas, pero esto no se realizaba debido a condiciones sociales (falta de familia o falta de vivienda y trabajo).

La provincia de Córdoba contaba con 6 grandes hospitales y 1750 camas, o sea, 53 por 100.000 habitantes.

La provincia de Entre Ríos contaba con 8 hospitales y 548 camas.

Sumadas todas las camas del sector público del país, incluyendo las 10 provincias, la dotación a la sazón era de 9150 camas. Según estudios de la ex Unidad de Coordinación Ejecutiva de Salud Mental del Ministerio de Salud, las 14802 camas públicas existentes en el año 2001 se redujeron a 9150 cuando se aplicara el IESM-OMS, es decir, una disminución del 38,2% en seis años. Según el Informe sobre los Establecimientos de Salud Mental, había 9532 camas psiquiátricas en el sector privado, pero no se conocían los datos respecto de la estabilidad o modificación del número de camas de ese sector.

El Cuadro 3 resume los datos de los hospitales psiquiátricos de las 10 provincias, agregándose los correspondientes a los de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires con fines comparativos.

Cuadro 4

Hospitales psiquiátricos. Número de camas, promedio de estadía,
Índice ocupacional y reducción de camas en los últimos 5 años en las 10 provincias.
En la provincia de Buenos Aires y en el país.

Provincia	Hospitales psiquiátricos (N°)	Camas en hospitales psiquiátricos		Promedio de estadía (días)	Índice de ocupación (%)	Reducción de camas en 5 años (%)
		N°	Razón			
Buenos Aires	13 (1) 46 (3)	3861 (5)	26	SD*	SD*	
Catamarca	2	76	19,96	64,92	SD*	0
Chubut	6 (2)	243	54	200 (3)	95	SD*
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4 (1)	2072	68	SD*		-19
Corrientes	3 (1)	320	31	SD*	SD*	+25
Jujuy	1 (1)	132	20	21	63	+10
Mendoza	2 (1)	235	14	35	96	28
Río Negro	2 (3)	96	16	275	SD*	- 10
Salta	1 (1)	205	17,35	213	112	5
San Juan	5 (4)	215	40	123	90	22
Tierra del Fuego	2 (3)	4	3	50	95	0
Tucumán	5 (2)	591	41,05	141	156	14
PAIS	45 (6)	9150(7)				-38 (7)

(1) Público
(2) Públicos y Privados.
(3) Privado
(4) Privados 4 – Público 1
(5) Hay además 232 camas en hospitales generales y 558 para personas discapacitadas y adultos mayores.
(6) Estatales
(7) Ministerio de Salud de Nación, Unidad de Salud Mental.
*: sin dato.

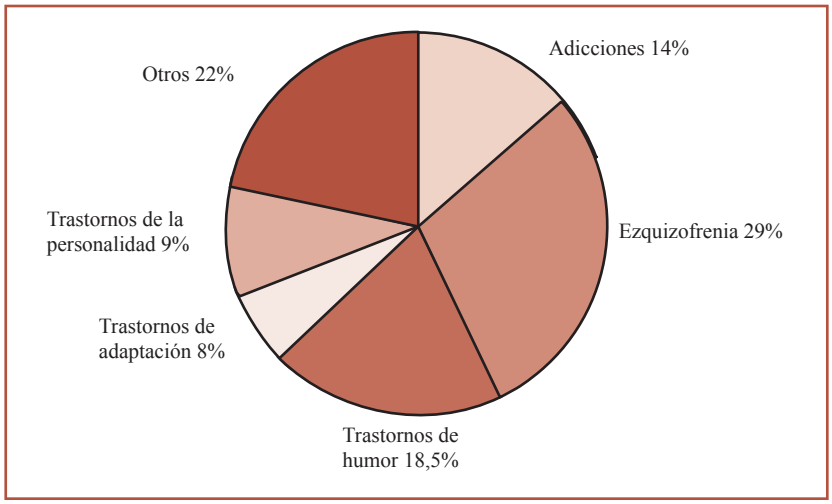
1. Las camas totales en las 10 provincias sumaban 2117, o sea, 17 camas por 100.000 habitantes.
2. Solo el 28% de los hospitales psiquiátricos estaban organizacionalmente integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios.
3. En los hospitales psiquiátricos, el 16% de las camas estaban destinadas para niños y adolescentes.
4. En las 10 provincias disminuyó en un 2% el número de camas en los cinco años que prendieran al estudio (2002-2007). La disminución general de camas no fue balanceada, en general, por medio de la ampliación y desarrollo de dispositivos ambulatorios alternativos, casas de medio camino, fortalecimiento de la presencia de prestadores de salud mental en los centros de salud ambulatorios, etc. (excepción ya mencionada de la provincia de Río Negro)
5. Los diagnósticos de las personas admitidas en los hospitales psiquiátricos se distribuían así:

Cuadro 5

Diagnósticos de las personas admitidas en los hospitales psiquiátricos

Diagnóstico	CIE-10	%
Adicciones	F10-19	14
Esquizofrenia	F20	29
Trastornos del humor	F30-F38	18,5
Trastornos de adaptación	F40-F49	8
Trastorno de la personalidad	F60	9
Otros		22

Gráfico 2.2
Pacientes admitidos en hospitales psiquiátricos



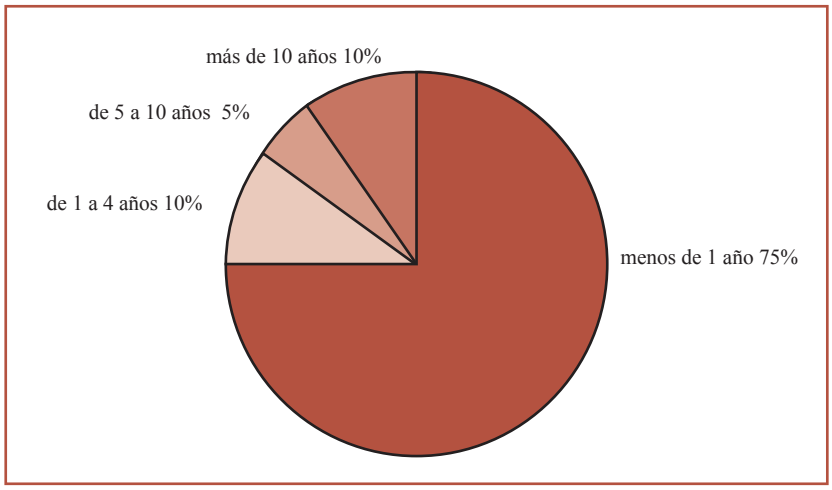
1. El 55% de las personas atendidas en los hospitales psiquiátricos eran mujeres.
2. Según las provincias que informaron, la razón era de 9 pacientes por 100.000 habitantes.
3. El número promedio de estadía en los hospitales psiquiátricos de las 10 provincias era de 94,5 días con una tasa de ocupación del 97%.

   En cuanto al tiempo de internación ver cuadro 5 y gráfico correspondiente

Cuadro 6
Tiempo de internación de las personas en los hospitales psiquiátricos. En %.

Años de internación	Menos de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 10 años	Mas de 10 años
% pacientes	75	10	5	10

Gráfico 2.3
Años de internación por % de pacientes



4. En las provincias, entre 50%-80% de los pacientes en hospitales psiquiátricos recibieron intervenciones psicosociales.
5. El 100% de los hospitales psiquiátricos de todas las provincias tenían por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) disponible.

Establecimientos forenses y otros establecimientos residenciales

Las provincias de Mendoza, San Juan y Corrientes disponían de unidades forenses de hospitalización psiquiátrica dentro del hospital psiquiátrico local (gráfico 2.4). Las diez provincias contaban con aproximadamente 150 camas en unidades forenses de hospitalización psiquiátrica para personas con trastornos mentales. Esas provincias no tenían servicios de salud mental dentro del sistema penitenciario. Se trataba de camas en pabellones aislados dentro del hospital psiquiátrico con pacientes sentenciados, con la excepción de Río Negro, que contaba con casas en los barrios habilitadas a tal efecto (Art. 12 de la ley 2440). Cuando las cárceles requieren espacio se traslada a las personas indicadas a los servicios de salud mental de los hospitales. Por lo general, no hay registros de los tiempos de hospitalización de las personas internadas en unidades forenses de hospitalización psiquiátrica. No se logro obtener la información de los servicios penitenciarios

Las provincias contaban con 450 camas en 97 establecimientos residenciales, tales como hogares para personas con discapacidad mental, establecimientos de desintoxicación para pacientes internados, hogares para indigentes y otros. Es significativo el problema de la judicialización de los pacientes ya que muchas de las camas son utilizadas para tal fin.

Derechos humanos e igualdad

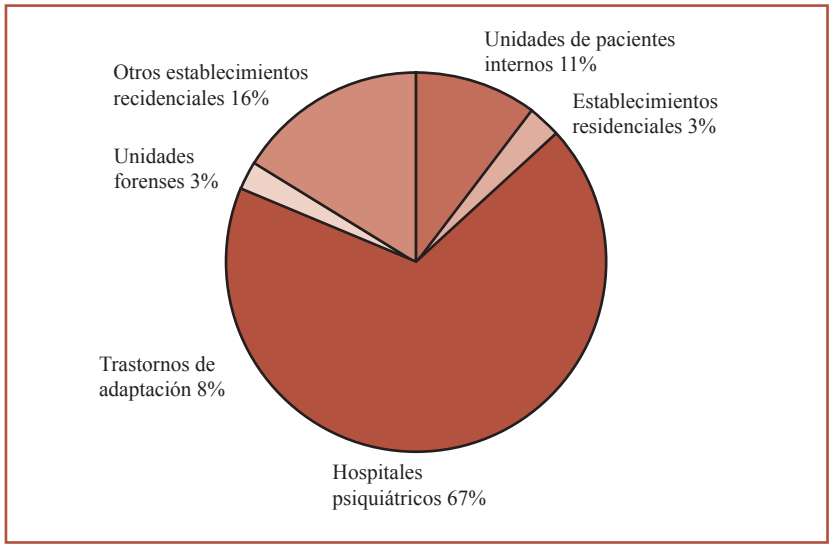
Las admisiones involuntarias en hospitales psiquiátricos llegaban a un promedio del 20%, pero el porcentaje difería entre las provincias. En cuanto a las restricciones o contención física y aislamiento en hospitales psiquiátricos, la mayoría de las provincias informaron que entre el 2%-5% de los pacientes estuvieron restringidos/contenidos o aislados.

Aproximadamente entre el 0% y el 2% de los personas internadas fueron restringidas o aisladas por lo menos una vez en el año precedente en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, en comparación con 2% a 5% de las personas internadas en hospitales psiquiátricos.

Más del 90 % de las camas de psiquiatría de las provincias encuestadas estaban ubicadas en o cerca de la ciudad más grande. Esta distribución desigual de camas impide o dificulta el acceso a los usuarios rurales y de ciudades pequeñas.

La desigualdad de acceso a los servicios de salud mental para otros usuarios de distintas minorías (por ejemplo, minorías lingüísticas, étnicas o religiosas) era un problema de gravedad moderada en las provincias argentinas estudiadas. La dificultad se asocia a un problema económico-social que aqueja a la mayoría de los pueblos originarios dentro o fuera de las grandes ciudades. A esta dificultad se le suman los problemas de accesibilidad y la concentración de la mayoría de los servicios - dado que se encuentran en las grandes ciudades.

Gráfico 2.4
Camas en Establecimientos de Salud mental y Otros Establecimientos

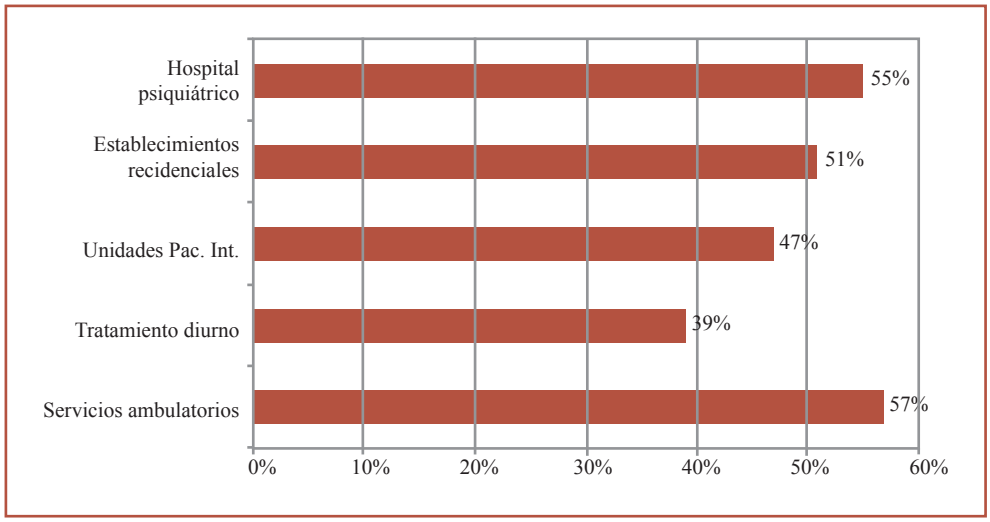


Cuadros de resumen

Nueve provincias proveían internación en los hospitales psiquiátricos y raramente en servicios de salud mental de los hospitales generales. En la provincia de Río Negro la mayoría de las camas de internación funcionaban en hospitales generales. Le seguían en número de camas, las unidades residenciales dentro y fuera del sistema de salud mental y luego, las unidades de internación psiquiátrica de base comunitaria.

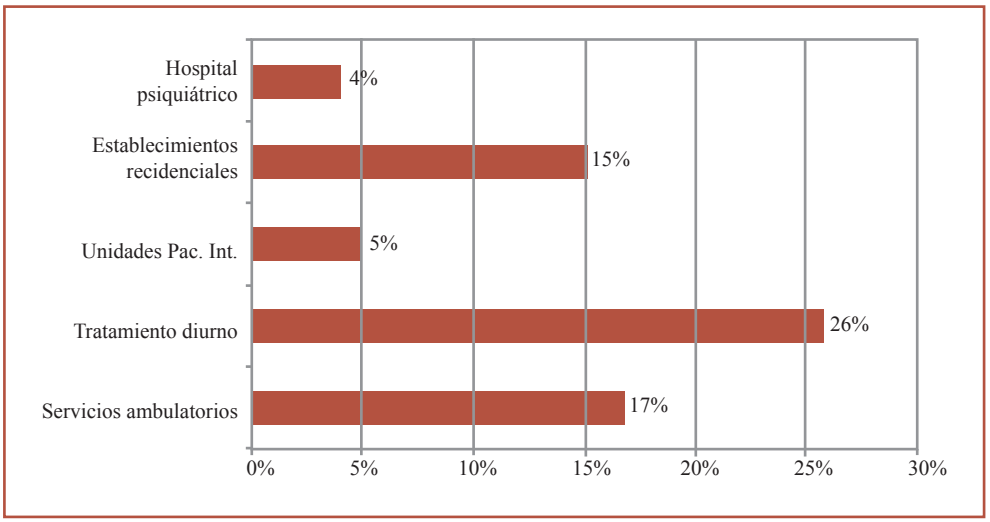
La mayoría de los usuarios eran atendidos en establecimientos ambulatorios y en hospitales psiquiátricos, en tanto que era menor la tasa de usuarios atendidos en unidades de psiquiatría en los hospitales generales, establecimientos de tratamiento diurno y establecimientos residenciales.

Gráfico 2.5
Porcentajes de usuarias mujeres atendidas en establecimientos de salud mental



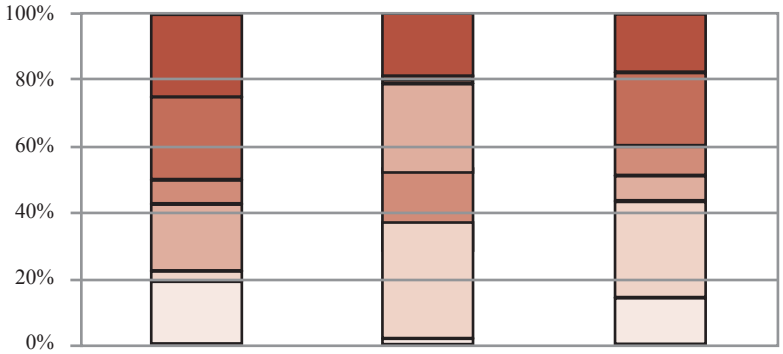
Las usuarias mujeres representaban casi el 50% de la población en todos los establecimientos de salud mental de las provincias. La proporción era menor en los establecimientos de tratamiento diurno.

Gráfico 2.6
Porcentajes de niños y adolescentes atendidos en establecimientos de salud mental



El porcentaje de usuarios que son niños y/o adolescentes variaba de un tipo de establecimiento a otro. La proporción de usuarios niños era más alta en los establecimientos de tratamiento diurno, seguido por los de salud mental ambulatorios y más bajos en los hospitales psiquiátricos.

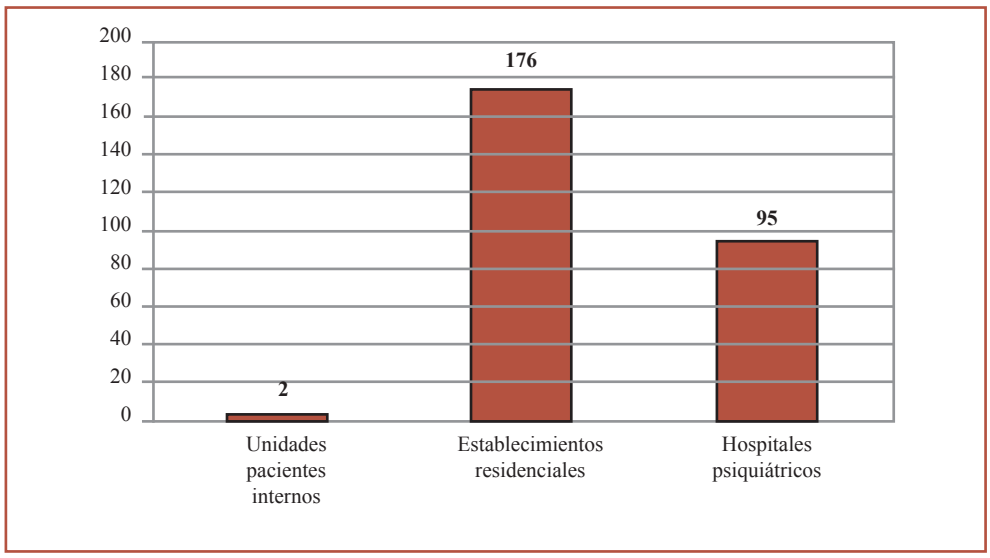
Gráfico 2.7
Pacientes atendidos en establecimientos de salud mental según el diagnóstico



	Establecimientos ambulatorios	Unidades pacientes internos	Hospitales psiquiátricos
Trastornos del humor	25%	18%	18%
Otros	25%	1%	22%
Trastornos de personalidad	7%	1%	9%
Trastornos neuróticos	20%	26%	8%
Esquizogrenia	3%	47%	29%
Abuso de sustancias	19%	2%	14%

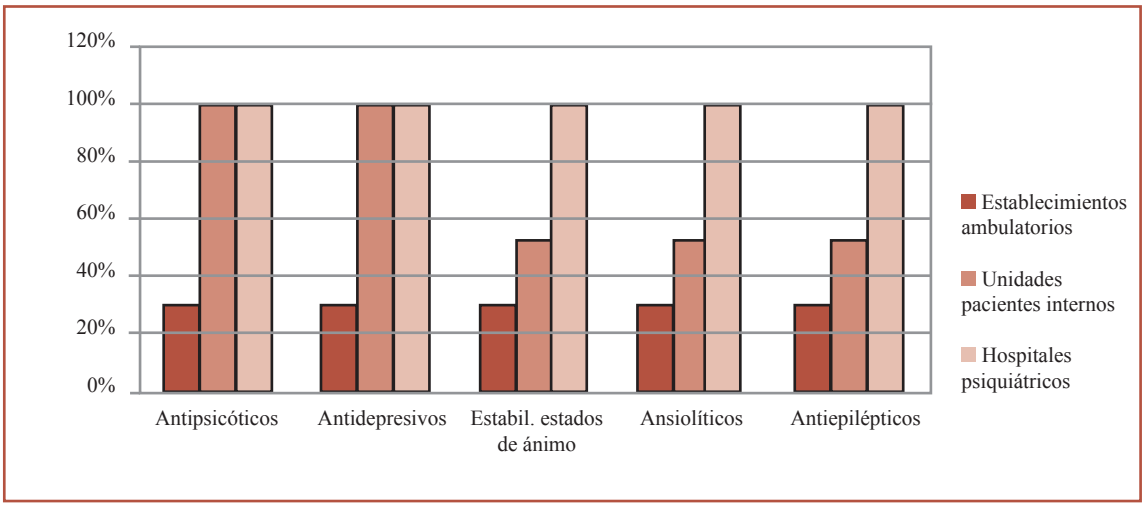
La distribución de los diagnósticos variaba de acuerdo con el tipo de establecimiento: en los ambulatorios prevalecían los trastornos del humor y neuróticos y en proporción apenas menor, las adicciones y el abuso de sustancias. La esquizofrenia constituía un diagnostico más prevalente en los hospitales psiquiátricos. Los trastornos definidos como "otros" eran más frecuentes en los establecimientos ambulatorios.

Gráfica 2.8
Tiempo de estadía en establecimientos de hospitalización (dìas por año)



El período de estadía de los usuarios era más prolongado en los establecimientos residenciales comunitarios, seguido de los hospitales psiquiátricos y luego las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria.

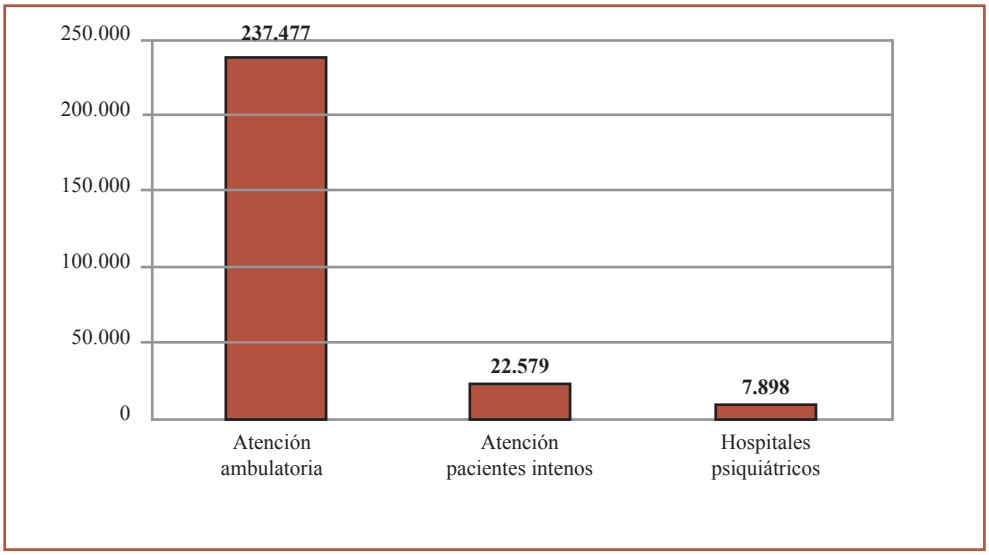
Gráfico 2.9
Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en establecimientos de salud mental



Por lo general, los medicamentos psicotrópicos se encontraban disponibles en los hospitales psiquiátricos, seguido de las unidades de hospitalización psiquiátrica y luego los establecimientos ambulatorios. Habían variaciones entre las provincias, mientras algunas proveían el 100% otras carecían de ningún medicamento en los servicios ambulatorios.

La relación entre los contactos de atención ambulatoria/diurna y días de estadía en todos los establecimientos para pacientes internados (hospitales psiquiátricos, establecimientos residenciales y unidades de hospitales generales) es un indicador de la medida de la atención comunitaria.

Gráfico 2.10
Atención de pacientes internos versus atención ambulatoria



Sección 3: Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud

Capacitación en atención de salud mental para el personal de atención primaria

1. En promedio, el 4% de la formación para médicos estaba dedicado a salud mental. Los enfermeros tenían 3,5% de su carrera dedicados a la salud mental y el personal de atención de la salud primaria que no es médico ni enfermero, el 1%.
2. En cuanto a los psicólogos (profesión que tiene mas de 56.000 graduados en el país; proporción promedio es 1 medico psiquiatra/10 psicólogos), su formación es predominantemente clínica.
3. En términos de programas de actualización, 22% de los médicos de atención primaria en salud y el 32% de enfermeros habían recibido por lo menos dos días de actualización en temas de salud mental. Esta estimación es un promedio, ya que la variación entre las provincias oscilaba desde el 100% de capacitación a otras que no habían ofrecido ninguna actualización. En cuanto al personal de atención primaria de la salud que no es médico ni enfermero habían recibido dicha actualización en un promedio de 45%, con variaciones provinciales (Ver el cuadro N° 4).

Cuadro 7

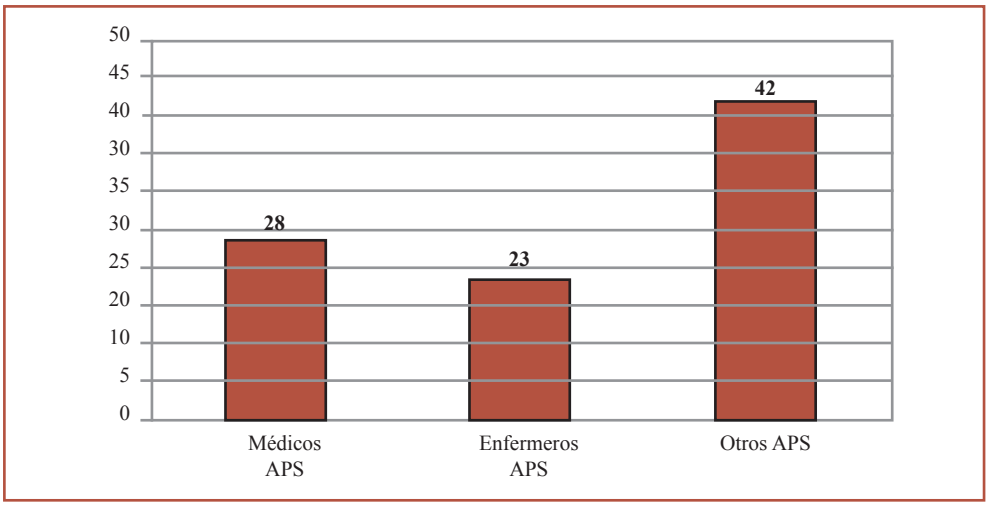
Formación y actualización en salud mental en APS (médicos) y disponibilidad de psicofármacos y referencias a los servicios especializados. En %.

Provincia	Formación universitaria en temas de s/m (%)	Programas de actualización en temas de s/m (%)	Protocolos de evaluación y tratamiento en s/m (%)	Disponibilidad de psicofármacos (%)	Servicios especializados (%)
Catamarca	4	3	1-20	1-20	1-20
Chubut	14	25	1-29	100	21-50
Corrientes	2	28	1-20	81-100	21-50
Jujuy	SD (1)	SD (1)	0	0	1-20
Mendoza	3	44	10	100	51-80
Río Negro	2	15	1-20	81-100	51-80
Salta	5	16	51-80	1-20	51-80
San Juan	4	0	0	100	21-50
Tierra del Fuego	4	SD (1)	0	100	21-50
Tucumán	2	28	1-20	0	21-50

(1) sin datos

Las diferencias que pueden apreciarse entre las provincias son: 1) que no todas contaban con universidades o lugares de formación de postgrado y 2) que la actualización no era una práctica habitual sino que, probablemente, está ligada al interés personal y/o al eventual apoyo de la industria farmacéutica.

Gráfico 3.1
% De profesionales de atención primaria de salud con por lo menos 2 días de actualización en salud mental en el precedente año en %



La actualización en temas de salud mental en las 10 provincias fue dispar. Los trabajadores de APS agrupados como Otros recibieron actualización en salud mental y, en menor medida, los enfermeros y los médicos. Hay provincias que enfatizaron la capacitación del personal de los centros periféricos de salud.

Salud mental en la atención primaria de salud

1. En las 10 provincias la mayoría de los centros de atención primaria de salud (APS) contaban con un/una médico/a.
2. Del 1% al 20% de los centros de atención primaria de salud que contaban con un médico existen protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para condiciones claves de salud mental. Los centros que no cuentan con médico de APS no tienen ningún protocolo de atención.
3. Los centros de atención primaria de salud que cuentan con un medico realizan un promedio de un 21% a 50% por lo menos una referencia a un profesional de salud mental.
4. Igualmente, del 21% al 50% de las provincias exhiben algunas actividades de referencia de centros de atención primaria de la salud a un nivel de atención más especializado.
5. Con respecto a la interacción profesional entre el personal de atención primaria de salud y otros proveedores de atención de salud, del 21 al 50% de los médicos de atención primaria han interactuado con un profesional de salud mental por lo menos una vez durante el año precedente.
6. Entre el 1% y 20% de los centros de APS que contaban con un médico, habían tenido interacción con otro agente de salud complementario/alternativo/tradicional.

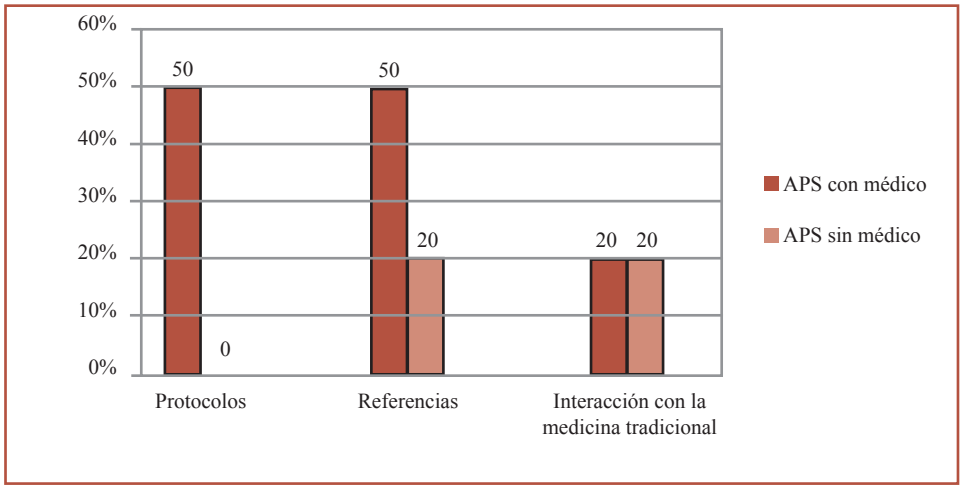
Siete de las 10 provincias habían desarrollado algunas actividades de capacitación en temas de salud mental. Desde 1993, la provincia de Río Negro desarrolla una capacitación sistemática para médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales a través de una residencia interdisciplinaria en salud mental comunitaria. También Chubut tiene una residencia interdisciplinaria.

Hay una amplia variación provincial en las programas de actualización a médicos en intervenciones psicosociales (entre 30% y 80%) y menos, de 3% a 24% para enfermeras. De las 10 provincias, tres

no tenían protocolos de actualización y tratamiento, mientras que la mayoría tenían entre el 1% y el 20% de protocolos. En la actualización y programas de capacitación para médicos y médicos psiquiatras tenia visible presencia la industria farmacéutica. Eran casi inexistentes los programas regulares de capacitación profesional para médicos y enfermeras que actuaban en el primer nivel de atención (APS) por parte de los ministerios de salud. El programa de formación de médicos comunitarios (más de 8000 en estos últimos cinco años), implementado por el Ministerio de Salud de la Nación (orientados a actuar en el primer nivel de atención) no tiene contenidos de salud mental. El Ministerio ha descentralizado a las provincias el gasto para sostener ese programa. Cuando se realizara el IESM-OMS, informaba el Ministerio de Salud de la Nación, que había cambiado su denominación (pasando a ser el Programa de Salud Familiar) e incorporaba elementos de salud mental.

La información sobre actividades complementarias de los centros de salud en atención primaria (APS) han tenido la dificultad de que se llevan pocos registros formalizados de esas actividades, aun cuando su actividad es fundamental para dar cuenta de las necesidades de atención de salud, particularmente en poblaciones del interior de la provincias.

Gráfico 3.2
Comparación entre la atención primaria de salud que cuenta con un médico y la atención primaria de salud que no cuenta con un médico



Prescripción en la atención primaria de salud

La prescripción de medicamentos es función exclusiva de los médicos en todo el país. Al personal de atención primaria de salud que no es médico ni enfermero no se le permite prescribir medicamentos psicotrópicos.

La disponibilidad de medicamentos para la población variaba del 81% a 100%. La disponibilidad de medicamentos era de casi el 100% para los hospitales psiquiátricos, unidades de internación psiquiátrica de base comunitaria (servicios de salud mental de los hospitales generales) pero en cuanto a los centros de salud de atención primaria, la disponibilidad en las provincias era variable, con un promedio de 51% a 80%.

Sección 4: Recursos Humanos

Recursos humanos en la atención de salud mental

Cuadro 8

Recursos humanos en establecimientos de salud mental en las 10 provincias.
Se incluyen datos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires.
Razón por 100.000 habitantes

Provincia	Recursos humanos. Total provincial	Médicos siquiatras		Enfermeros/as		Psicólogos/as		Trabajadores/as sociales		Terapeutas ocupacionales		Otros/as
	n	n	razón	n	razón	n	razón	n	razón	n	razón	
Catamarca	234	13	3.42	25	6,57	186	48	8	2,10	2	0,5	
Chubut	722	54	12	140	31	439	96	50	10,98	39	8,56	
Corrientes	457	101	10	68	0,29	274	25,3	6	0,60	1	0,09	
Jujuy (3)	477	21	3.2	45	6,8	396	60,2	SD				
Mendoza	2142	209	13	247	15,64	1549 (*)	91	127	7,58	10		
Río Negro	378 (4)	38	6	122	20	129	22	23	4	10	0,6	
Salta (4)	900	141	11.93	144	12,18	412	38,85	163	13,79			
San Juan	605	40	6	37	0,91	520	79	4	0,60	4	0,60	
Tierra del Fuego	309 (5)	13	10.31	65	51	105	83	71	56	5	3,96	
Tucumán (2)	1941	110	7.64	145	10,07	1600	111,14	18	1,25	12	0,93	
Total 10 provincias	13884 (**)	740		1038		5610		470		83		5943
C. A.B.A.		3000 (2)				24000 (*)	791					
Buenos Aires		305 (1)	3.68			12587 (*)						
	239500 (3) Profesionales	4500 (2)	11.84			53686 (*)						

(**) En el cuadro 5 se han incluido en los totales del personal de salud mental a médicos no especialistas que trabajan en el sector, lo que puede dar una pequeña variación y 5943 personal de diversas actividades que se inscribe como “otros”.
(1) Bentolilla, S.: Informe sobre los Servicios de Salud Mental de la Pcia de Buenos Aires, 2004.
(2) Estimado APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos). Para el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, los psiquiatras llegarían a 4800. Gestión del Programa Medico Obligatorio en Salud Mental, ISALUD, 2004.
(3) Recursos Humanos en salud (2001) Documento OPS/OMS. Citado por di Nanno A y Ainstein, J.2007
(*) Modesto, A. Relevamiento sobre la formación de psicólogos en la Republica Argentina.
(4) Incluye 30 operadores de salud mental: agentes no convencionales de salud.

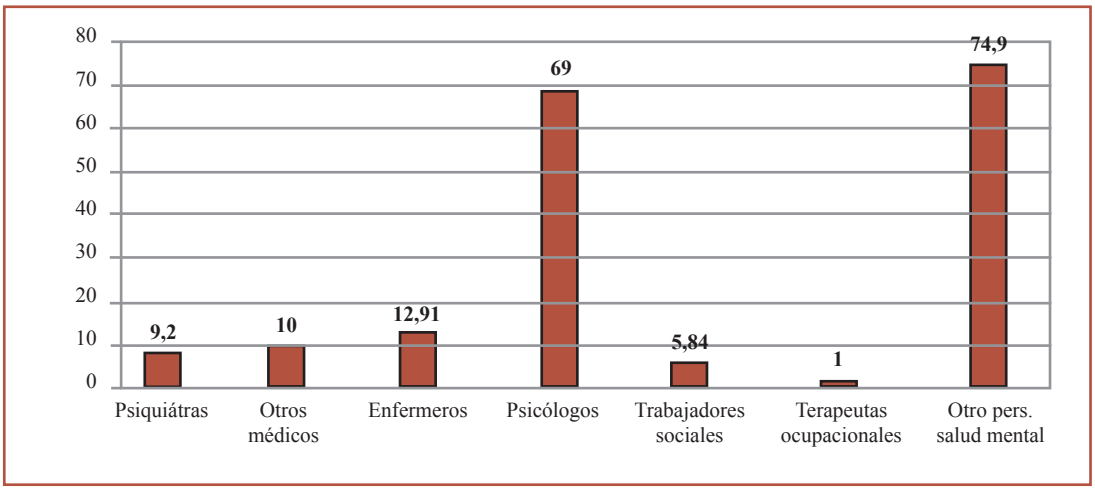
El total de recursos humanos del total del sistema público para salud mental en las 10 provincias era de 13884. En el cuadro 5 se discriminan cada grupo profesional y otro personal de salud mental.

1. El numero de recursos humanos que trabajaban en establecimientos de salud mental o práctica privada era de 173 por 100,000 habitantes. El desglose de acuerdo con la profesión es el siguiente: 9,20, psiquiatras; 10,0 otros médicos no especializados en psiquiatría; 12,91, enfermeros; 69,0, psicólogos; 5,84, trabajadores sociales; 1.0, terapeutas ocupacionales; 74,2, otro profesional de la salud o la salud mental (incluyendo personal auxiliar, personal de atención primaria de salud que no es médico, asistentes de salud, asistentes médicos, consejeros psicosociales profesionales y no profesionales.) Todas las estimaciones son por 100.000 habitantes.
2. Siete por ciento de los psiquiatras trabajaban solamente en los establecimientos de salud mental administrados por el gobierno; 39%, en ONGs y establecimientos de salud mental con fines de lucro y práctica privada, en tanto que 53% trabajaban en ambos sectores.
3. Veintidós por ciento de psicólogos y otros trabajadores trabajaban solamente para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno; 29%, solamente en ONGs, establecimientos de salud mental con fines de lucro y práctica privada, en tanto que 49% trabajaban en ambos sectores.
4. En relación a los enfermeros/as, 300 trabajaban en establecimientos de salud mental ambulatorios; 385, en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 661, en hospitales psiquiátricos.
5. Habían 697 psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales en los establecimientos ambulatorios; 262, en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 193, en hospitales psiquiátricos. El número de psicólogos/as en cada una de las provincias variaba desde 111 por 100.000 habitantes en Tucumán hasta 22 por 100.000 en Río Negro.
6. En relación con el otro personal de salud o salud mental, 697 trabajaban en establecimientos ambulatorios, 279, en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria (30 de ellos eran recursos no convencionales en salud: operadores en salud mental de la provincia de Río Negro) y 176, en hospitales psiquiátricos.
7. En términos de dotación de personal en establecimientos de salud mental, había 0,10 psiquiatras por cama en los hospitales psiquiátricos.
8. Con respecto al personal de enfermería, habían 0,13 enfermeros/as por cama en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria en comparación con 0,31 por cama en hospitales psiquiátricos.
9. Por último, en cuanto otro personal de salud mental (por ejemplo, de psicología, trabajo social, terapia ocupacional, otro personal de salud o salud mental), había 0,58 por cama para unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 0,08 por cama en hospitales psiquiátricos.
10. La distribución de los recursos humanos entre áreas urbanas y rurales era desigual, la absoluta mayoría de los psiquiatras y de los enfermeros trabajaban en las grandes ciudades. Esta concentración afectaba la accesibilidad de las personas que vivían en las zonas rurales o en la periferia de las grandes ciudades, con la excepción de Río Negro que contaba con algún profesional de salud mental en la mayoría de los hospitales rurales.

Argentina tiene 121.076 médicos (39,1 del total de profesionales), de los cuales 4500 son psiquiatras, (aproximadamente son 350 son psiquiatras infantiles) mientras hay 52.499[1] (16.7% del total) de psicólogos.

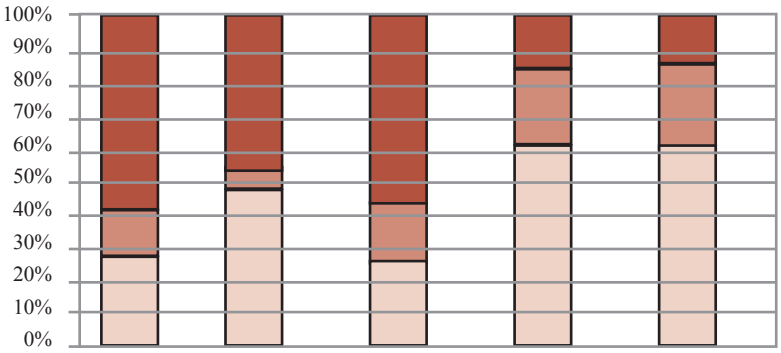
1 - Abramzon, M. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004, publicación Nº 62 de OPS/Argentina

Gráfico 4.1
Recursos humanos en salud mental (Tasa por 100.000 Habitantes)



La tasa de psiquiatras para las 10 provincias era de 9,2 (en el país 11,7), superando a Australia 9,20; y España 5,10; y Brasil 3,70 (9).

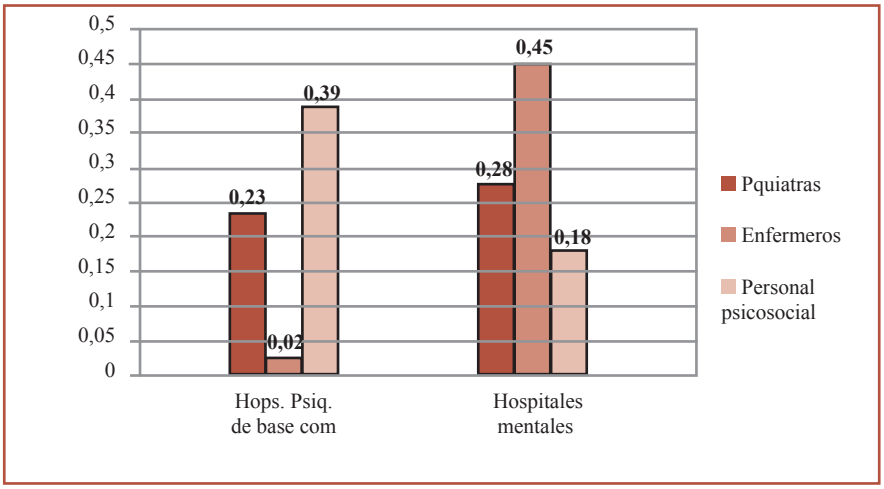
Gráfico 4.2
Personal en los establecimientos de salud mental
(Porcentaje en la gráfica, número en la tabla)



	Psiquiatras	Otros médicos	Enfermeros	Personal psicosocial	Otro personal de Salud mental
Hospitales mentales	222	60	661	193	176
Unid. Pac. Int.	52	5	210	262	279
Est. ambulatorios	100	60	300	697	697

Como se observa en el Gráfico 4.2, la mayoría de los psiquiatras trabajaba en los hospitales psiquiátricos, le seguirán en cantidad los servicios ambulatorios mientras que había muchos menos en las unidades de internación de base comunitaria. La mayoría de los enfermeros trabajaba en los hospitales psiquiátricos. El personal psicosocial lo hacia más en los dispositivos ambulatorios.

Gráfico 4.3
Relación entre recursos humanos y camas

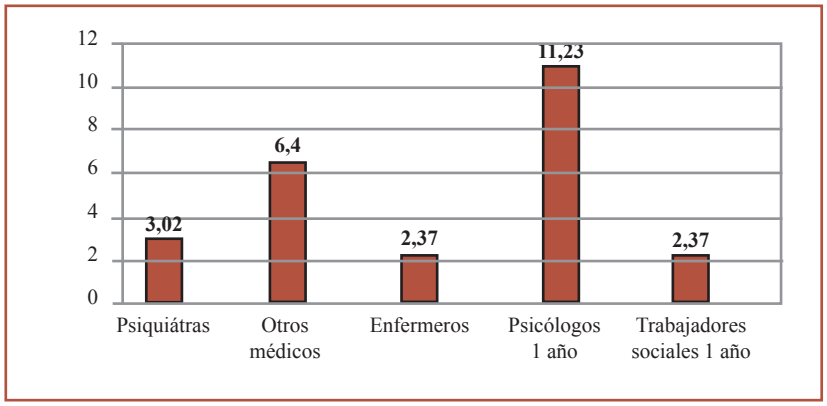


Existía escasez de personal de enfermería en los establecimientos hospitalarios de base comunitaria y de personal de orientación psicosocial en los hospitales psiquiátricos. (Esto expresaría que hay una escasa consideración para tareas interdisciplinarias en estos últimos).

Capacitación de profesionales en salud mental

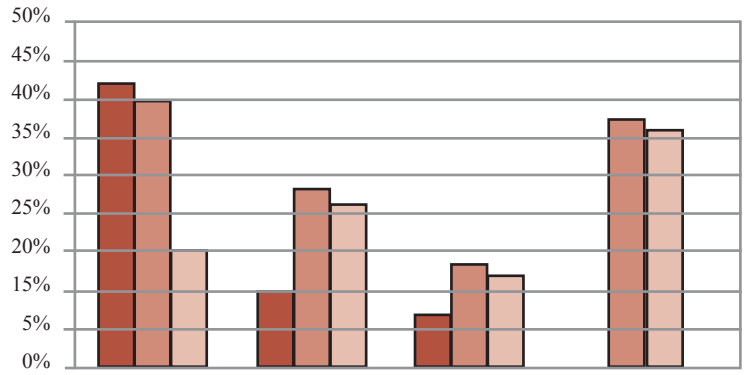
Los profesionales graduados en el año precedente al estudio en las instituciones académicas y educativas por cada 100,000 habitantes era el siguiente: 3,02, de psiquiatría; 6,4, médicos/as (no especializados en psiquiatría); 11,23, de psicología; 3,34 de enfermería y 2,37 de trabajo social. Ninguno de estos profesionales y técnicos tuvo capacitación continuada anual. No había datos de migración interna o externa de psiquiatras.

Gráfico 4.4
Profesionales graduados en salud mental (tasa por 100.000 Habitantes)



Dado que no todas las provincias tienen facultades de medicina ni de psicología, los datos varían entre ellas. Se tomaron en consideración las referencias locales y la de las casas de estudio que forman profesionales que luego trabajan en otras provincias.

Gráfica 4.5
Porcentaje de personal de salud mental con dos días de capacitación - actualización en el precedente año



	Psiquiatras	Médicos	Enfermeros	Psicosociales
Uso racional de medicamentos	44%	15%	7%	0%
Intervenciones psicosociales	40%	28%	18%	37%
Salud mental infantil	20%	26%	17%	36%

Médicos=otros médicos no especializados en psiquiatría; personal psicosocial = psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Enfermeros = otro personal de salud y salud mental

La capacitación en el uso racional de psicofármacos es alta en los psiquiatras y escasa en los médicos. Esto sucede a pesar de que se observa que es muy alta la prescripción de psicofármacos hecha por médicos no especialistas en salud mental. Tanto la capacitación en intervenciones psicosociales como en salud mental infantil tuvieron poca relevancia en la capacitación de postgrado salvo en de los psicólogos/as y otros/as trabajadores/as del equipo de salud así como en la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria de Río Negro y de Chubut.

Asociaciones de usuarios y familiares

Había aproximadamente 828 personas que eran miembros de asociaciones de usuarios y, algo menos, 745, en asociaciones de familiares.

Ni las asociaciones de usuarios ni las de familiares habían estado involucradas en la formulación o implementación de políticas, planes o legislación sobre salud mental en los dos últimos años que precedieron al estudio. En otras provincias esos miembros participaron en los Foros de Salud Mental y Derechos Humanos realizadas como iniciativa del Ministerio de Salud, la Secretaria de DDHH y la OPS/OMS, pero son una minoría en el conjunto).

No hubo interacción entre los establecimientos de salud mental y las asociaciones de usuarios mientras que algunos establecimientos de salud mental tuvieron interacción con asociaciones de familiares.

Existían 32 asociaciones de usuarios y de familiares en las 10 provincias estudiadas. Ellas estuvieron involucradas en actividades de asistencia individual - pero sólo en una de ellas se ocupan de consejería, vivienda o grupos de apoyo.

En general, la presencia y el grado de desarrollo de las asociaciones de usuarios y familiares fue limitada, a saber: Río Negro, 198 usuarios y 98 familiares; Salta, 50 usuarios; Jujuy, 50 familiares eran miembros de asociaciones; Tierra del Fuego, 30 y San Juan, 10 familiares. En pocas provincias las asociaciones recibían subsidios y/o aportes económicos por parte del estado. Nunca participaron en los procesos de formulación e implementación de políticas, planes y legislación en salud mental. Sólo en las provincias de Jujuy, Río Negro, Salta, San Juan y Tierra del Fuego, interactúan con los servicios de salud mental. La mayoría de las provincias cuentan con ONGs vinculadas a la salud mental.

Sección 5: Educación del Público y Vínculos con otros Sectores

Campañas de educación y concientización a la población sobre salud mental

La mitad de las provincias tenían un organismo de coordinación para supervisar las campañas de educación y concientización a la población sobre salud mental y trastornos mentales.

Campañas de educación y concientización a la población sobre salud mental

En la mayoría de las provincias los establecimientos gubernamentales y ONGs promovieron campañas de educación y concientización dirigidas al público en los cinco años que precedieran al estudio. Estas campañas han estado dirigidas a los siguientes grupos:

1. La población en general
2. Niños
3. Adolescentes
4. Mujeres
5. Supervivientes de trauma (incluyendo veteranos de la guerra de las Islas Malvinas)
6. Discapacitados

Además, ha habido campañas de educación y concientización dirigidas a grupos profesionales incluyendo:

1. Maestros
2. Otros grupos profesionales vinculados con el sector salud.

Disposiciones legislativas y financieras para personas con trastornos mentales

Solo cuatro de las 10 provincias tenían disposiciones legislativas y financieras para proteger y brindar apoyo a los usuarios de salud mental en relación a alojamiento/vivienda, pero no todas ellas fueron ejecutadas. Hasta el momento del estudio, en la mayoría de ellas, no había apoyo legislativo ni financiero sistemático en relación a:

1. Empleo
2. La discriminación laboral
3. La asignación de viviendas

Vínculos con otros sectores

Solo en tres provincias existían programas de colaboración oficial con otras agencias/departamentos de salud o departamentos ajenos al sector salud responsables de:

1. APS/salud comunitaria

2. VIH/SIDA
3. Salud reproductiva
4. Salud de niños y adolescentes
5. Abuso de sustancias
6. Asistencia social
7. Protección Infantil
8. Educación
9. Ancianos
10. Sistema Judicial

Otras tenían sólo programas relacionados con adicciones.

Pocos dispositivos de salud mental ofrecían empleo para personas con trastornos mentales graves. En Río Negro funcionaban tres empresas sociales. Había experiencias laborales en hospitales del Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Hospital Borda).

En términos de apoyo a la salud del niño y adolescente, el 33% de las escuelas primarias y secundarias tenían un profesional de salud mental a medio tiempo o a tiempo completo. Entre el 1% y el 20% de las escuelas primarias y secundarias realizaban actividades para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales. Solo tres provincias tenían de 51% a 80% de escuelas realizando actividades de promoción de salud mental.

En relación con las actividades de salud mental en el sistema de la justicia penal, el porcentaje de presos con psicosis era menor al 2%, en tanto que el porcentaje correspondiente a la discapacidad intelectual era igualmente menor al 2%. Estos datos eran similares en la mayoría de las provincias investigadas.

Con respecto a la capacitación para otros sectores en las 10 provincias, del 1% al 20% de los miembros de la policía y del 21% al 50% de los jueces y abogados habían participado en actividades educativas sobre salud mental en los cinco años que precedieron al estudio. En términos de apoyo financiero, muy pocos establecimientos de salud mental tenían acceso a programas de oferta de empleo externo (fuera del establecimiento de salud mental) para los usuarios que padecían trastornos mentales graves. Solo el 4% de personas disponían de beneficios de asistencia social por discapacidad mental.

Sección 6: Monitoreo e Investigación

Existía una lista formalmente definida de ítems de datos individuales que deben ser recopilados por todos los establecimientos de salud mental. Sin embargo, existía dificultad para que esta información fuera provista por el sector privado. La lista, que incluía información sobre la cantidad de camas, admisiones, admisiones involuntarias, duración de la estadía y diagnósticos de los trastornos de los pacientes, era incompleta y estaba poco sistematizada:

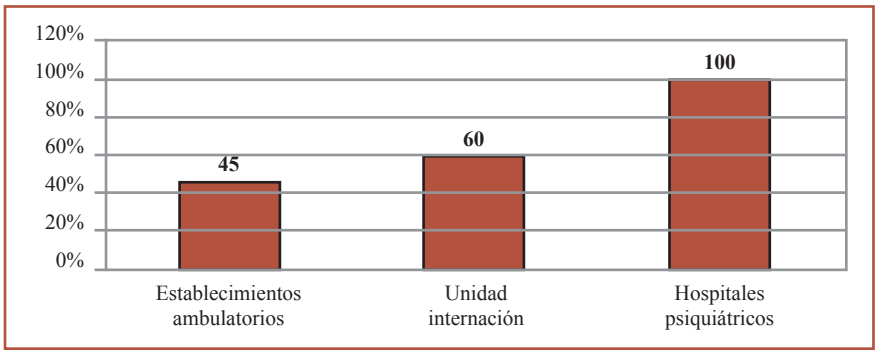
Las direcciones de salud mental de los gobiernos provinciales obtuvieron datos del 100% de los hospitales psiquiátricos (muy pocos informan sobre los pacientes restringidos), y era variable aquellas que informaron sobre diagnósticos. Los ministerios de salud en general reciben menos información de las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria. Basados en estos datos, se publicó en dos provincias un informe, pero sin agregar comentarios sobre los datos.

En términos de investigación, se desconocía la proporción de publicaciones de salud mental de las provincias en los cinco años que precedieron el estudio. Las que se realizaron se enfocaron en los siguientes temas: estudios epidemiológicos en muestras comunitarias y clínicas y estudios clínicos sobre los trastornos mentales. Otras sobre políticas, programas, financiación/economía; intervenciones psicosociales/intervenciones psicoterapéuticas.

Entre el 1% y el 20% de los/as psiquiatras, los/las psicólogos/as y enfermeros/as realizaron investigaciones sobre salud mental y entre el 21% y el 50%, los/as trabajadores/as sociales.

Evaluación e investigación

Gráfica 6.1
Porcentajes de establecimientos de salud mental
que transmiten datos al departamento de salud mental



De los datos obtenidos se infiere que:

- Todas las provincias disponían de una lista oficial para la recolección de datos;
- La mayoría de las unidades o servicios informaban a su respectivo ministerio de salud;
- Los datos que se recolectaban eran insuficientes para un análisis adecuado;
- La información del sector privado era en extremo escasa y parcial;
- Sólo la provincia de Jujuy tenia investigaciones correspondiente a salud mental registradas en la base de datos PubMed, el resto realizan investigaciones que no son incorporadas en bases de datos;
- En las provincias se hicieron investigaciones publicadas en la "literatura gris" (tesis de maestrías y doctorados; recertificación de títulos de especialistas, monografías en las universidades, capacitación de estudiantes en pasantías). No estaban protocolizadas para ser evaluadas externamente. Acerca del trabajo en salud mental de la provincia de Río Negro existen tres documentos editados en publicaciones internacionales. Por lo tanto, si bien no hay muchos trabajos registrados en PubMed, es necesario valorar esos trabajos provenientes de la "literatura gris" que pueden ser insumos en muchos casos de los servicios de salud mental o de las autoridades de salud provinciales.

Resumen Ejecutivo

Resumen Ejecutivo de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en 10 Provincias Argentinas: Jujuy, Salta, Tucumán, Corrientes, Catamarca, Mendoza, San Juan, Chubut, Río Negro y Tierra del Fuego.

1. La política de salud mental de las 10 provincias argentinas fue revisada entre 2002 y 2007. Nueve de las 10 provincias encuestadas tenían políticas explicitas de salud mental.
2. En 2009 no había ninguna política nacional de salud mental. En cambio, existían lineamientos discutidos en reuniones nacionales de directores provinciales de salud mental, promovidos por la ex Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación.
3. La última revisión de los planes de salud mental en las 10 provincias se realizó entre los anos 2002 y 2007.
4. Con referencia a la disponibilidad de psicofármacos en la atención primaria, se observa que Chubut, Mendoza San Juan, Tierra del Fuego y Corrientes tenían casi el 100% de accesibilidad, mientras que Jujuy, Salta y Tucumán (tres provincias del NOA) disponían de menos del 20%.
5. Respecto de un plan nacional de salud mental, la ex Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, instancia normativa exclusivamente, elaboró con las provincias las líneas programáticas del Acuerdo Nacional consensuado en el Encuentro de La Falda (Córdoba, 26/11/04). Este Acuerdo fue presentado y reconocido por el Consejo Federal de Salud (COFESA) que reúne a los ministerios de salud provinciales.
6. En la mayoría de las provincias argentinas no existía un plan de contingencia para desastres/emergencia.
7. Había provincias, como Chubut, Mendoza y Buenos Aires, que ante el avance sostenido de lo trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas desarrollaron planes, servicios y actividades especificas. En cuanto al consumo de alcohol, la provincia de Río Negro contaba con actividades sistemáticas de atención y rehabilitación.
8. A comienzos del 2010 se creó la Dirección Nacional de Salud Mental
9. La ley nacional sobre salud mental se promulgó a fines del 2010.
10. Siete de las 10 provincias tenían legislación sobre salud mental, algunas desde 1992, muchas de ellas centradas solo en el aspecto de las habilitaciones institucionales y cuidados de funcionamiento. Una provincia (Río Negro) promueve la desintitucionalización y el cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos.
11. Promediando las inversiones que las 10 provincias argentinas hacían en salud para el año 2007, el 3% corresponde a inversiones en salud mental. En promedio, el 65% del presupuesto de salud mental se gasta en los hospitales psiquiátricos (desde 9% en Río Negro a 88% en San Juan).

12. Todos los trastornos mentales están cubiertos en los planes de seguro social de la mayoría de las provincias argentinas.
13. Sólo Catamarca, Chubut, Jujuy; Río Negro, y Tucumán disponían de instituciones estatales dedicadas a la vigilancia y protección de los derechos humanos, pero carecían de autoridad administrativa para la aplicación de sanciones.
14. A fines de 2010 existía una autoridad nacional de salud mental que proporciona asesoría al gobierno sobre políticas y legislación de salud mental.
15. Existían 557 establecimientos de salud mental ambulatorios disponibles en las diez provincias, de los cuales 28 eran solo para niños y adolescentes y 29 hospitales psiquiátricos (11 de ellos del sector públicos). De los 45 hospitales psiquiátricos públicos de todo el país 11 de esos están ubicados en las 10 provincias estudiadas.
16. Existían 65 establecimientos de tratamiento diurno en las 10 provincias, de los cuales cuatro eran solo para niños y adolescentes.
17. Existían 58 unidades psiquiátricas de base comunitaria en las 10 provincias con 356 camas en total.
18. Habían 88 establecimientos residenciales comunitarios disponibles en las 10 provincias para un total de 1 cama por cada 100,000 habitantes.
19. Según los estudios de la ex Unidad de Coordinación Ejecutiva de Salud Mental del Ministerio de Salud las 14802 camas existentes en el año 2001 se redujeron a las 9150 en el 2007, una disminución del 38,2% en seis años. No se conocen los datos del número de camas de las clínicas privadas, pero se estima que su número ha aumentado en estos años.
20. La disponibilidad de medicamentos es de casi el 100% en los hospitales psiquiátricos y en las unidades para la internación psiquiátrica de base comunitaria (servicios de salud de los hospitales generales). Pero en cuanto a los centros de salud de atención primaria, la disponibilidad variaba según las provincias.
21. Cuatro por ciento de la formación para médicos estaba dedicada a la salud mental (provincias con diferencias desde 2% al 14%) en comparación con 3,5% de enfermeros y del 1% del personal de atención de la salud primaria que no es médico ni enfermero.
22. En las 10 provincias la mayoría de los centros de atención primaria de salud (APS) contaban con un médico.
23. Siete de las provincias desarrollaron algunas actividades de capacitación en temas de salud mental. Son excepcionales las que lo hicieran sistemáticamente.
24. El número total de recursos humanos que trabajaban en los establecimientos de salud mental o práctica privada por cada 100,000 habitantes era de 173 profesionales. Uno de los problemas críticos es la distribución desigual de los recursos humanos ya que la mayoría de los psiquiatras y psicólogos se concentran en las grandes ciudades y un grupo importante de psicólogas y psiquiatras dedicaba mucho tiempo a su práctica privada. La mayoría de los psiquiatras trabajan en los hospitales psiquiátricos. La falta de política provincial específica, los bajos salarios y las condiciones de trabajo en el sector público se expresaban en un abandono creciente de profesionales del sector estatal de la salud.
25. La capacitación de los profesionales de la salud en salud mental fue muy limitada en la currícula de grado. La mayoría se capacitaba en cursos de tres a cinco años en los hospitales psiquiátricos del sector público y privado. La formación del sector privado frecuentemente esta financiado por la industria farmacéutica.
26. Aproximadamente habían 828 personas que eran miembros de asociaciones de usuarios y 745 miembros en asociaciones de familiares.

27. Ni las asociaciones de usuarios ni las de familiares habían estado involucradas en la formulación o implementación de políticas, planes o legislación sobre salud mental en los dos últimos años.
28. El grado de desarrollo de las asociaciones de usuarios y familiares fue muy limitado en la mayoría de las provincias a excepción de una, Río Negro.
29. En la mayoría de las provincias los establecimientos gubernamentales y ONGs han promovido campañas de educación y concientización dirigidas al público en los últimos cinco años.
30. Solo cuatro de las 10 provincias tenían disposiciones legislativas y financieras para proteger y brindar apoyo a los usuarios en cuanto alojamiento/vivienda - pero no estaban implementadas o lo fueron de manera poco sistemática. Hasta este momento (2007), en la mayoría de ellas, no hay apoyo legislativo ni financiero.
31. En términos de apoyo a la salud del niño y adolescente, el 33% de las escuelas primarias y secundarias tenían un profesional de salud mental a medio tiempo o a tiempo completo y pocas (entre el 1 y el 20%) de escuelas primarias y secundarias realizaban actividades en la escuela para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales.
32. Con respecto a la capacitación de otros sectores, las provincias han capacitado entre el 1% a 20% a miembros de la policía y entre el 21% a 50% de jueces y abogados que han participado en actividades educativas sobre salud mental en los cinco años que precedieron al estudio.
33. Las direcciones de salud mental de los gobiernos provinciales obtuvieron datos del 100% de los hospitales psiquiátricos (muy pocos informaron sobre pacientes restringidos), y es variable aquellas que informan sobre diagnósticos (es la excepción).
34. En términos de investigación, se desconoce la proporción de publicaciones de salud mental de la provincia en los últimos cinco años.
35. Los datos sobre las actividades de salud mental que se recolectaran son insuficientes para un análisis adecuado.

Recomendaciones para la acción

Existen actualmente varios documentos que pueden ayudar a las autoridades de la Republica Argentina y sus provincias como guía para la reforma de los servicios de salud mental: las recomendaciones del Informe Mundial de Salud (OMS, 2001), las resoluciones de la OPS/OMS (CD40.19, de 1997) y la Conferencia para la Salud en las Américas 2001 y los Principios de Brasilia (OPS, 2005). A estas se agregan la Resolución del 49º. Consejo Directivo de OPS/OMS de setiembre-octubre del 2009 y el documento que fuera discutido en la Conferencia de Panamá en noviembre de 2010, en la cual se operacionalizar las estrategias aprobadas por esta ultima Resolución.

Las 10 recomendaciones del Informe sobre la Salud en el Mundo pueden utilizarse como guía de acción. Esas fueran el fundamento para el diseño del instrumento de evaluación de los sistemas de salud (WHO- AIMS/ OMS -IESM):

1. Dispensar tratamiento en la APS.
2. Garantizar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar asistencia en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar los recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Vigilar la salud mental de las comunidades.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

Como se indicara antes, en noviembre de 2006 la "Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas", efectuada en Brasilia, aprobó los "Principios rectores para el desarrollo de la atención de salud mental en las Américas". En esa conferencia se reiteró la vigencia de los elementos fundamentales de la Declaración de Caracas (1990) y se advirtió que los servicios de salud deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales. La declaración final constituye otro elemento de guía para el trabajo.

A continuación se mencionan algunas recomendaciones para la acción en el corto, mediano y largo plazo para las provincias en que se aplicó el IESM.

En el corto plazo:

1. Articular las políticas provinciales con las propuestas de "las líneas programáticas del acuerdo nacional" que sirven de marco estratégico a los planes operativos y focaliza las prioridades de cada estado provincial.
2. Incluir la salud mental en programas de acceso a medicamentos esenciales para la población de bajos ingresos.

Es necesario dar prioridad a la existencia de medicamentos gratuitos o subsidiados en los centros de APS y servicios de salud mental ambulatorios de aquellas provincias que aún no lo dispusieran (Jujuy, Salta, Tucumán y Catamarca, todas del NOA).

3. Incrementar y fortalecer los modelos de servicios comunitarios de salud mental, asignándoles los recursos humanos y financieros adecuados y la dedicación exclusiva que permitan sostener las reformas institucionales necesarias. Esta es una de las debilidades más evidentes del sistema de salud mental de la mayoría de las provincias.
4. Es posible tomar como referencia experiencias innovadoras que se han desarrollado en algunas provincias, como por ejemplo Río Negro, con la descentralización de los servicios, la formación de equipos multidisciplinarios con la incorporación de recursos no convencionales y la creación y el fortalecimiento de los servicios de salud mental en los hospitales generales. Promover el intercambio y las pasantías para la formación en servicio de los profesionales, operadores y familiares de las diversas regiones del país.
5. Reorientar y reconvertir el presupuesto destinado a los hospitales psiquiátricos y descentralizar el recurso humano hacia los servicios de base comunitaria.
6. Actualizar la formación de los profesionales. Las cátedras deben salir de los hospitales psiquiátricos.
7. Desarrollar la atención de salud mental a la infancia y adolescencia e implementar un programa específico adecuado a las condiciones y recursos de cada provincia, algunas de las cuales no tienen ni siquiera un solo servicio especializado.
8. Diseñar e implementar un programa regular y sistemático de capacitación para trabajadores de la APS, que garantice que en dos años se puede capacitar, al menos, al 50% de este personal.
9. Crear nuevos y fortalecer los sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

En el mediano y largo plazo:

■ Política y marco legislativo

1. Actualizar la legislación en el campo de la salud mental, de acuerdo con los estándares internacionales e impulsar la aprobación de los proyectos de ley en curso tanto en provincias como a nivel nacional.
2. Incrementar el presupuesto dedicado a la salud mental con un mínimo de 3,5% del presupuesto general de salud en el período inmediato. Modificar la estructura del gasto en salud mental, priorizando la inversión en los servicios de salud mental de los hospitales generales, los servicios comunitarios y la atención primaria en lugar de hacerlo en los hospitales psiquiátricos.
3. Establecer convenios entre los ministerios de salud y las organizaciones de derechos humanos, para regularizar la inspección y vigilancia de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familias, asegurando la salvaguarda de los mismos según las normas del derecho internacional y regional vigentes.

■ Servicios de salud mental

4. Descentralizar la consulta externa de los hospitales psiquiátricos hacia los servicios ambulatorios en las provincias que mantienen una proporción alta de consulta ambulatoria en esos hospitales psiquiátricos.
5. Promover la apertura gradual de servicios de salud mental con camas para internación en todos los hospitales generales de cada provincia, comenzando por los de carácter departamental y regional.
6. Desarrollar centros de día vinculados a los servicios ambulatorios de los hospitales generales.
7. Fortalecer la formación del recurso humano para atender adecuadamente a la población incluida en las unidades forenses.

8. Diseñar e implementar estrategias y acciones específicas que permitan el acceso equitativo a los servicios a los usuarios de zonas rurales, así como a los pueblos originarios de cada provincia.

Salud mental en la atención primaria de salud

9. Aprobar las normas y protocolos de atención en salud mental para la APS. La meta debe ser su implementación en no menos del 80% de los centros. Completar la incorporación de recursos humanos específicos en los centros de salud de las áreas metropolitanas de las provincias.

Recursos humanos

10. Diseñar un programa conjunto de universidades - ministerio - organizaciones de profesionales para la formación y actualización de los recursos humanos especializados en salud mental desde un enfoque de salud pública.

Fortalecer la capacitación en equipos interdisciplinarios de salud mental orientados a las reformas institucionales en curso y a la perspectiva de la salud mental comunitaria con metas a mediano y largo plazo.

11. Establecer estrategias para mejorar la cobertura en salud mental en zonas rurales de las provincias.
12. Involucrar a otros organismos del estado como educación; acción social; vivienda; municipios; así como a iglesias; juntas vecinales; ONG, para la gestión de los recursos que posibiliten la inclusión social de las personas con trastornos mentales.

Educación del público y vínculos con otros sectores

13. Capacitar a maestros y trabajadores de APS para que de manera conjunta, desarrollen acciones de promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales, incluido el riesgo suicida, en las escuelas.
14. Apoyar financieramente las organizaciones de usuarios y familiares, incentivando su participación activa en los planes y programas de salud mental y favoreciendo su interacción sistemática con los servicios.

Evaluación e investigación

15. Formar y/o fortalecer grupos de trabajo en cada provincia, en hospitales generales y centros de salud, con participación conjunta de las universidades y las instituciones públicas para impulsar la investigación. La OPS/OMS puede apoyar esta iniciativa y las universidades pueden desempeñar un papel de liderazgo en este proceso.
16. Desarrollar un programa tendiente a establecer un sistema de información que pueda asistir a los tomadores de decisión y a los gerentes de programas de salud mental.

Conclusiones

1. Las provincias argentinas estudiadas, salvo excepciones, tienen importantes limitaciones en sus sistemas de salud mental.
2. Existe una marcada insuficiencia de recursos humanos calificados y su formación dista de estar actualizada. Es inadecuada su distribución estando la mayoría concentrada en las ciudades capital de cada provincia.
3. Si bien el presupuesto de salud mental es variable, la mayoría de las provincias esta lejos del promedio propuesto por la OMS.

El presupuesto dedicado a la salud mental es de alrededor de un 3% (para las 10 provincias) del presupuesto general de salud y los hospitales psiquiátricos, situados la mayoría en la capital de los estados provinciales, consumen en promedio el 65 % del gasto total en salud mental.

4. Un problema clave es el limitado desarrollo del componente salud mental en la APS. Los hospitales psiquiátricos, salvo excepción, continúan concentrando la mayor parte del recurso humano a pesar de algunos avances logrados en la asistencia ambulatoria y de la positiva concepción de trabajo desarrollada en algunos de los planes provinciales de salud mental.
5. Es conveniente apoyar activamente el desarrollo y la participación de asociaciones de usuarios y familiares.
6. La supervisión del respeto de los derechos humanos de los enfermos mentales debe fortalecerse.
7. Es imprescindible impulsar la labor intersectorial.

También se hace necesario sistematizar los procesos de capacitación y actualización de los profesionales de la salud mental y los trabajadores de la APS así como actualizar las currícula del pre y pos grado.

Se recomienda que las provincias definan un grupo de prioridades y se establezca un plan de acción de corto y mediano plazo que permita avanzar en aspectos básicos de desarrollo de los servicios.

Es conveniente destacar que, en los últimos años, se ha logrado impulsar algunas experiencias innovadoras que requieren generalizarse. Algunas, como el caso de Río Negro, pueden ser tomadas como referencia para el apoyo de nuevos desarrollos en otras provincias. (11) (12)

La recientemente creada Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la ley 26657 son instrumentos concretos que permiten avizorar cambios profundos en el sistema de salud mental argentino de aplicarse de manera efectiva. (13)

La Estrategia y Plan de Acción, elaborados recientemente en Panamá pueden ser una orientación valiosa para operativizar las transformaciones. (14)

Referencias

1. González García, G. y Tobar, F. La salud para los argentinos, 2003.
2. González García G. En Recursos humanos en salud OPS/ de Salud para los argentinos.
3. Vidas arrasadas, Centro de Estudios Legales y Sociales de Argentina y Mental Disability Rights Internacional (MDRI) (Año 2006).
4. Di Nanno A y Ainstein J, Basados en Observatorio de Recursos Humanos OPS Nº 58. Año 2003.
5. Bentolilla S, Pcia. De Buenos Aires, año 2004. Coordinadora de la Red Provincial de Incidente Crítico.
6. Guía de establecimientos privados de salud mental. Superintendencia de salud año.2002.
7. Dirección adjunta de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
8. Roca A, Epidemiología y Estadísticas de la Dirección Adjunta de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
9. Barrionuevo H. Gestión del Programa médico obligatorio en Salud Mental,",2004.
10. Rodríguez JJ (OPS) Presentación en el Foro de Autoridades de Salud Mental de los Países de América del Sur Consideraciones Finales y Acuerdos3 al 5 de septiembre del 2007 Lujan, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
11. J. Rodríguez Ed Salud Mental en la Comunidad; Paltex-OPS Washington, 2009
12. H.Cohen comp. Salud Mental y Derechos Humanos, publicación No 65, OPS Argentina 2009
13. Ley nacional número 26657, año 2010. Argentina
14. Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental,Washington DC, OPS 2011