

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Pasantía académica

Las políticas públicas en el ámbito de la salud mental. Pasantía en el Programa de Investigación y Docencia de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Salta 2025.

Estudiante: Francisca Jimenez Wayar

Director: Lic. Paula Ulivarrí.

Año 2025

NÓMINA DE AUTORIDADES

Autoridades académicas

Gran canciller

Monseñor Mario Antonio Cargnello

Rector

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

Vicerrectora Académica

Mg. Constanza Diedrich

Secretaria General

Mg. Lic. Silvia Álvarez

Decana de la Facultad de Artes y Ciencias

Lic. María Dolores Medina Bouquet

Secretario Académico de la Facultad de Artes y Ciencias

Abg. Adriana Ibarguren

Jefa del Departamento de Psicología

Lic. Sonia Edith Guijarro Cárdenas

Agradecimientos

Agradezco a mis padres Carolina y Gonzalo por brindarme la mejor educación posible y un cariño inmenso, a mi hermana María por su gran apoyo y acompañamiento; y a mis primos Tomás y Rosario por siempre brindarme una mano.

Agradezco también a todos los profesores que aportaron a que hoy pueda llegar a mi título universitario, especialmente agradezco a mi directora de tesis que me acompañó en todo el proceso de redacción de mi trabajo final.

Agradezco el cariño y apoyo de mi familia, de mis amigos que hicieron más agradable mi camino formativo.

Y agradezco con mucho cariño a mi querida Koni, que me apoya desde el cielo.

Índice

Fundamentación	6
Marco institucional	9
Objetivos de la pasantía	16
Metodología	16
Sistematización	23
Reflexiones Finales y Recomendaciones	58
Bibliografía	65
Anexos	68

Resumen

El presente trabajo es el resultado de la pasantía académica realizada como Trabajo Integrador Final de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta. La misma se llevó a cabo en el Programa de Investigación y Docencia, perteneciente a la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Salta, entre los meses de enero y abril del 2025.

El objetivo principal de este trabajo fue identificar los aportes del Programa de Investigación y Docencia de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones a las políticas públicas provinciales. Sin embargo, el alcance del estudio logró trascender ese propósito inicial, permitiendo no solo relevar otros aportes significativos del Programa, sino también comprender el rol que puede desempeñar el psicólogo en dicho ámbito. Se alcanzó el cumplimiento de los objetivos mediante su inserción en el Programa y sus áreas cumpliendo con 300 horas de trabajo no rentado.

Se realizó un recorrido por las tres áreas principales del Programa: Telesalud, Capacitación e Investigación, y Vigilancia Epidemiológica. La experiencia en cada una de ellas permitió conocer diversas formas de intervención del psicólogo, así como también comprender en profundidad el funcionamiento del Programa y el trabajo de la Secretaría en general, orientado a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.

El trabajo también se centró en la importancia de la vigilancia en el abordaje de las problemáticas de salud mental, especialmente en los casos de intentos de suicidio. Una de las tareas más relevantes del Programa, con la que se tuvo un contacto estrecho, fue el seguimiento de las notificaciones de estos eventos. Asimismo, participó en instancias de capacitación dirigidas a distintos equipos de salud, orientadas a fortalecer el cumplimiento del circuito de notificación obligatoria.

Todo esto parte del reconocimiento de que la generación de datos constituye una base fundamental para el diseño de medidas orientadas a mejorar el acceso a la salud. En el caso particular de la Secretaría y del Programa, estos datos permiten optimizar el acceso a la atención en salud mental. Este trabajo busca reflejar la relevancia de las tres áreas del Programa y sus aportes concretos a las políticas públicas sanitarias, promoviendo una atención integral que garantice el abordaje de las problemáticas de salud mental dentro del sistema de salud.

Palabras clave: Programa-Vigilancia Epidemiológica-Telesalud-Intento de suicidio-
Accesibilidad-Salud Pública- Políticas Públicas

Abstract

This paper is the result of the academic internship carried out as the Final Integrative Project for the Bachelor's Degree in Psychology at the Catholic University of Salta. The internship took place within the Research and Teaching Program, part of the Secretariat of Mental Health and Addictions of the Province of Salta, between January and April 2025.

The main objective of this work was to identify the contributions of the Research and Teaching Program of the Secretariat of Mental Health and Addictions to provincial public policies. However, the scope of the study went beyond this initial aim, allowing not only the identification of other significant contributions of the Program, but also a deeper understanding of the role psychologists can play within this context. The intern fulfilled the objectives through active participation in the Program and its various areas, completing 300 hours of unpaid work.

The intern worked across the Program's three main areas: Telehealth, Training and Research, and Epidemiological Surveillance. The experience in each area provided insights into different approaches to psychological intervention, as well as a comprehensive understanding of the Program's operations and the broader work of the Secretariat, aimed at improving accessibility to health services.

The work also focused on the importance of surveillance in addressing mental health issues, particularly in cases of suicide attempts. One of the most relevant tasks of the Program, with which the intern was closely involved, was the follow-up of suicide attempt notifications. In addition, the intern participated in training sessions for various healthcare teams, aimed at strengthening the implementation of the mandatory reporting system.

All of this is based on the understanding that data generation is essential for designing measures to improve access to healthcare. In the specific case of the Secretariat and the Program, such data are crucial for enhancing access to mental health services. This paper aims to highlight the relevance of the Program's three main areas and their concrete contributions to public health policies, fostering comprehensive care that ensures mental health issues are addressed within the healthcare system.

Keywords: Program – Epidemiological Surveillance – Telehealth – Suicide Attempt – Accessibility – Public Health – Public Policies

Fundamentación

El presente trabajo integrador final enmarca el desarrollo de la pasantía realizada en la Secretaría de Salud Mental y Adicciones, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta, que tuvo como propósito conocer las actividades que se llevan a cabo específicamente en el Programa de Investigación y Docencia, que tiene a cargo el Observatorio de Salud Mental y Adicciones de Salta.

Salta ha sido una de las provincias pioneras en impulsar planes de salud bajo los principios de la Atención Primaria de la Salud como estrategia dirigida a lograr una cobertura sanitaria lo más igualitaria posible en todo el territorio. Ya en 1978 fue impulsado desde Jujuy el Programa de Salud Rural, creado por el doctor Carlos Alvarado.

Con el regreso de la democracia, en 1983, se crea el Plan de Salud Ramón Carrillo, cuyos pilares siguieron principios fundamentales de la Atención Primaria de la Salud; entre ellos, la organización de la atención en cuatro niveles, así como la división de la provincia en áreas operativas, en 1985. Todo esto en busca de una descentralización de los servicios de salud y el mejoramiento de la accesibilidad de la población. De esta forma, la provincia de Salta queda dividida en cuatro regiones sanitarias, y cuenta a su vez con 54 áreas operativas (Dirección General de Coordinación Epidemiológica, s.f.)

A pesar de todo esto, existen aún importantes desigualdades en cuanto al acceso al sistema de salud público; esto se debe, entre otras cosas, a que Salta es una provincia extensa en territorio, y cuenta con muchas dificultades en cuanto al acceso geográfico. Una solución ha sido la incorporación del agente sanitario al equipo de salud, cuyo trabajo es realizar visitas domiciliarias en zonas alejadas de los centros de atención sanitaria. Esto ha constituido un avance esencial, pero aún insuficiente a la hora de garantizar la accesibilidad a la atención de la salud en general, y a la atención de la salud mental en particular.

Al hablar de accesibilidad, se está refiriendo al vínculo que se construye entre la población y los servicios de salud. Resulta evidente que, siendo la salud un derecho, la accesibilidad debería de estar garantizada para todos los miembros de una población. Flores-Sandí (2012) señala que este derecho a la salud supone condiciones de vida digna y acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, todo lo cual ha de ser garantizado por el Estado. Un concepto clave que presenta la autora en relación a esto es el de desigualdad en salud.

(...) alude al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar. (p.182)

Como señala Cohen (2022), la desigualdad en el acceso a la salud sigue siendo un gran desafío a nivel mundial, y en especial en aquellos países en desarrollo, como lo es Argentina. Es una de las principales barreras, que impide que la población que se encuentra en condiciones de desigualdad, sea por su nivel de riqueza, su ocupación, su etnia, etc., pueda efectivamente tener su derecho a la salud garantizado.

Flores-Sandí (2012) también introduce el concepto de vulnerabilidad, primeramente, definiéndolo como un “proceso dinámico establecido por la interacción de problemas de desarrollo, incapacidades personales, estatus social desventajoso, contactos y apoyos interpersonales inadecuados, ambiente y vecindarios degradantes, y las complejas interacciones de estos factores sobre el curso de la vida.” (p.183)

Sin embargo, la autora no interpreta la vulnerabilidad como una deficiencia, incapacidad o limitación del sujeto vulnerable, sino que la entiende en relación con las condiciones que han llevado a la persona a esa situación. Por eso, prefiere emplear el término vulnerabilizado/ vulnerabilización; nadie nace vulnerable, son los factores o condiciones de exclusión y discriminación los que hacen que muchas personas vivan en situación de vulnerabilidad, dificultando el acceso a los diferentes servicios, como los de salud, así como el seguimiento de los tratamientos. (Flores-Sandí, 2012)

Al igual que ocurre con la salud en general, la salud mental también ha sido profundamente afectada en la población. De acuerdo al Informe Mundial sobre la Salud Mental, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), una de cada ocho personas aproximadamente sufre algún trastorno mental a nivel mundial, siendo los trastornos de ansiedad y los depresivos los más comunes. Incluso señala que el suicidio representa más de una de cada 100 fallecimientos, y es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) señala que las enfermedades de salud mental representan una epidemia silenciosa, afectando a las Américas mucho antes que, por ejemplo, la pandemia del Covid-19. Incluso, presenta cifras que permiten dimensionar estos argumentos. Entre los datos que más llaman la atención, aproximadamente 1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes es diagnosticado con un trastorno mental. La depresión, como se dijo, es uno de los principales trastornos, mientras que una persona se suicida cada 40 segundos en el mundo. A pesar de esto, el gasto en servicios de salud mental a nivel mundial representa un 2,8% del gasto total destinado a la salud en general. En la región de las Américas, este porcentaje ronda entre el 0,2% y el 8,6%, variando entre los países más pobres y los más ricos. Por último, alrededor del 60%

del presupuesto asignado a la salud mental, se destina a hospitales psiquiátricos en vez de a servicios destinados a la comunidad. (OPS, 2020)

Con el fin de mejorar la accesibilidad a servicios de salud, en el 2010 se promulga la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, con el objetivo de asegurar la protección de la salud mental de las personas y también que aquellas personas con padecimientos mentales puedan gozar plenamente de todos sus derechos. Esta ley, en su Artículo 3 define a la salud mental como “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

La definición de salud mental se alinea con la perspectiva de la salud como un proceso multidimensional, el cual no puede ser reducido únicamente a sus componentes biológicos; por consiguiente, esta condición no puede ser abordada únicamente por profesionales médicos. La ley busca garantizar esta premisa a lo largo de todos sus artículos. En el artículo 9, se establece que el proceso de atención debe implicar un enfoque interdisciplinario e intersectorial. Además, en el capítulo 6, que se refiere a las internaciones, se estipula que cualquier internación deberá estar respaldada por una evaluación y diagnóstico interdisciplinario e integral que justifique dicha acción.

A pesar de los avances legislativos en el reconocimiento de la importancia de la salud en general y de la salud mental en particular, el acceso a tratamientos en el país continúa siendo limitado. En este sentido, Cohen (2022) enfatiza que, a pesar de contar con uno de los mayores índices de psicólogos y psiquiatras por cada cien mil habitantes a nivel mundial, la proporción de la población que no recibe atención es comparable a la de países que disponen de diez o veinte veces menos profesionales. Además, subraya que, más allá de la cantidad de profesionales, resulta fundamental considerar su formación y la finalidad de su labor; destacando la importancia del compromiso con la APS y la capacitación en el ámbito de la salud mental.

En esta línea, el compromiso de la provincia de Salta se extiende también a la protección y promoción de la salud mental. Evidencia de dicho compromiso es la creación de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones. Este organismo busca priorizar el abordaje de problemáticas humanas, las cuales requieren la integración de múltiples disciplinas y prácticas sociales; así como también se compromete a regular políticas dirigidas a una intervención más abarcativa. Básicamente, todas las acciones que “posibiliten a la población el acceso a niveles apropiados de prevención, protección y asistencia de la Salud Mental. (Resolución N° 270)

Considerando lo anterior, la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de Salta, en su función normativa, se propone como uno de sus objetivos fundamentales asegurar el acceso equitativo a los servicios de salud mental y proporcionar atención de calidad a todas las personas. Para alcanzar este objetivo, es imprescindible llevar a cabo acciones y estrategias pertinentes, considerando la multidimensionalidad y las particularidades culturales, etarias y geográficas de cada área sanitaria. Para lograrlo, una de las acciones fue la creación del Observatorio de Salud Mental y Adicciones, que se encuentra inserto en el Programa de Investigación y Docencia, dependiente de la Dirección de Redes Sanitarias y Comunitarias. El Programa, de carácter interdisciplinario, además, tiene a su cargo el servicio de Telesalud en salud mental y adicciones y todo lo relacionado a capacitación, docencia e investigación.

Esta pasantía se enmarca en el Programa arriba mencionado, en el interés por conocer cómo se toman las decisiones vinculadas a la salud mental desde la Secretaría de Estado, teniendo en cuenta todo lo arriba mencionado, esto es, la accesibilidad, el recurso humano disponible y los condicionantes sociales, económicos, culturales y geográficos que definen a la provincia de Salta. Por lo cual, la pregunta que guió este trayecto fue la siguiente: *¿Cuáles son las actividades que realiza el Programa de Investigación y Docencia de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones perteneciente al Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta en el año 2025?*

Marco institucional

El Ministerio de Salud Pública de Salta, cuyo ministro es actualmente Federico Alejandro Javier Mangione, posee entre sus principales competencias coordinar con Nación y con otras provincias la articulación de políticas nacionales y regionales de asistencia y ejecución de programas para el control de problemas de salud. También, se encarga de ejecutar planes y programas para obtener el mejor nivel de salud de los habitantes, y crear condiciones adecuadas para la protección, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental. (Salta Gobierno, s.f.)

Así también, promociona acciones preventivas, educativas, asistenciales, nutricionales y otras concernientes al cuidado de la salud materno-infantil, salud mental, enfermedades transmisibles, salud integral de la población de la tercera edad y en el diagnóstico de enfermedades, en coordinación con demás jurisdicciones. Busca promover, además, acciones preventivas y asistenciales vinculadas al alcoholismo, la drogadicción, las toxicomanías y toda otra adicción nociva, entre muchas otras competencias. (Salta Gobierno, s.f.)

En base a las competencias y a los objetivos del Ministerio de Salud Pública, la Secretaría de Salud Mental y Adicciones se presenta como Secretaría de Estado, desde el 2019 (E5). En anexo 1 se encuentra disponible el organigrama formal.

La Carta de Servicio formulada por la Secretaría de Salud Mental y Adicciones (RM 270/24) sitúa dicha Secretaría como parte del Ministerio de Salud Pública (ver anexo 2).

Al ser la salud mental un derecho, y por lo tanto deber del Estado como garante, se establecen como fines del organismo: a) Promover el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimientos subjetivos, así como las presentaciones de patologías de consumo; b) Desarrollar políticas, estrategias y acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en Salud Mental, en el marco de la atención en salud mental, preservando la dignidad de las personas con trastornos mentales y de toda la comunidad; tendientes a la organización de las prestaciones de los servicios del Estado en Salud Mental y en las áreas de su competencia; c) Abordar las problemáticas de salud mental y adicciones, articulando con otros organismos públicos, privados y con actores/referentes de la sociedad, intersectorial e interinstitucionalmente; d) Favorecer índices óptimos de calidad en los servicios brindados a través de la mejora continua; y e) Promover actividades de docencia e investigación para la capacitación continua del recurso humano.

A su vez, la Secretaría tiene como misión, posicionar la Salud Mental desde una perspectiva que va más allá de los aspectos ligados a la enfermedad, para priorizar el abordaje de las problemáticas humanas, que requieren la integración de múltiples disciplinas y de prácticas sociales diversas, que comprometen al Estado a intervenir en este campo, regulando políticas tendientes a una intervención abarcativa, más preventiva, sobre condiciones sociales del bienestar psíquico; entendiendo en la planificación, organización, control de estrategias y ejecución de políticas, acciones y en la prestación de servicios que posibiliten a la población el acceso a niveles apropiados de prevención, protección y asistencia de la Salud Mental. (resolución 270) (ver Anexo 2)

Respecto a su visión, la Secretaría de Salud Mental y Adicciones (SSMyA) es un organismo público referente de un modelo preventivo y asistencial integrado por servicios de salud de distintas complejidades, centrado en las necesidades de la población, funcionando en forma articulada con los demás servicios sanitarios, basados en la asistencia, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, con participación y valoración de la comunidad; ofreciendo prestaciones regidas por las normas de Calidad para una atención calificada. (ver Anexo 2)

La SSMYA, conformada por el Nivel Central y los siete Dispositivos a su cargo tienen como pilares los siguientes valores: a) Compromiso y responsabilidad: de los trabajadores y de la institución en promover la atención en salud mental basada en la equidad, accesibilidad y calidad; b) Pertenencia: en el sentido de generar una institución en la que sus trabajadores se sientan parte de ella, como así también el personal de las distintas áreas operativas y referentes socio sanitarios; c) Solidaridad: en su accionar con los sectores sociales más vulnerables del entorno y también con aquellas instituciones que lo requieran por distintas circunstancias; d) Cooperación y participación: para la articulación de un trabajo en Red, que no sería posible sin la cooperación de todas las partes, d) Mejora continua: en un marco de capacitación y formación continua.

Los dispositivos que pertenecen a la SSMYA son:

Centro de consulta y orientación: Es un centro de primera escucha para personas con problemática de consumo, con un equipo constituido por Psicología, Trabajo social y Operadores.

- Brinda asesoramiento y realiza las primeras entrevistas de valoración para realizar las derivaciones a los centros asistenciales que sean necesarios.

- Contiene y orienta en espacios individuales y grupales a referentes afectivos y/o familiares de aquellas personas que no han iniciado un tratamiento.

- Lleva a cabo acciones preventivas y asistenciales a partir de la presencia territorial, promoviendo la accesibilidad, la inclusión y la participación de la comunidad.

Centro de integración y tratamiento- CE.D.I.T.: El centro brinda atención ambulatoria y en procesos en centro de día y/o noche y tratamientos en la modalidad de internación. Cuenta con 24 camas para la modalidad de internación, 18 plazas para varones y 6 para mujeres y una capacidad amplia, sin cupos establecidos para procesos que corresponden al nivel de Resolución II.

En todas las modalidades los usuarios participan de psicoterapia individual, abordaje familiar, seguimiento médico-clínico: en coordinación con servicios de salud,

actividades recreativas, talleres terapéuticos, talleres de capacitación / estudio y acompañamiento psicopedagógico.

Centro preventivo y asistencial Tinku (Orán): El centro brinda atención ambulatoria y en procesos, en centro de día y/o noche y tratamientos en la modalidad de internación. Cuenta con 9 camas para la modalidad de internación. Y una capacidad amplia, sin cupos establecidos para procesos que corresponden al nivel de Resolución II.

Se trabaja con Modalidades Ambulatoria, Centro de Día, Desintoxicación e Internación.

En todas las modalidades los usuarios participan de psicoterapia individual, abordaje familiar, seguimiento médico-clínico: en coordinación con servicios de salud, actividades recreativas, talleres terapéuticos, talleres de capacitación / estudio y acompañamiento psicopedagógico.

Centro Puente Norte (Tartagal): El centro brinda atención ambulatoria y en procesos en centro de día y/o noche y tratamientos en la modalidad de internación. Cuenta con 8 camas para la modalidad de internación y capacidad para procesos que corresponden al nivel de Resolución II.

Se trabaja con los servicios asistenciales de Admisión y Tratamiento.

Los usuarios participan de psicoterapia individual, abordaje familiar, seguimiento médico-clínico: en coordinación con servicios de salud, actividades recreativas, talleres terapéuticos, talleres de capacitación, talleres destinados a la comunidad en general con espacios de prevención específica e inespecífica.

Centro de Escucha y Orientación Sumaq Kawsay (Gral. Güemes)

El Centro de Escucha y Orientación Sumaq Kawsay brinda orientación, asistencia y prevención a personas que atraviesan situaciones relacionadas con el consumo problemático o que se encuentran en riesgo de tal y sus grupos familiares y/o de referencia.

Cuenta con los servicios asistenciales de Admisión y Tratamiento.

Los usuarios participan de psicoterapia individual, abordaje familiar, seguimiento

médico-clínico: en coordinación con servicios de salud, actividades recreativas, talleres terapéuticos, talleres de capacitación y talleres destinados a la comunidad en general con espacios de prevención específica e inespecífica.

Se trabaja de manera articulada con los diferentes servicios que ofrece el AO XXII, Dr. J. Castellanos (Emergencia, Internación y turnos).

Centro grupo interdisciplinario de abordaje familiar en episodios de suicidio (GU.I.A.F.): destinado a personas, familiares y lo referentes con exposición a situaciones de riesgo en salud mental, por suicidio o intento de suicidio, mediante consultas espontáneas y/o derivaciones de otras instituciones (Servicio 911, Ministerios de la provincia, Juzgados, etc.).

Los servicios disponibles son a) Asesoramiento a los Equipos de Salud en la incorporación de pautas para la planificación de estrategias de promoción y prevención en salud mental, a fin de lograr una mayor accesibilidad al sistema sanitario a pacientes dentro de la problemática de suicidio/ intento de suicidio; b) Grupos de orientación para familiares: encuentros semanales, donde se brinda a los referentes afectivos y/o familiares, contención, apoyo y herramientas de acompañamiento; c) Encuentros/ reuniones con otros ámbitos e instituciones a fin de socializar protocolos de intervención en casos de suicidio/ intento de suicidio.

Centro de Asistencia Socio Sanitaria MARQ'AY: la población destinataria son adultos mayores de 18 años. Es de nivel de Resolución I.

Los servicios disponibles son taller de arte; taller de actividad física; taller de panadería y cocina básica; taller de expresión corporal; taller de alfabetización de nivel inicial; taller de proyecto de vida; taller de manualidades; taller de música; taller de folklore; taller de dinámicas grupales; salidas terapéuticas; orientación y acompañamiento interdisciplinario para la salud integral; proyectos específicos del centro orientados al microemprendimiento; proyecto de desarrollo: elaboración de galletas saludables; y elaboración de conservas.

La SSMYA cuenta con direcciones generales, una de ellas es la dirección de Redes Comunitarias y Sanitarias, dentro de la cual se encuentra el Programa de Investigación y Docencia, espacio donde se llevó a cabo la pasantía.

El Programa cuenta con las siguientes áreas:

a) Dispositivo de Telesalud en Salud Mental, trata de una plataforma que facilita el acceso a los servicios asistenciales independientemente de la localización geográfica, como así también la atención y el seguimiento para las personas con mayor vulnerabilidad ya que se disminuyen traslados innecesarios; mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación, bajo estándares de interoperabilidad, seguridad y privacidad de la información, como una medida de equidad en el acceso a la salud de los habitantes de la provincia (ver Anexo 2). Estas podrán ser: 1) De primera opinión, que posibilita la asistencia y seguimiento remoto del paciente en el Área Operativa. Actualmente se encuentran cubiertas todas las Áreas Operativas que no cuentan con equipos de salud mental, en conjunto con el Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragone” y el Hospital de Autogestión San Bernardo; y 2) De segunda opinión, sincrónicas o asincrónicas, a cargo de profesionales altamente capacitados en salud mental y consumo problemático, se realizan interconsultas a los equipos de salud de toda la Provincia.

b) Observatorio de Salud Mental, aún no incluido formalmente en la Carta de Servicios. Es un órgano de coordinación intra e interinstitucional, intersectorial y con base comunitaria; sus actividades principales son la recolección, el procesamiento, el análisis y la publicación de la información relacionada a la salud mental y adicciones; es el que se encarga de la vigilancia epidemiológica en salud mental.

Tiene como misión, contar con un sistema de información que permita conocer la realidad de la provincia de Salta en materia de salud mental y adicciones. En función de esto, proponer instancias superadoras con el fin de acercar la realidad a los objetivos propuestos por la Ley de salud mental (Ley Nacional 26.657). Con respecto a su visión, busca ser una instancia de referencia provincial y regional en la definición de acciones políticas en materia de salud mental y adicciones. Su principal objetivo es promover el trabajo intersectorial y el análisis de la información en materia de salud mental y adicciones de forma integrada para optimizar la toma de decisiones en salud mental y adicciones.

Entre sus objetivos se busca promover el trabajo intersectorial y el análisis de la información en materia de salud mental y adicciones de forma integrada para optimizar la toma de decisiones en salud mental y adicciones. También, apunta a impulsar, desarrollar y

sostener la institucionalización de mecanismos de flujo de información multisectoriales, a promover la difusión de la información a distintos públicos; y a promover la capacitación oportuna en base a la realidad sociosanitaria de cada zona sanitaria de la Provincia.

Algunas de sus funciones incluyen, realizar seguimiento de las problemáticas de salud mental y adicciones, definiendo diferenciaciones entre zonas sanitarias; acompañar a la ejecución de las políticas sanitarias provinciales en materia de salud mental y adicciones; desarrollar e impulsar investigaciones interdisciplinarias, así como difundir información y publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que se realicen; asesora y acompaña a instituciones sociales y privadas en la materia de salud mental y adicciones; y acompaña la formación e incorporación de recurso humano con enfoque comunitario, de derechos, orientado a la salud pública y bajo la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Finalmente, formula y acompaña programas y cursos de capacitación en materia de salud mental y adicciones, articulando con carreras de grado y pregrado.

El Observatorio cuenta con cuatro áreas principales, cada una con objetivos y funciones. El área de Vigilancia Epidemiológica busca diseñar y poner a prueba un sistema de vigilancia que permita detectar y jerarquizar los aspectos más relevantes de salud mental y establecer su asociación con las condiciones de vida de la población; trabaja diseñando políticas de salud mental con estrategias contextualizadas y oportunas; busca unificar criterios generales para todas las áreas operativas en relación con la vigilancia epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Y diseña políticas de salud mental con estrategias contextualizadas y oportunas.

c) Capacitación e Investigación busca generar información que permita monitorear y evaluar las políticas públicas en salud mental y adicciones, mediante estrategias sistemáticas de recolección y análisis de datos. Otros objetivos incluyen, garantizar la actividad investigadora hacia la resolución de problemas de salud de la población; realizar una base de datos de investigaciones relacionadas a la salud mental de la población en Salta; socializar y generar eventos de capacitación, actualización y formación en materia de salud mental y adicciones, derechos humanos y políticas públicas; y crear redes de trabajo, investigación y formación en carreras de grado vinculadas con la salud mental.

Sus líneas de acción implican el fomento de investigaciones, análisis de situación de un tema, que permitan conocer la población, su situación en relación con la temática y el contexto donde se desarrolla su vida cotidiana. Capacitación y acompañamiento en metodología de la investigación científica aplicada para facilitar la organización de grupos de investigación. Participación en espacios de formación de las residencias de posgrado de salud mental de la provincia de Salta. Y, articulación con las carreras de grado en salud

mental, educación continua e inducción a profesionales de la salud mental al sistema de salud público.

Finalmente, el área de Participación tiene como objetivos socializar y generar eventos en materia de salud mental y adicciones, derechos humanos y políticas públicas, en conjunto con la comunidad. Y facilitar la accesibilidad a los servicios de salud a la población en general. Entre sus acciones se encuentran la realización de producciones de difusión, a través de guías, folletería, redes sociales; fomentar Informes, impulsar la confección y aplicación de encuestas poblacionales; así como la creación de espacios de diálogo con la comunidad, la generación de información relacionada al cuidado de la salud de la población, recomendaciones e información importante.

Objetivos de la pasantía

Objetivo general

Identificar los aportes a las políticas públicas provinciales del Programa de Investigación y Docencia de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones perteneciente al Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta en el año 2025

Metodología

Instrumentos y materiales utilizados.

Con el objetivo de recoger la mayor información posible, se utilizaron los siguientes instrumentos.

Observación participante. Supone el uso sistemático de los sentidos en la búsqueda de datos relevantes. Se trata de percibir activamente la realidad exterior. Se considera pertinente a la hora de llevar a cabo la pasantía, pues permite percibir formas exteriores de conducta así como también experimentar las sensaciones y percepciones de los miembros del grupo o realidad abordada, llegando así a una comprensión de las actitudes y valores que intervienen. Agrega una dimensión emocional que enriquece los datos. Se asienta en el uso de la bitácora de campo.

Se trata de una técnica sumamente utilizada múltiples ámbitos, supone observar en tanto “profundizar en por qué las personas se comportan y se desenvuelven de una determinada manera (...) tiene que ver con intentar comprender motivaciones, comportamientos y reacciones(...), el espacio (...) y el tiempo” (Oláz, 2023) Permite llegar a captar significados que ayuden a quien la utilice a comprender mejor la realidad que

estudia. Participar, por su parte, implica intervenir, actuar, comunicarse, formar parte. (Oláz, 2023)

Es crucial en cualquier tipo de inserción en cierto campo, o trabajo que requiera familiarización y conocimiento de un contexto e institución, como es el caso de la presente pasantía. Es la base y complemento de otras herramientas, como la bitácora de campo. El observador se insertará en el grupo o situación que abordará, y desde allí podrá acceder a significaciones que las personas dan a su realidad. “Permite estudiar los procesos, las relaciones entre personas y eventos, la organización y el contexto cultural” (Mendoza P. y otros, 1999)

Entrevista semiestructurada. La entrevista consiste en una interacción social cuyo objeto es recolectar datos con un fin determinado. Supone comportamientos verbales que permiten extraer información sobre representaciones asociadas a sucesos vividos; permite también recoger subjetividades. Es de suma utilidad, considerando que la información que se extraerá de ella no es exactamente igual a la dada por el interlocutor, ya que supone análisis profundo y hasta cierta interpretación de los contenidos verbales y no verbales.

La entrevista consiste en una técnica de recolección de datos, utilizada muchas veces por la capacidad que posee para obtener datos contextualizados e individualizados. Existen diferentes tipologías que responden a distintos criterios. Uno de los más empleados es el criterio de grado de estructuración, distinguiendo la entrevista estructurada, la semiestructurada, y la entrevista no estructurada o abierta. Se decidió para la realización de la pasantía el uso de la entrevista semiestructurada como instrumento ya que “permite explorar distintos puntos de vista de manera subjetiva, así como profundizar en las distintas experiencias de las personas entrevistadas y adaptarse a distintos marcos teóricos o concepciones epistemológicas” (Ibarra-Sáiz y otros, 2023) Este tipo de entrevistas ofrecen la posibilidad de profundizar en las creencias, ideas y opiniones de las personas entrevistadas. (Ibarra-Sáiz y otros, 2023)

En este tipo de entrevista, la persona que cumpla el rol de entrevistador no solo podrá recoger información sobre personas o eventos pertinentes, sino que podrá profundizar en el contexto que rodea a cada individuo entrevistado, y la percepción del mismo respecto a algo en específico. Habrá temáticas generales que orienten el proceso de recogida de información, pero su orden y formulación podrán ir cambiando, en función de lo que el entrevistador considere significativo en función de sus objetivos. (Ibarra-Sáiz y otros, 2023)

Específicamente, la entrevista semiestructurada se caracteriza por un mayor grado de flexibilidad que una entrevista cerrada o estructurada, otorgando la posibilidad de adaptarse a los sujetos a los que se entrevista. Se considera un recurso de gran utilidad en una pasantía, al poder plantearse preguntas que orienten el intercambio, pero con la suficiente flexibilidad para permitir que el sujeto entrevistado pueda expresarse más allá de las preguntas que el entrevistador pueda haber anticipado. Su espectro de aplicación es sumamente amplio, son los mismos actores sociales los que ofrecen la información. Y completan la observación mediante el acceso a información difícil de observar directamente. (Díaz-Bravo y otros, 2013)

El modelo de entrevista semidirigida a emplear se encuentra en anexo 3.

Análisis documental: se considera un instrumento fundamental para la realización de la pasantía, especialmente al considerar que la Secretaría de Salud Mental y Adicciones trabaja con numerosos documentos oficiales, con leyes, y también genera sus propios documentos. El análisis documental consiste en “un conjunto de operaciones intelectuales, que buscan describir y representar los documentos de forma unificada sistemática para facilitar su recuperación.”(Dulzaides Iglesias y Molina Gómez, 2004). Además, “comprende el procesamiento analítico-sintético que, a su vez, incluye la descripción bibliográfica y general de la fuente, la clasificación, indización, anotación, extracción, traducción, y la confección de reseñas”(pár.6, 2004) . No simplemente es un reflejo de la información procedente del documento o fuente original, sino que supone también nuevos mensajes resultantes del análisis realizado.

Bitácora de campo. Es una herramienta que permite el registro de avances y resultados en un proceso de investigación (o pasantía). Vasilachis de Gialdino (2006) destaca su utilidad al permitir la explicitación por escrito de observaciones, sentimientos y emociones, además de ser fundamental para organizar la experiencia del observador. Se pueden incluir en él intuiciones, actividades diarias, acontecimientos, y facilita la detección de sesgos personales. (p.136)

Es uno de los instrumentos de recolección de información más importantes, sobre el cual se sostienen otros, como la observación participante y la entrevista. Es fundamental su inclusión en la pasantía pues permite registrar cualquier forma de recolección de información, y anotar experiencias personales y observaciones sobre el contexto, las vivencias, los actores y reflexiones. Consiste en registrar los acontecimientos diarios considerados relevantes y el conocimiento que se va extrayendo del trabajo de campo; ofrece también la posibilidad de asentar tanto los aspectos fenomenológicos cotidianos con

los que el pasante se encuentra, como también reflexiones personales y subjetividades que su tarea diaria le despiertan. Es una manera de evitar cualquier pérdida de información relevante, que permitirá a su vez contextualizar y completar los aportes de los otros recursos de recolección de datos.

El modelo de diario de campo se encuentra en el anexo 4.

Actividades realizadas

Todas las actividades realizadas fueron acompañadas por la directora de pasantía, en el marco de las funciones del Programa de Investigación y Docencia. Las principales herramientas empleadas fueron la observación participante y la bitácora de campo, que permitieron mantener un registro lo más objetivo posible para más adelante realizar el análisis.

En un primer momento, las actividades estuvieron orientadas a la inserción en la institución, lo que supuso realizar un recorrido no solo por las distintas áreas y profesionales a su cargo del Programa, sino también del resto de las áreas de la SSMYA: Dirección General de Redes Sanitarias, Programa de Articulación Interinstitucional, GUIAF, Centro socio sanitario Mark'ay, Sala de Situación de Vigilancia Epidemiológica y consultorios de Telesalud en salud mental.

A lo largo de la pasantía se realizaron numerosas entrevistas al equipo de profesionales que forman parte tanto del Programa como de algunas áreas de la Secretaría. Las entrevistas fueron codificadas a fin de anonimizar la información obtenida, de esta manera se encuentran con la letra E y el número correspondiente (ver Anexo 10).

Por un lado, se realizaron entrevistas a dos de las tres psicólogas que forman parte del equipo de Telesalud. Cada una permitió conocer los propósitos del área, así como sus alcances, y poder realizar comparaciones a partir de la mirada de quienes lo forman. Se conocieron, a través de las psicólogas entrevistadas, sus principales objetivos, así como experiencias como psicólogas a través de dispositivos virtuales. Fueron reconocidos también los límites que esta modalidad impone al tratamiento de pacientes en localidades alejadas o remotas de la provincia.

También se realizó una entrevista a la directora de Redes Sanitarias de Salud Mental, dirección bajo la cual se encuentra el Programa de Investigación y Docencia. A partir de la misma, se pudo conocer el principal objetivo de la Dirección, así como algunas de las funciones a su cargo. Se manejan desde proyectos de investigación de grado y

posgrado, rotaciones de distintas residencias, incluso posibilidades de realizar pasantías de estudiantes universitarios. La entrevista también permitió conocer la influencia de la Dirección en los aspectos más normativos, en cuanto revisar y actualizar normas vigentes, resoluciones, protocolos y modos de funcionamiento. Es decir, empezar a tomar contacto con el trabajo de la Secretaría en relación con las políticas públicas sanitarias.

Se entrevistó en otra oportunidad a la coordinadora de la Secretaría, permitiendo conocer desde su perspectiva los objetivos de la institución, la accesibilidad y generación de políticas públicas sanitarias en salud mental. También se conversó sobre los prejuicios alrededor del suicidio y las adicciones, y las acciones tomadas y a tomar frente a esto.

Una última entrevista realizada fue a la vigilante epidemiológica de la Secretaría, la cual permitió profundizar aspectos sobre el trabajo en vigilancia, cómo hacerlo, y qué implicaciones supone el nuevo circuito de notificación obligatoria del intento de suicidio, comparándolo con la anterior manera de notificarlo que se venía realizando en la provincia previo al establecimiento del intento de suicidio como un evento de notificación obligatoria.

Se realizó también el acompañamiento y participación en actividades territoriales.

Comisiones de Servicio a las Áreas Operativas

Una de las principales actividades fueron las capacitaciones a distintas áreas operativas sobre el circuito de notificación obligatoria del intento de suicidio, espacialmente considerando que fue declarado como evento de notificación obligatoria por resolución nacional en 2022, por lo que ha resultado necesario el acompañamiento y la instrucción de los distintos equipos sanitarios en su llenado y carga en el sistema de información argentina. Estos encuentros implican, generalmente, el traslado del equipo del Programa a las distintas áreas operativas, tanto del interior como de capital.

Con este propósito se presentó la oportunidad de realizar dos visitas: AO 17 El Galpón y AO 22 Gral. Güemes; estas comisiones permitieron conocer más de cerca el funcionamiento del sistema de salud pública de la provincia, sus componentes, ciertas fortalezas así como también algunas limitaciones. Igualmente, se participó de la capacitación a psicólogas de la Dirección de Primer Nivel del AO norte de la zona sanitaria Centro.

Por otro lado, se llevaron a cabo encuentros virtuales, principalmente con los equipos de diversas Áreas Operativas del interior de la provincia, con el propósito de

esclarecer sus dudas en relación con distintos aspectos, no solo del circuito de notificación, sino también de los diagnósticos y de los enfoques a considerar.

En el marco de las capacitaciones vinculadas al circuito de notificación obligatoria, se participó en encuentros con distintos establecimientos sanitarios, entre ellos el Hospital Materno Infantil y el Hospital San Bernardo. En el primero, la reunión fue breve y se llevó a cabo únicamente con la vigilante epidemiológica, con quien se resolvieron algunas dudas puntuales relacionadas con el cargado de datos. En cuanto al Hospital San Bernardo, el encuentro se realizó con el equipo de salud mental, con el objetivo de capacitar sobre el circuito de notificación obligatoria y responder a las inquietudes del equipo. Como resultado de esta última reunión, se acordó el compromiso por parte del equipo de salud mental de enviar semanalmente los registros de intentos de suicidio, a fin de asegurar su adecuada carga en el SISA y evitar los atrasos o pérdidas de datos que se presentaron durante el año 2024.

Un encuentro virtual destacable, en el que se pudo estar presente, fue el que sostuvo la directora de Redes de la Secretaría con el equipo de salud mental del área operativa número 4 Morillo, fundamentalmente la psicóloga y la trabajadora social que residen allí. Ellas presentaron las principales problemáticas de la localidad, fundamentalmente vinculadas a la desnutrición infantil y la deserción escolar. Otra gran preocupación, vinculada a las anteriores, fue la del consumo de sustancias por parte de jóvenes allá. Entre las conclusiones a las que se llegó con el encuentro se destacan la propuesta de trabajar en el armado de protocolos de intervención y acción conjuntamente entre el equipo de la Secretaría y el equipo de salud mental de Morillo, y el acuerdo desde representantes de la Secretaría de seguir en contacto permanente y colaborar con el grupo de acompañamiento empezado por la psicóloga y trabajadora social. Finalmente, se sugirió también la articulación con otros dispositivos.

Actividades Territoriales

Desde el rol de observación participante, se formó parte activa de diversas reuniones junto al equipo del Programa, manteniendo una presencia constante, en los encuentros internos del equipo y en aquellos desarrollados junto a la directora de Redes. Además, se participó de instancias territoriales, que incluyeron visitas barriales y abordajes en terreno frente a problemáticas sociales específicas, lo que le permitió profundizar en la dinámica de trabajo interinstitucional y en la articulación de respuestas frente a situaciones

complejas en contextos comunitarios. Estas actividades se realizan en conjunto con la Dirección de Prevención e Inclusión que pertenece a la Dirección de Dispositivos Asistenciales.

En este contexto, junto al equipo del Programa, se realizó una visita al centro vecinal del barrio 20 de Junio, donde se llevó a cabo un encuentro con la organización “Vientos”. Esta organización trabaja especialmente con niños, niñas y jóvenes, promoviendo la construcción de proyectos de vida alejados del consumo de sustancias. Se compartió información valiosa y recursos útiles para fortalecer las intervenciones en el territorio. Como resultado del encuentro, se estableció un vínculo de colaboración, quedando el equipo a disposición de la organización para futuras acciones conjuntas, tales como capacitaciones, generación de registros compartidos y acompañamiento territorial sostenido.

Actividades de Vigilancia Epidemiológica

Otra de las tareas realizadas durante la pasantía consistió en la participación del análisis de los datos recogidos en relación a las prestaciones de salud mental de los distintos centros de salud y Áreas Operativas de la provincia, así como la codificación de los principales diagnósticos.

Otra de las actividades consistió en el rastreo de casos de intentos de suicidio y suicidios sin notificar en distintas bases de datos.

El circuito que se lleva adelante consta de dos grandes pasos: 1) Llenado de la ficha epidemiológica por parte del equipo de salud de las AO; y 2) Notificación del evento: este paso implica dos movimientos simultáneos: se envía en PDF la ficha al correo electrónico del Observatorio y al correo electrónico del área de vigilancia del AO en cuestión.

Por un lado, se revisó el correo electrónico, con el fin de registrar las fichas de notificación de intento de suicidio y suicidios con el objetivo de cruzar los datos con la base del área de vigilancia del Observatorio y localizar aquellos que no estaban cargados en SISA. Todo esto con el propósito de poder completar la base de datos 2024 de notificaciones obligatorias. A su vez, estas comparaciones permiten al equipo saber qué aspectos son necesarios reforzar en el equipo de las AO. De esta manera, al realizar las capacitaciones y encuentros, poder puntualizar en aquellos aspectos más débiles del equipo sanitario hospitalario.

Otra tarea consistió en la descarga de todas las prestaciones de psicología de los centros de salud de la Dirección de primer nivel de AO norte de la zona sanitaria Centro o

Capital, desde el sistema Acuario, para poder extraer datos importantes al momento de preparar la capacitación. La importancia de esta tarea está relacionada justamente con la necesidad de utilizar un adecuado diagnóstico al momento de completar la historia clínica. La correcta codificación fue un tema esencial en las distintas capacitaciones.

Actividades con la Dirección de Salud Mental de Nación

Se participó en distintos encuentros con el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Dirección de Salud Mental de Nación. La propuesta principal fue la implementación de unidades centinelas en todo el país; se trata de un proyecto piloto que busca conocer los motivos de las primeras consultas en salud mental en los servicios de salud públicos.

Para esto, se seleccionó el AO 22, Gral. Güemes, ya que cuenta con diferentes servicios en salud mental, los cuales pueden encargarse del llamado de fichas respecto a las consultas en salud mental: la residencia interdisciplinaria con orientación en APS (RIAPS), el servicio de salud mental y el dispositivo centro preventivo y asistencial Sumaq Kawsay.

Análisis documental

El funcionamiento del equipo del Programa de Investigación y Docencia y sus principales tareas, llevó a que se tomará contacto con algunas resoluciones ministeriales y leyes que encuadran su trabajo, y que no pueden ser desconocidas al insertarse en el equipo.

A su vez, las comisiones a distintas áreas operativas, y los constantes encuentros con diferentes equipos sanitarios no solo permitieron experimentar lo que supone trabajar en salud pública, sino que la llevaron a conocer aspectos epidemiológicos, sociales, y contextuales.

Sistematización

A continuación, se realizará un recorrido teórico-práctico que dé cuenta de lo experimentado a lo largo de la pasantía.

Presentación Secretaría

La Secretaría de Salud Mental y Adicciones pertenece al Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta. Cuenta con cuatro direcciones, la Dirección de Calidad de los Servicios, la Dirección de la Gestión Administrativa, la Dirección General de Dispositivos de Salud Mental y Consumos Problemáticos, y la Dirección General de Redes Sanitarias de Salud Mental, cuyo desarrollo está pensado dentro del gran propósito de ampliar o mejorar

la accesibilidad a los servicios de salud. De esta dirección forman parte el Programa de Articulación Interinstitucional y el Programa de Investigación y Docencia, en el cual se llevó a cabo la pasantía. Dicho Programa en la actualidad cuenta formalmente con tres áreas principales, la Supervisión de Vigilancia Epidemiológica, la Supervisión de Telesalud Mental Federal, y la Supervisión de Poblaciones Específicas.

En la práctica, el Programa funciona como un Observatorio de Salud Mental en el cual se pueden diferenciar tres principales áreas. Por un lado, el área de Capacitación, Docencia e Investigación que ofrece capacitación, actualización, formación y acompañamiento en materia de salud mental y adicciones, derechos humanos y políticas públicas, desplegando recursos para el adecuado desarrollo de profesionales que ocupan puestos en los servicios y dispositivos de salud. Implica *“proyectos de investigación, actividades de docencia, tanto de pregrado como de posgrado, de residencia, organizadas por la Secretaría o en las que se solicita, digamos, participar”* (entrevista 1)

Otra área del Observatorio es la de Vigilancia Epidemiológica la cual trabaja con un sistema de vigilancia que busca detectar y jerarquizar los eventos más importantes de salud mental, para tomar acciones en base a los datos recolectados. Se trata de conocer, comparar, articular y acompañar las diferentes situaciones y problemáticas de salud mental provincial; así como contribuir al diseño de políticas de salud mental con estrategias contextualizadas y oportunas.

Finalmente se encuentra dentro del Observatorio el área de Telesalud, con un equipo de profesionales de la salud mental que buscan brindar la posibilidad de acceder a un tratamiento psicológico y psiquiátrico a la población del interior de la provincia que no cuenta con psicólogos o psiquiatras en sus localidades. “

Es la atención mediante el dispositivo WebEx para atención de pacientes de psicología y de psiquiatría en las áreas operativas que no tienen esas especialidades y para segunda opinión en los casos en los que, por ejemplo, hay psicólogos y psicólogas que interconsultan con psiquiatría, con médicos, bueno, con cualquiera del equipo de salud (entrevista 1)

Con respecto a los sectores institucionales en los cuales se llevó a cabo la pasantía se incluye el Observatorio o formalmente Programa de Investigación y Docencia, con un mayor contacto con el área de Vigilancia epidemiológica. Cabe destacar la distinción que se ha venido realizando entre lo que está explicitado en los papeles, “formalmente”, y lo que ocurre “realmente”, en la práctica. Esto debido a que legalmente lo que funciona como Observatorio de Salud Mental es nombrado como Programa de Investigación y Docencia, y así figura en el último organigrama aprobado de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones. Estas distinciones respecto a cómo funciona una institución en la realidad y cómo está

definida oficialmente lleva a hacer aclaraciones en torno a la cuestión de lo instituido e instituyente.

La Secretaría de Salud Mental y Adicciones es una institución que ha sido definida de diversas maneras. Puede entenderse también como una organización, en tanto se conforma por “conjuntos de individuos que persiguen un fin común, así como espacios de interacción para desarrollar sus actividades cotidianas” (Alpuche de la Cruz y Bernal López, 2015). En este sentido, la Secretaría y las personas que la integran trabajan, en líneas generales, con el objetivo de mejorar el acceso de la población a la salud mental. Se trata de una organización pública, ya que fue “creada para atender necesidades sociales, regulatorias, normativas, de apoyo, etc.” (Alpuche de la Cruz y Bernal López, 2015), financiada principalmente con presupuesto estatal, cuya viabilidad depende del cumplimiento de sus propósitos en relación con la sociedad. Al tratarse de un sistema complejo, su evolución está determinada tanto por fuerzas internas —relacionadas con las capacidades, características e iniciativas de los individuos que la conforman— como por fuerzas externas, propias del entorno y fuera del control directo de sus actores.

La institución puede ser definida como “entramado de reglas compartidas entre actores sociales que estructuran actividades e interacciones recíprocas (...) un sistema de ideas y reglas que norman el comportamiento de los individuos tanto en los ámbitos organizacionales como societales” (Alpuche de la Cruz y Bernal López, 2015). Esto último permite deducir que la organización es una institución, con ciertas características que la distinguen, como la frontera que distingue miembros de no miembros; incluso, la institución es condición que permite la emergencia de organizaciones. Estas instituciones como sistemas de creencias y valores, no son sujetos con mente propia, sino que son creaciones sociales. Básicamente “(...) las agrupaciones humanas (organizaciones) soportadas por reglas y creencias (instituciones) no tienen mente propia, son los miembros de éstas quienes poseen capacidad de decisión y cierto margen de libertad” (Alpuche de la Cruz y Bernal López, 2015)

Esta institución surgirá como resultado de una convención, como decisión colectiva con algún propósito y, en tanto está compuesta por reglas, permitirá resolver problemas de grandes dimensiones y tomar decisiones que afectarán a sus miembros e incluso tendrán efectos en otros no miembros. Ahora, la institución no permanecerá intocable, inamovible de forma permanente. “La institución es la producción permanente de la dialéctica que enfrenta al instituyente y al instituido” (Barriga, 1979) Estos dos conceptos, lo instituido y lo instituyente, van a permitir entender el devenir, los cambios que ocurren dentro de una institución.

Al hablar de instituido se incluye el deber ser, la norma, el modelo a seguir, básicamente la definición de roles, funciones, tareas que constituirán la institución al

momento de crearse, “sendero hecho para un caminar orientado a metas bien precisas.” (Barriga, 1979) Lo instituyente viene a ser el margen de libertad con el cual los actores pueden actuar dentro de lo instituido, e incluso rebelarse ante la norma escrita, posibilitando justamente el devenir de la institución. “La institución, pues, no se define sólo como un conjunto de reglas exteriores al individuo y alienantes para él mismo, sino que incluye la dinámica del instituyente, anclado en la peculiaridad de cada ser humano.”(Barriga, 1979)

Lo desarrollado anteriormente resulta pertinente para el trabajo pues permite entender por qué se ha diferenciado la estructura “formal” del Programa de Investigación y Docencia, de lo que sería su funcionamiento “real”. Lo formal remitirá a lo instituido, lo establecido por la norma, lo aprobado en la carta de servicios de la Secretaría y que define áreas y tareas. Lo real remitirá a lo instituyente, lo que funciona actualmente, dentro de los objetivos establecidos, pero que se rebela de lo instituido en ciertos aspectos. El Programa funciona como un Observatorio, no omite ni incumple lo acordado a nivel normativo, pero le da una vuelta.

Es importante comprender qué caracteriza a un Observatorio para poder entender la decisión funcional de reemplazar el nombre del Programa por este término. Un observatorio puede ser definido como

instrumento destinado a la recopilación sistemática y permanente de datos y su conversión en información, dotándola de importancia y propósito. Su actividad se centra en algún fenómeno natural, social o económico, y se utiliza para profundizar en el conocimiento de su trayectoria y tendencias, al mismo tiempo que crea las condiciones e infraestructura suficientes para monitorear y validar su comportamiento y evolución. (Angulo Marcial, 2009)

Básicamente, un observatorio es una herramienta destinada a la recolección, procesamiento y análisis de información destinada al conocimiento y comprensión de una determinada temática. A su vez, supone el adecuado empleo y difusión de la información recopilada, pues observar no es el fin en sí mismo. No se trata solo de entender un determinado fenómeno, sino emplear esa información para orientar las acciones necesarias. “los observatorios no entienden que la observación sea un fin en sí mismo sino que son conscientes de que se trata de un medio. Es decir, no observan sólo por observar, sino que observan para algo (...) pretenden reformar algo.” (Angulo Marcial, 2009)

Un observatorio va a implicar la captación, procesamiento, análisis, evaluación y difusión de información y, a su vez, su trabajo servirá para la toma de decisiones respecto al fenómeno o problemática estudiado. Se debe emplear inteligentemente la información recuperada, “se trata de considerar la información como materia prima del conocimiento y soporte a la acción”(Angulo Marcial, 2009). Desde luego que un observatorio puede rebasar las funciones de recolección, análisis y difusión de la información, asumiendo otras

tareas. Es justamente lo que sucede con el Observatorio de Salud Mental de la Secretaría, que no solo cuenta con un área de vigilancia epidemiológica que cumple las funciones de monitoreo y seguimiento permanente de información en relación a las problemáticas de salud mental, sino que cuenta además con las áreas de Telesalud y de Capacitación, docencia e Investigación. Es decir que el Observatorio funciona como instrumento para captar información, pero a la vez ha logrado generar estrategias y proyectos a partir del conocimiento generado.

No es el mismo Observatorio el que tomará todas las acciones pertinentes en función de la información recolectada y procesada, pero permitirá, como resultado del monitoreo, seguimiento y evaluación del fenómeno, en este caso de las problemáticas de salud mental y fundamentalmente del intento de suicidio y suicidio, que las autoridades y responsables pertinentes puedan diseñar políticas públicas, decidir si continuar, modificar, crear o eliminar proyectos e intervenciones.

La Secretaría de Salud Mental y Adicciones es la única instancia del Ministerio de Salud Pública provincial que, teniendo función normativa, tiene también a su cargo el nivel operativo. En salud pública, el nivel normativo se refiere a la creación y aplicación de leyes, reglamentos y políticas que regulan la salud y la seguridad pública, mientras que el nivel operativo se enfoca en la ejecución de esas políticas a través de servicios, programas y acciones concretas en el terreno. Es decir, el nivel normativo establece el "qué" y el "cómo", mientras que el nivel operativo se ocupa de la implementación y el "hacer".

En la Secretaría, este nivel operativo está constituido por 7 dispositivos que dependen de la Dirección General de Dispositivos de Salud Mental y Consumos Problemáticos. Se trata del Programa de Primer Nivel de Resolución, el Programa Marq Ay, el Programa Cedit, el Programa Tinku, el Programa Puente Norte, el Programa Sumaq Kawsay y el Programa Guiaf.

La Vigilancia Epidemiológica

Una de las tres principales áreas del Programa de Investigación y Docencia es la de Vigilancia Epidemiológica, que sigue fundamentalmente los casos de intentos de suicidios y suicidio, para asegurar su correcta notificación y carga en el sistema correspondiente. Su funcionamiento tiene su raíz en la epidemiología, una ciencia que tiene a su cargo el seguimiento de enfermedades o, más bien, eventos vinculados con la salud (y salud mental) de una población.

Alarcón (2009) define la Epidemiología como "ciencia que estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos" (p. 2) no reduciendo su objeto de estudio meramente a enfermedades, sino más bien a todo lo que supone un problema de salud para la población.

Desde luego que las enfermedades infecciosas y las crónicas no infecciosas son de suma importancia para esta ciencia, pero hablar de problema de salud permite abarcar eventos que no se incluyen en una definición tradicional de enfermedad, pero afectan el bienestar de la población, como lo es por ejemplo, la problemática del intento de suicidio. (Ministerio de Salud Pública Nacional (a), s.f.)

Este cambio ofrece una perspectiva más integral de la salud incluyendo también la importancia de considerar las condiciones de la población estudiada, apuntando incluso a un enfoque más comunitario. La epidemiología no se reduce a una simple recolección de datos, sino que tiene la posibilidad de volverse una herramienta estratégica para la planificación, conducción de sistemas de salud, toma de decisiones y resolución de problemas. Su contribución se extiende desde la identificación de poblaciones y áreas prioritarias, diagnóstico y medición de necesidades de salud útiles hasta la planificación, ejecución y evaluación de propuestas resolutorias. (Ministerio de Salud Pública Nacional (a), s.f.).

Esta ciencia también alcanza, o debería hacerlo, la toma de decisiones de autoridades en el nivel de salud. El Manual de la Vigilancia Epidemiológica de la Organización Panamericana de Salud (1996) plantea como algunas de estas contribuciones la “orientación general de las políticas de desarrollo de la salud”; “orientación estratégica que contribuya a identificar los objetivos y prioridades de los programas organizativos, las responsabilidades de los organismos vinculados al sector salud y el uso de una tecnología apropiada”; “movilización y asignación racional de los recursos hacia las prioridades establecidas y vigilancia de su utilización”; “actualización sistemática de los objetivos y planes de acción nacionales, locales y comunitarios”; “elaboración de normativas para la acción sanitaria y su gestión”; “mantenimiento de la información pertinente, oportuna y precisa en apoyo de las decisiones y de la gestión” (p.5) entre muchas otras que es posible otorgarle.

Cabe destacar la importancia de la identificación de necesidades y problemas que lleva a cabo la epidemiología, pues a partir del conocimiento de una situación es que se puede determinar la prioridad o urgencia de la misma, para poder de allí fijar objetivos, actividades y ejecutar las acciones necesarias para el abordaje o la resolución de la problemática. La información que esta ciencia analiza y genera contribuye a formar un “sistema de información para la acción”(Organización Panamericana de Salud [OPS], 1996), contribuyendo a buscar soluciones. El manual citado indica:

Es necesario convertir los datos en indicadores, los indicadores en índices y los índices en vigilancia epidemiológica, en el sentido de una información para la acción que ofrezca al poder decisorio en salud una evaluación lo más exacta posible de las condiciones de vida y de salud/enfermedad de su comunidad. (p.21).

De esta manera la epidemiología puede evaluar lo que sucede, y en base a esto establecer lineamientos sobre qué hacer con esto que sucede. Y para llevarlo a cabo, cuenta con la recién mencionada vigilancia epidemiológica. Vigilar remite a estar en un constante estado de alerta, atento a lo que sucede en una población. Se la puede definir como “conjunto de actividades que permite reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad (o los problemas o eventos de salud)” (OPS, 1996) es decir, primeramente se destaca por ser un sistema de información esencial en las problemáticas de salud de una población.

Siguiendo la definición, “detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones de factores condicionantes, con el fin de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, las medidas indicadas, eficientes, que lleven a la prevención y el control de la enfermedad” (OPS, 1996). Se trata de acceder a información sobre las condiciones de salud de la población (salud integral, no solo física) para poder, con el conocimiento recolectado, poder hacer algo al respecto.

Entre los usos generales que se le pueden dar a los datos recogidos por un sistema de vigilancia se pueden incluir la contribución a la situación de salud de una población, la definición de prioridades de salud pública, evaluación de programas y conducción de investigaciones. La vigilancia implica una observación sistemática, constante, rigurosa y seria, para recolectar y procesar información que permita tomar decisiones de intervención en base a ella. También supone un seguimiento y control continuo de la situación de salud de la población. Se trata de usar la información que se genera para la acción. (OPS, 1996)

Dentro del Programa de Investigación y Docencia se encuentra el área de Vigilancia Epidemiológica, en la cual se encuentran dos licenciadas de psicología, y una supervisora. En conjunto se lleva a cabo un trabajo escrupuloso en el seguimiento de las problemáticas de salud mental, especialmente los casos de intentos de suicidio y suicidio, los cuales pasaron a ser un evento de notificación obligatoria a nivel nacional a partir del 2023. Un evento sanitario pasa a ser de notificación obligatoria por su relevancia en la salud de la

población y por la importancia de que tenga un seguimiento que permita su control y acciones para su disminución.

Salta, sin embargo, ya había comenzado con una notificación y una ficha provincial propias sobre los casos de intentos de suicidio, desde 2018. La coordinadora había creado una ficha epidemiológica local, lo que permitió comenzar una vigilancia más rigurosa sobre el evento. Al pasar a ser de notificación obligatoria, el equipo de la Secretaría comienza a trabajar con los vigilantes epidemiológicos de las distintas áreas y servicios de salud, pues son éstos los que tienen acceso al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud para poder hacer los registros.

La vigilancia epidemiológica utiliza planillas o fichas de registro que permiten recolectar la información necesaria sobre el evento. Este registro debe ser completo, continuo y riguroso, teniendo en cuenta que es sobre esta información recogida que se podrá evaluar la situación de salud, y sobre esa evaluación, poder tomar decisiones y planificar qué hacer ante estos datos. Si se quiere prevenir un evento como es el suicidio, es necesario contar con mayor información sobre intentos, y tomar decisiones adecuadas para lograrlo. Es justamente la vigilancia la manera de contar con esa información.

En 2018 la vigilancia de la Secretaría introduce la ficha provincial de notificación del intento de suicidio, junto a un seguimiento de las mismas en las distintas áreas. En 2023 se determina a nivel nacional la decisión de que el intento de suicidio pase a ser de notificación obligatoria. Salta ya había empezado dicha notificación, pero a partir de allí fue necesario introducir el modelo de ficha definido por Nación, lo que implicó la necesidad de capacitar a aquellos vigilantes que ya venían realizando la notificación, para que pudieran adaptarse a lo nuevo. El Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria del Ministerio de Salud (2022) define al intento de suicidio como “todo comportamiento para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.” (p. 482) Pudiéndose clasificar con resultado mortal o sin resultado mortal.

En una entrevista con la coordinadora, ella señala que fue entonces necesario *“visitar a los vigilantes, capacitar a los equipos de salud, instalar la nueva ficha” “era disparar por todas partes el tema de la ficha y de la notificación.”* (entrevista 3). La comunicación entre los equipos de salud de cada área con la vigilancia del Programa es fundamental para poder asegurar que se realice un adecuado registro, especialmente frente a cierta resistencia de algunos vigilantes a cargar la ficha en sistema, o incluso de algunos miembros del equipo de salud para llenar dicha ficha. De ahí la importancia de la capacitación, que también es una área que asume el Programa.

Es importante tener en cuenta que la notificación del intento de suicidio, como evento de notificación obligatoria, supone un circuito establecido que no siempre es cumplido por los vigilantes de los distintos servicios de salud de la provincia. En el instructivo de Nación publicado para los equipos de salud sobre Notificación de Intentos de Suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0 (2023), se detallan los pasos a seguir. El primer dato de suma importancia es el sistema de información digital sobre el cual se realiza la notificación obligatoria, llamado Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria SNVS 2.0. Este sistema pone a disposición la información sobre estos eventos sanitarios, permitiendo su control y su prevención, y dando lugar a que se lleven a cabo acciones y se tomen decisiones en base a ella.

Este sistema de vigilancia se encuentra dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), el cual recopila información correspondiente a acciones sanitarias, actores al servicio de la planificación y gestión de las políticas sanitarias por parte de las administraciones públicas.que intervienen, permitiendo ordenar la información sanitaria y colocarla “al servicio de la planificación y gestión de las políticas sanitarias por parte de las administraciones públicas.” (Ministerio de Salud, 2023) Este sistema de información lo que busca es “intervenir precozmente en su prevención y/o control. Es, a su vez, un sistema de comunicación que conecta a los múltiples actores que intervienen en el circuito de atención - diagnóstico - seguimiento - prevención - control de enfermedades” (Ministerio de Salud, 2023)

Ahora, este sistema es el que debe utilizarse al momento de notificar eventos como los intentos de suicidio. Todo profesional de la salud que toma contacto con un evento de notificación obligatoria como es el suicidio tiene la obligación de notificar dicho evento, lo que supone el llenado de la ficha epidemiológica, para que la misma llegue al vigilante de su jurisdicción y pueda ser notificado en SISA.

Este circuito de notificación obligatoria presenta los siguientes roles obligatorios. Por un lado está el profesional de salud que interviene en el caso, que toma contacto con el evento en el centro de salud o en el hospital, o incluso un consultorio, y debe registrarlo de forma escrita completando la ficha de notificación obligatoria. Otro actor fundamental es el vigilante epidemiológico de cada establecimiento sanitario, aquél que tenga acceso a SISA e idóneamente se encuentre capacitado para notificar eventos, y que deberá subir las fichas elaboradas por los profesionales en contacto con los casos. (Ministerio de Salud 2023)

Es importante resaltar que es obligación de cualquier profesional de la salud que entra en contacto con uno de estos eventos, completar la ficha de notificación obligatoria. Por otra parte, los responsables a nivel ministerial también están obligados a notificar en caso de que los efectores de salud no lo hayan hecho, ya que caso que no se notifica en SISA, los datos se pierden. Un sistema completo es un reflejo de lo que sucede en la población, y es lo que permite generar acciones que se adecúen a lo que verdaderamente está pasando. (Ministerio de Salud, 2023)

Básicamente, el circuito de notificación obligatoria de casos de intentos de suicidio comienza con el ingreso del evento, que es por lo general a través de un servicio de emergencias, aunque puede darse el caso de que sea detectado en algún consultorio, a través de agentes de APS o por internación. Ante este ingreso, lo primero que debe hacerse es llenar la ficha papel, lo cual es de carácter inmediato pues es esta ficha la que debe ser entregada al vigilante epidemiológico del servicio que recibió el intento, para ser cargado en SISA, lo cual debería hacerse dentro de los 7 días de recibido el caso.

El circuito no termina con la notificación cargada, esta información será utilizada por el área de vigilancia de la Secretaría para realizar análisis sobre la situación de la provincia

y de cada una de sus áreas operativas y, a partir de estos análisis es que se podrán trazar líneas de acción sobre lo que habrá que hacer para su disminución, o mejora de la salud mental local. Por otro lado, el servicio que ha recibido la persona con un intento, deberá encargarse de la derivación a salud mental para que el abordaje psicológico, psiquiátrico o interdisciplinario del paciente. Es decir, el circuito incluye la notificación, pero también la atención, seguimiento y posvención.

A pesar de que en Salta la notificación del intento de suicidio ya era obligatoria a partir de 2018, aún así el área de vigilancia epidemiológica de la Secretaría presenta algunas dificultades. Por un lado, el circuito recién descripto aún no es respetado en muchos de los casos que llegan de intentos de suicidio, ya sea por resistencias de los equipos de salud, o por desconocimiento de dicho circuito. Además, algunos profesionales aún se aferran a la anterior ficha provincial, y se resisten a completar la nueva, dejando mucha información importante de lado. Se verá en otro apartado las capacitaciones que la Secretaría lleva adelante para mejorar la notificación de intentos de suicidio, para que el llenado de las fichas sea lo más riguroso posible, y se lleve a cabo a tiempo.

Otra gran dificultad es el tema de que muchos suicidios consumados no llegan a los hospitales o consultorios, sino que tienen lugar en viviendas, en la vía pública. Estos casos son registrados por la policía, no por un referente del área de salud. Una de las maneras de tener acceso a esta información es la que resolvió la vigilante de la Secretaría, quien expresó comunicarse con las comisarías para poder registrar los datos caso por caso. Ella lo describe como un “gran trabajo de pesquisa” pues tiene que tomar contacto con las distintas comisarías, solicitar esta información, muchas veces se tienen que redactar notas desde la Secretaría para que otorguen este acceso, o a veces los oficiales directamente solicitan que se comuniquen con el Cuerpo de Investigaciones Fiscales. Lo que la supervisora está haciendo al comunicarse con cada una de estas instituciones es lo que el Manual de Vigilancia Epidemiológica de La Organización Panamericana de Salud (1996) remarca al referirse a la recolección de información en la vigilancia epidemiológica y la importancia de una comunicación fluida con los distintos sectores:

Recolección de la información: esto implica un proceso de notificación, la existencia de canales de comunicación y un sistema de registro para la información, a los diferentes niveles resolutivos del sistema de salud. Debe considerarse no solamente la información del propio sistema de salud, sino de otras fuentes o instituciones que contribuyan a su integralidad. (p.48)

Otro obstáculo para el funcionamiento correcto de la vigilancia es la demora en la notificación de los casos de intentos de suicidio. Se mencionó que la fecha límite de notificación en SISA es de 7 días. Esto difícilmente se cumple en la mayoría de los servicios, lo que significa que la información que maneja la Secretaría no está actualizada y se encuentra incompleta, lo que a su vez no permite conocer verdaderamente la situación de la provincia en relación al suicidio y sus intentos. Por ejemplo, el equipo a cargo ha debido dedicar estas primeras semanas del año al rastreo de casos no notificados en SISA de las distintas áreas operativas y sus servicios de salud, pues los notificados eran muchos menos de los que efectivamente habían recibido ficha. Esto lo saben debido a que los efectores que completan la ficha papel envían una foto de la misma al mail de vigilancia de la Secretaría, y con esos mails llegan alertas al equipo.

Sin embargo, al comparar las fichas enviadas con los casos registrados en el SISA, se observó que estos últimos eran significativamente menores. Incluso se identificaron servicios que ni siquiera completaban la ficha en papel correspondiente a la notificación nacional. Ante esta situación, fue necesario comunicarse con dichos servicios para indagar los motivos y acceder a la información registrada sobre los casos de intentos de suicidio y suicidios recepcionados por ellos. En otras palabras, debido al incumplimiento del circuito obligatorio de notificación, el equipo de vigilancia de la Secretaría se vio obligado a realizar una búsqueda y comparación minuciosa entre los casos notificados y no notificados en SISA durante el año 2024.

Se podría cuestionar el por qué tomarse el trabajo de revisar cada área operativa de la provincia, y sus servicios de salud principales en búsqueda de casos no notificados de intentos de suicidio del 2024 cuando ya es información atrasada y cuando, al mismo tiempo,

debe controlarse la carga de fichas de este año. Sin embargo, sin los casos notificados en SISA, esos datos básicamente se pierden y, como se mencionó antes, es a partir de los datos formales que se pueden discutir estrategias y planificar acciones para revertir la situación no deseada. Poder conocer la verdadera situación de intentos de suicidios de Salta va a permitir que las autoridades ministeriales apoyen acciones y publiquen medidas para el mejoramiento de la misma.

Por otro lado, las notificaciones del 2025 también están siendo revisadas al mismo tiempo, y se está trabajando para que lo que sucedió en 2024 no vuelva a suceder este año. Es por eso que el área de Vigilancia Epidemiológica del Programa está en constante contacto con los efectores y vigilantes de las distintas áreas y servicios de salud, y planifican encuentros para poder capacitarlos en el circuito de notificación obligatoria y la importancia que representa. Ya que, incluso cuando se cumple la carga de la notificación en SISA, no siempre están cargadas adecuadamente, ya sea por errores de tipeo, diagnósticos inadecuados, o incluso intentos sin resultado mortal que son colocados como con resultado mortal, entre otros. Se trata de que estos errores no se repitan, y que la ficha sea llenada lo más completamente posible. Recordando que es esta información la que será base para la toma de decisiones y la planificación de medidas en función de la misma.

En relación a esto, la vigilante de la Secretaría también se encarga de procesar la información de las notificaciones de intentos de suicidio. En sus palabras, *“recibo las notificaciones, hago la parte estadística, saco lo que serían tasas de mortalidad, de morbilidad, de incidencia, caracterización de población, eventos que llegan a los hospitales, que se registran en las guardias, o por el servicio de psicología.”* (entrevista 5) Se trata de la labor de procesamiento de información, es decir, su análisis, comparación, estadística, elaboración de tasas e indicadores que representen a la población, y a partir de las cuales se pueda generar líneas de acción. Hay que recordar que el suicidio es prevenible, y su abordaje parte de su detección temprana.

La vigilancia epidemiológica entonces supone un seguimiento continuo de eventos sanitarios de relevancia nacional, entre los que se incluyó recientemente el intento de

suicidio. De esta forma, es capaz de producir información necesaria y relevante, a partir de la cual se generen base de datos y se pueda conocer la situación general de la provincia, conocimiento que sirva para la toma de decisiones y la evaluación de las medidas tomadas. Es de importancia destacar que “el Sistema de Vigilancia Epidemiológica por sí mismo no produce cambios; sino que es una herramienta que produce esencialmente información de utilidad para que los tomadores de decisiones ejecuten los cambios necesarios.”

(Barrionuevo, Graña y Silva, 2008)

El área de Vigilancia Epidemiológica del Programa trabaja desde la mirada de adelantarse a los eventos de suicidio, ofreciendo información que permita diseñar intervenciones oportunas, generar estrategias para su prevención y mejora en la accesibilidad a servicios de salud, y llevar a cabo acciones de promoción de salud mental y abordaje de víctimas y familiares de la misma, recordando que el suicidio no es un acto individual sino que afecta a las personas que rodean a la víctima del mismo.

Esto explica por qué el suicidio es una problemática de salud pública, pensarlo como un acto individual es simplificarlo y negar su carácter social, presente tanto en sus causas como en sus efectos. No hay una causa única y personal que lo explique, tiene múltiples determinantes que suponen un contexto histórico y comunitario; “ningún factor es suficiente para explicar por qué se suicida una persona”(…) “Esta multicausalidad es la que nos convoca a construir una perspectiva integral en su abordaje” (Ministerio de Salud Pública Nacional (b), s.f.) El suicidio es una problemática social no individual, y requiere de acciones para su prevención y abordaje, aumentando la importancia de su temprana detección y abordaje integral inmediato. Recordando que el suicidio es prevenible.

Esto explica que el intento de suicidio se haya convertido en un evento de notificación obligatoria, y también explica por qué la Secretaría posee un área dedicada exclusivamente a su seguimiento. La importancia de su notificación y seguimiento radica en que

(...) la notificación insuficiente y la clasificación errónea de los casos de suicidio representan una dificultad a la hora de estimar tasas de suicidio y tomar decisiones

basadas en evidencia. Para prevenir eficazmente el suicidio es preciso intensificar la vigilancia y hacer un seguimiento de los casos consumados y los intentos de suicidio (Ministerio de Salud Pública Nacional (b), s.f.)

El rastreo y control de los intentos de suicidio permite que los datos estén disponibles, y que sean utilizados para la toma de decisiones, para la elaboración de políticas públicas, y el despliegue de recursos materiales y humanos dirigidos a la atención y tratamiento de la problemática, que es prevenible y deben tomarse todas las medidas para lograr su prevención, promocionando una buena salud mental integrada a la salud general.

Se trata de contribuir a la accesibilidad de la comunidad a los servicios de salud mental, que el suicidio no sea un tema tabú. Que todos los datos formalizados que genera el área de Vigilancia de la Secretaría sean empleados para la toma de medidas que acerquen a la comunidad y a aquellos que más lo necesitan a la consulta en salud mental. Los cálculos, los análisis y todas las tablas que esta área genera sirve para la influencia en las políticas públicas sanitarias de la provincia.

Es importante destacar también que, dentro de las funciones del Observatorio no solo se encuentra la vigilancia del intento de suicidio y suicidio, sino que también es uno de sus ejes el Observatorio Provincial de Droga, el cual está vinculado directamente con el Observatorio Nacional de Droga, y acompaña las directivas de este último. El Observatorio Argentino de Drogas tiene como función acompañar el trabajo de cada Observatorio Provincial, se encuentre institucionalizado o no, según sus necesidades e intereses, apoyando el desarrollo de estudios locales y fomentando la participación en los estudios nacionales.

Actualmente, el dispositivo nacional se encuentra realizando las siguientes actividades; se encarga de la actualización sobre los dispositivos de tratamiento existentes en cada jurisdicción. Además, está realizando un mapeo de instituciones, universidades, organizaciones de la sociedad civil y personas en general, tanto en el ámbito público como en el privado, que investigan sobre consumos problemáticos. Y se encuentra

confeccionando la Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado destinada a adolescentes escolarizados de todo el país.

Un tercer eje perteneciente al Observatorio es el RESAM, el Registro Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental. Este servicio gestiona los datos de las personas que se encuentran internadas en instituciones correspondientes al sector público, privado y de la seguridad social. Permite un registro de una internación desde el ingreso a la institución, la actualización de los datos de la persona una vez transcurridos los primeros tres meses, y el egreso por alta del tratamiento u otros motivos, siempre resguardando la identidad de las personas.

Su implementación permite conocer la cantidad de personas internadas por motivos de salud mental resguardando su identidad, así como su caracterización sociodemográfica, sus condiciones de internación, su situación judicial, social y familiar. Esta información permite planificar acciones para orientar las políticas públicas en la materia.

Todo el trabajo del Observatorio apunta a contribuir con información para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas acordes a las necesidades en salud mental de la población. En entrevista con la vigilante epidemiológica de la Secretaría, ella explica cómo su trabajo le permite “detectar zonas rojas”, lugares de la provincia que carecen de profesionales de la salud y que los requieren. De esta forma, a partir de los datos recolectados, se pueden realizar propuestas al Ministerio de Salud recomendando la distribución de profesionales para cubrir dichas áreas, poder ofrecer turnos protegidos a víctimas del evento intento de suicidio, así como de problemáticas vinculadas al consumo problemático. También busca contribuir en el diseño de medidas de prevención y promoción, la articulación con otros programas y servicios.

En suma, el suicidio es una problemática social no individual, debe tener un adecuado seguimiento así como un abordaje integral para víctimas y sus familiares. Y debe ser comunicado, dado a conocer, que no quede escondido sino que puedan llevarse a cabo acciones que lo den a conocer y sirvan para su prevención y abordaje.

Telesalud en Salud Mental.

Otra de las principales áreas de la Secretaría es la de Telesalud. A grandes rasgos, se trata de un servicio de asistencia psicológica y psiquiátrica que ofrece tratamiento no presencial a pacientes del interior de la provincia. Se trata de una modalidad de atención que no requiere de la presencia en la misma localidad, lo que supone el ahorro de tiempo y recursos para aquellas personas que se encuentran en zonas más alejadas de la provincia y no podrían acceder a un tratamiento en salud mental de otra forma.

La Telesalud es un concepto amplio que abarca numerosos ejes. Una definición introductoria se refiere a la telemedicina como “la práctica de la atención médica con la ayuda de comunicaciones interactivas de sonido, imágenes y datos”; incluyendo “la prestación de asistencia médica, la consulta, el diagnóstico y el tratamiento, así como la enseñanza y la transferencia de datos médicos” (Moreno, Lacanna y Dubiau, 2020)

Se han realizado distinciones dentro del concepto de Telesalud, por ejemplo, Telepsiquiatría, en tanto “el uso de tecnologías de la información y comunicación electrónica, para proveer o apoyar atención clínica en psiquiatría a distancia”. (Moreno, Lacanna y Dubiau, 2020) Por otro lado, se define a la Telepsicología como “actividad en el ámbito de la psicología a distancia, apoyándose en la tecnología desde las distintas vertientes de prevención, promoción y educación.” (Moreno, Lacanna y Dubiau, 2020) Finalmente, hay autores que también han definido la Teleterapia en tanto “parte de la telepsicología utilizada por los psicólogos sanitarios y clínicos, que consiste en llevar a cabo un tratamiento a distancia con un contacto virtual que sustituye al contacto físico” (Moreno, Lacanna y Dubiau, 2020)

Básicamente, hablar de Telesalud consiste en hablar del inicio y sostenimiento de tratamientos médicos o de salud mental, empleando equipos tecnológicos, así como recursos dirigidos a posibilitar encuentros virtuales a pesar de la distancia.

Lo que caracteriza a la Telesalud es justamente el empleo de la tecnología al servicio de la atención sanitaria. Se trata de un aprovechamiento de los recursos ante las necesidades de la población. Especialmente considerando la geografía de la provincia de Salta, que verdaderamente dificulta el acceso de una importante parte de la comunidad a la

atención sanitaria. Hay incluso localidades de la provincia a las cuales no se puede acceder por ningún medio durante ciertos periodos del año.

El equipo de Telesalud de la Secretaría está conformado por la licenciada en psicología, quien inauguró el servicio, luego está la coordinadora y principal responsable de organizar la agenda de Telesalud; a su vez el equipo cuenta con tres psicólogas, y hasta comienzos de este año contaba también con una psiquiatra.

El principal objetivo de esta área es poder acercar la atención psicológica a las personas que se encuentran en el interior de la provincia, especialmente aquellos sectores que carecen de psicólogos. Contribuye a la accesibilidad a los servicios de salud mental. Entre las actividades que realiza se incluye

Atender pacientes que a veces tienen consultas que son para asesorar, del lugar, otras veces son para realizar terapia, y coordinar por ahí con otras personas de salud algún tipo de atención que no cubrimos desde acá, entonces tratar ahí de coordinar y de completar en ese sentido el motivo de consulta. Trabajar con los referentes también para organizar el sistema. (entrevista 2)

Es decir, las tareas que el equipo realiza no se reducen a la atención psicológica de los pacientes, sino que también supone asesoramientos, seguimientos, aclaraciones. Incluso, pueden dedicar cierto día en el que no atienden pacientes para hacer interconsultas con colegas de las áreas operativas, con residentes que están haciendo su año de devolución en el interior y presentan dudas. El sistema empleado por el área también les permite la carga de oficios y cualquier otro trámite que la atención al paciente requiera.

Respecto a algunos obstáculos que el área de Telesalud de la Secretaría enfrenta incluyen primeramente la conectividad, que desde luego es un elemento fundamental para poder mantener un sistema de comunicación virtual y a distancia. Las dificultades en la conexión incluso llevan a que algunas áreas de la provincia aún no puedan acceder a una atención psicológica, por falta de profesionales en la zona, y porque la conexión inestable o entrecortada no permite terminar de instalar este servicio en dichas regiones más alejadas.

En relación a esto, una de las psicólogas del equipo de Telesalud señaló que a veces *“no se escucha, se escucha entrecortado y eso a la hora de una entrevista hablada como que complica un poquito, ¿no?, el desarrollo (...)”*(entrevista 2). Acercar la salud mental a lugares reconditos es una política de salud mental para esta Secretaría, por lo cual se realizan esfuerzos para mejorar tal accesibilidad.

En este sentido, las dificultades que se presentan para cumplir este objetivo son resueltas en pos de acercar la atención a personas que, de otra manera, no tendrían el acceso a un equipo de salud mental. Y la respuesta que se obtiene a la oferta es visible, tanto cuantitativa como cualitativamente.

La demanda cada vez más amplia, y el compromiso de los referentes y equipos de las Áreas Operativas alejadas de los centros urbanos confirma que la decisión de instalar consultorios virtuales fue un acierto institucional. Las problemáticas que aquejan a las personas en el interior de las provincias puedan ser contestadas desde la telesalud. Se trabaja distinto pero igualmente se logra un impacto, permitiendo alcanzar mejoras en la cotidianidad de personas que probablemente no habían tenido ningún contacto con profesionales de la salud mental antes, llegando inclusive a desconocer lo que la salud mental implicaba como tal.

Algunos de los beneficios que el servicio de Telesalud ofrece incluyen: “reducir las disparidades geográficas y económicas en el acceso a los servicios en salud mental” (Persano y otros, 2021), uno de los grandes objetivos de toda la Secretaría, mejorar la accesibilidad en términos de salud mental; “reducir el tiempo de espera y de viaje para el acceso a los servicios de salud mental”(Persano y otros, 2021) recordando que el servicio se ofrece a aquellas áreas de la provincia que carecen de profesionales de la salud mental y su única otra opción para una atención psicológica es desplazándose; “mejorar la adherencia terapéutica; mejorar la enseñanza en salud mental”(Persano y otros, 2021), la implementación de Telesalud ha logrado ampliar la conciencia en torno a la salud mental incluso desmitificándola y dándole un lugar de relevancia; “favorecer la coordinación entre los diferentes niveles del sistema de salud mental” (Persano y otros, 2021) permitiendo que

la persona pueda ser tratada en su lugar de residencia evitando traslados innecesarios o, de ser necesarios, facilitando su articulación, y “aumentar la adherencia de los profesionales a desempeñar la atención en salud mental en las áreas rurales”(Persano y otros, 2021) lo cual es fundamental en una provincia como Salta donde abundan estas zonas, y donde sigue siendo fundamental poder cubrir aquellas áreas más alejadas y rurales con profesionales psicólogos y psiquiatras.

Se puede afirmar que este servicio ha permitido que más personas puedan darle el lugar que su salud mental posee, que deje de quedar relegado, ignorado o simplemente asociado a las patologías graves o “locuras”: Se trata de resaltarla como parte de la salud integral de toda persona. Una de las psicólogas entrevistadas logra reflejar este alcance:

logramos ampliar la concientización de la salud mental en poblaciones donde quizás no es un tema que se haya pensado o analizado de alguna manera, por ahí en la educación, en la psicoeducación y eso hace que, bueno, que de repente haya una alternativa más para hacer con el malestar, con el sufrimiento, incluso con cuestiones por ahí habituales de la convivencia en las familias. (entrevista 2)

(...) influye como una gran alternativa para ciertas personas, para ciertas situaciones donde antes quizás había un simple aceptar la realidad. Con esto creo que en algunos casos se permiten inventar nuevas realidades, solucionar cosas de otra manera, eso es generar como las opciones que te puede dar un espacio psicológico. (entrevista 2)

A su vez, otra gran contribución fue la posibilidad de ayudar a derribar ciertos mitos asociados con la salud mental, vinculados con esta intención que tiene el servicio de acercar esta última a todos los habitantes de la provincia. Esto debido a que, como se mencionó, la atención psicológica y psiquiátrica siguen siendo asociados a la locura, a las patologías graves, especialmente en lugares más remotos donde es menos frecuente darse con quienes espontáneamente asisten a servicios de salud mental. Telesalud y asimismo toda la Secretaría busca acabar con las restricciones sobre la atención y los tratamientos que estos prejuicios generan,

Por ejemplo, el suicidio ha permanecido, y aún lo hace mayormente, como un tema tabú, una problemática de la cual debe evitarse hablar. Muchas veces incluso dentro de los servicios de salud se evita involucrarse, a veces por temores injustificados a de alguna manera ser responsabilizados, a veces simplemente por reducir un intento de quitarse la vida a la mera sanación de las heridas sin siquiera debida notificación (recordando que el intento de suicidio es un evento de notificación obligatoria, tiene un circuito de notificación específico, y exige la adecuada derivación a turnos psicológicos y su seguimiento). Como se mencionó en el eje anterior, la notificación obligatoria del intento de suicidio aún ejerce serias dificultades, la falta de notificación lleva a la falta de registros, sin registro no hay datos, sin datos no se pueden tomar decisiones para mejorar una situación que oficialmente permanece parcialmente desconocida por estas trabas en el circuito.

Retomando la cuestión de los mitos asociados a la salud mental, la Secretaría en su totalidad busca disminuir estas ideas erradas que aún se tienen en torno al suicidio, al consumo problemático. Y que muchas veces impide que personas que lo necesitan, se acerquen a servicios de psicología, consulten con su agente sanitario. Básicamente, que tomen iniciativa para tratar lo que les pasa sin temor a ser juzgados. Entre algunos mitos y sus efectos se describen los siguientes bastante comunes:

uno cree que se va a matar, o tiene la imagen de que es una persona totalmente depresiva, que no sale del baño, de su cuarto oscuro; entonces es esperable o no es tan raro si el desenlace es la muerte, ¿no? Sin embargo, cuando después ocurre escuchamos decir, “pero yo lo veía bien, estaba trabajando” (entrevista 3)

Puede estar bien, puede estar acompañada y aún estar viviendo, digo, puede verse bien, ¿no? y aún estar viviendo un infierno por dentro, y que como da tanto susto esto de hablar, de decir “la verdad que tengo pensamientos de muerte, o no quiero vivir más o ya no...”; cómo a veces parece tan inabordable para el otro, no se habla y se queda muy en silencio, más allá de que por ahí después pongamos cara contenta y de selfie o de Instagram para afuera y no mostramos lo que nos está

pasando, entonces un poco me parece que se trata de eso. De romper ese mito.

(entrevista 3)

Lo mismo sucede por su parte con consumos problemáticos, existen prejuicios que hacen muy difícil que la persona se acerque a un servicio de salud mental para poder mejorar su situación, se mezclan el temor, a veces la vergüenza, la inseguridad. Son aspectos que se tienen que trabajar, que se tienen que poner sobre la mesa y discutir, hablar, que deje de ser tabú y pase a ser una problemática como cualquier otra que requiere de abordaje, que el que la sufre no tiene que pasar por esto solo; que quien tenga ideaciones suicidas, ataques de pánico, o simplemente estrés que no puede manejar por sí mismo no se sienta (ni sea) estigmatizado. Lograr esto permitiría mejorar la consulta espontánea con servicios de psicología, uno de los pasos básicos para trabajar un malestar.

Este servicio trabaja con el propósito de disminuir el malestar de una persona, brindándole una respuesta rápida y sosteniendo el tratamiento que se requiera. El acceso a la atención psicológica que el servicio de Telesalud ofrece es una oportunidad para quienes, por razones económicas, geográficas y demás, no pueden tener una sesión presencial con un profesional de la salud mental, puedan hacerlo de forma virtual. Que junto a ese paciente se pueda hacer algo con su malestar, con su patología, con su realidad, ofreciéndole una alternativa al sufrimiento que ya conoce y al cual puede estar acostumbrado. Inventar nuevas realidades, soluciones para situaciones donde antes solo había un simple aceptar.

Este logro de acercar los tratamientos de salud mental a poblaciones apartadas de los servicios sanitarios convencionales es posible también gracias al trabajo de los agentes sanitarios y referentes de las distintas zonas. Éstos son los principales conectores entre el equipo de Telesalud de la Secretaría, y las poblaciones alejadas que requieren de la atención. Es el referente el que hace la conexión con el área de Telesalud, quien tramita los turnos, prepara el consultorio donde se llevará a cabo la sesión virtual. Incluso, estos intermediarios recuerdan de la sesión a los pacientes, a veces incluso los salen a buscar, están atentos que cumplan con sus turnos.

El agente sanitario o referente que cumple esta función de conector es justamente eso, un referente, alguien conocido y respetado en la comunidad, que la conoce y sabe las problemáticas que en ella hay. Esto facilita la inserción del equipo de Telesalud, que no tiene un contacto inmediato con los pacientes ni conoce sus principales dificultades. Es un puente que valida, legitima frente a la población al servicio que Telesalud puede ofrecer allí, los acerca, básicamente hace posible el funcionamiento de la atención virtual allí. Son ellos quienes saben cómo contactar al paciente, cuántas veces llamarlo y cómo insistirle; generan una confianza que contribuye a la asistencia a las sesiones. Incluso hacerles ver la importancia de que consulten con un psicólogo. Son el eslabón presencial que tiene Telesalud en las áreas, y generan en los pacientes una confianza que contribuye al espacio simbólico que puede tener la salud mental en esos lugares.

A su vez, para que el equipo de Telesalud pueda ser verdaderamente percibido como parte del equipo sanitario del área donde lleva a cabo su trabajo, se ha dispuesto de un consultorio específico al que los pacientes asisten al momento de tener su sesión, logrando un ambiente adecuado para una atención psicológica, e incluso generando esa sensación de cercanía con el psicólogo en un entorno clínico, a pesar de la pantalla que media la relación. Todo esto coordinado también con el agente o referente de la zona.

Es importante señalar que no cualquier evento o problemática mental puede ser fácilmente abordado a través de telesalud que, si bien permite brindar una atención psicológica completa, no resulta el mejor recurso siempre. Por ejemplo, en una emergencia, donde la respuesta debe ser rápida y el contacto con la persona allí es fundamental. Al hablar de una emergencia, se puede fundamentalmente pensar en los casos de intentos de suicidio, en los que hay un riesgo de vida, resultando preferible una contención no solo inmediata sino también presencial: *“un intento de suicidio necesita una atención inmediata, yo diría presente, así que preferimos siempre en esas cosas, no la emergencia. Si no, si vemos que es un caso muy fuerte, directamente pedimos que lo trasladen acá, al Ragone”* (entrevista 4)

Por estos motivos, el equipo de Telesalud de la Secretaría no trabaja con un intento de suicidio apenas sucede. Sí puede ofrecer seguimiento y acompañamiento a una persona que ha tenido recientemente un intento de suicidio, pasado el episodio de urgencia. O también puede ofrecer posvención a algún familiar que haya pasado por la pérdida de un ser querido. Justamente trata de cubrir la asistencia psicológica en esas zonas que carecen de profesionales, en la medida que la problemática sea abordable por telesalud y no requiera de un traslado por su urgencia o complejidad. Se busca generar tratamientos, asistir a las personas. Incluso no solo responder a las demandas emocionales de quienes consultan, sino que pueden presentarse casos que ven la sesión con la psicóloga como una oportunidad para tramitar algún carnet, asesorarse en algún tema. Y el equipo efectivamente responde sus dudas, lo guía, coordina los turnos que el paciente necesita con el referente.

Se trata de acercarle a una persona una posibilidad de mejorar su salud mental que, por sus características geográficas y económica, nunca hubiera considerado tratar. De disminuir las desigualdades en el acceso a una salud integral, lo que supone a la salud mental.

Capacitación, Docencia e Investigación.

El último gran eje del Observatorio es el de la Capacitación, Docencia e Investigación. El mismo apunta a generar información, a partir de la recolección y análisis de datos, que permita también generar estrategias y evaluar políticas públicas en salud mental. Además, acompaña actividades de distintas instituciones desde la Secretaría, asesorando en temas de prevención y promoción de la salud en redes locales. Y dispone de eventos de capacitación y formación en temas de salud mental, políticas públicas, y desde luego que en el circuito de vigilancia del intento de suicidio y suicidio.

Para lograr esto, el Programa realiza numerosas actividades. Entre ellas se destacan los viajes a las áreas operativas con el principal objetivo de acompañar a los equipos de salud pública, resolver sus consultas, escuchar las preocupaciones y consultas que el equipo presenta especialmente en la atención en salud mental y adicciones. A su

vez, debido a la reciente incorporación del intento de suicidio al Manual de eventos de notificación obligatoria, ha resultado necesario la capacitación de los equipos en el interior acerca de cómo se debe realizar dicho circuito de notificación obligatoria.

Recientemente, muchas de las comisiones realizadas por el Programa tuvieron como objetivo principal capacitar a los equipos de salud en el circuito de notificación obligatoria de los intentos de suicidio. Estas visitas consisten en acercar a los equipos las pautas adecuadas para la vigilancia, el correcto cargado de datos y las acciones que deben tomarse de forma inmediata frente a un caso de esta naturaleza. Desde el Programa, no solo se explica paso a paso cómo completar la ficha de notificación, sino que también se señalan los campos que deben ser obligatoriamente completados, así como el plazo máximo para realizar la carga en el sistema. Además, estos encuentros habilitan espacios de intercambio y debate, en los que se responden dudas planteadas por los equipos y se reciben aportes que puedan enriquecer tanto ese como futuros encuentros.

Es también una oportunidad para que el mismo equipo pueda mejorar su comunicación interna, de ser necesario, y de capacitarse en el uso no solo de la ficha de notificación obligatoria de intento de suicidio, y su carga en el sistema, sino también con los pasos siguientes al recibimiento de un intento, como el seguimiento y la posvención. Justamente, un intento de suicidio no termina con la notificación del mismo, sino que el sistema de salud debe asegurarse que la persona reciba atención psicológica y psiquiátrica de acuerdo a su necesidad, ya sea recibiendo dicha atención en el mismo establecimiento sanitario donde fue recibido, u otorgándole un turno en el centro de salud que más cómodo le quede.

Los encuentros con los equipos pueden no ser siempre presenciales, sea que sus representantes visiten la Secretaría o que el Programa se dirija a ellos, sino que también se realizan encuentros virtuales. De esta forma, por ejemplo, los residentes que se encuentran en su año de devolución en el interior de la provincia, puede solicitarle al equipo del Programa reuniones para resolver sus dudas en relación a su trabajo allí, dudas sobre cómo abordar ciertos casos, incluso en relación al llenado de fichas ante intentos de suicidio. Por

otra parte, también se llevan a cabo encuentros entre el Observatorio de Salud Mental de Salta con otras instituciones que llevan a cabo un trabajo similar en otras provincias. Esto con motivo de poder compartir experiencias, presentar sus formas de trabajo, y principalmente ponerse a disposición para continuar colaborando en conjunto en un futuro.

Por lo tanto, desde el Programa, o mediadas por él, se realizan actividades de docencia, así como también proyectos de investigación. Incluso es receptor de residentes que vienen a realizar sus rotaciones en el mismo Observatorio o en la Secretaría. También permite la realización de pasantías para aquellos estudiantes de carreras de grado afines a lo realizado en la institución. De esta manera, contribuye a la formación de nuevos profesionales, ofreciendo la posibilidad de tomar contacto directo con lo que es trabajar en salud pública.

La Accesibilidad como gran Objetivo.

La provincia de Salta, siguiendo la “categorización conceptual y estructural del Programa de Atención Primaria de la Salud, casa por casa familia por familia” (Dirección General de Coordinación de Epidemiología [Dir. Gral. de Coord. Epi.]) y de acuerdo a las Ley N° 6277/84 y RM N° 370/85, se encuentra dividida en Áreas Operativas. Esta división obedece al objetivo de descentralización operativa de los servicios de salud, buscando la utilización racional y eficiente de los recursos, mejorando las condiciones de salud provincial, y fundamentalmente mejorar el acceso de la población a la salud.

El área operativa puede ser definida como “unidad técnica y administrativa para la programación, ejecución y evaluación de las actividades de atención de la salud y enfermedad y el medio ambiente” (Dir. Gral.de Coord. Epi) Cada una de ellas posee un servicio de salud cabecera, que tiene el mayor nivel de atención, así como otros servicios que dependen del primer nivel e incluyen: centros de salud, puestos sanitarios y puestos fijos. El puesto fijo suele ubicarse en escuelas, centros vecinales o casas en el ámbito rural, y en ellos, el equipo de salud se traslada de forma periódica, por lo que el puesto no cuenta con personal sanitario de forma permanente. El puesto sanitario posee personal de enfermería que reside en la localidad, ofreciendo atención sanitaria de forma periódica y

programada. El centro de salud ofrece atención médica y de enfermería, así como de otros profesionales de la salud, además puede llegar a ofrecer servicios de laboratorio, atención odontológica, entre otros, de forma periódica o programada. (Dir. Gral. de Coord. Epi)

Estos tres establecimientos forman parte de lo que sería el primer nivel de complejidad en la atención sanitaria, y suponen una atención ambulatoria. El segundo nivel de complejidad está compuesto por los hospitales cabecera de las áreas operativas, sumándole a la atención ambulatoria, la atención en internación no diferenciada e incluyendo servicios de laboratorio y radiología. El tercer nivel lo forman hospitales cabecera de las áreas que además sirven de referencia a otras áreas vecinas, y disponen de atención ambulatoria, internación diferenciada y especialidades además de odontología, bioquímica y radiología. El cuarto nivel de complejidad son los hospitales que tienen la capacidad de resolver prácticamente la totalidad de problemas de atención médica y son de referencia a una región sanitaria. (Dir. Gral. de Coord. Epi)

Esta provincia es sumamente extensa en territorio, con características geográficas que dificultan el acceso a distintas localidades de la misma, y con una población dispersa por estas regiones. Pese a esto, es necesario poder responder a sus necesidades, incluyendo la atención sanitaria. Es por eso tan necesario el trabajo en redes, ya no solo la discriminación en áreas operativas. Una red sanitaria consiste en un “sistema compuesto por establecimientos sanitarios de niveles de atención y complejidad crecientes, dispuestos a dar respuesta efectiva y eficiente a los problemas de salud de la población.” (Llaya, 2007) Lo que se busca con estas redes es poder mejorar tanto el acceso como la calidad de los servicios de salud, optimizar el uso de recursos y generar eficiencia en la prestación de esos servicios.

Esta distribución en redes permite que, ante un problema de salud dado en determinada área que no posee los servicios necesarios para dar respuesta al mismo, que la persona sea derivada siguiendo el esquema de redes hacia el establecimiento sanitario más cercano o conveniente, para su adecuada resolución. Todo con el objetivo de abordar rápidamente la problemática del paciente, empleando eficientemente los recursos pero al

mismo tiempo garantizando una respuesta adecuada y evitando desplazamientos innecesarios.

Esta división en áreas operativas, y la articulación en redes sanitarias que Salta maneja responde a su temprana adherencia a los principios de la Atención Primaria de la Salud, los cuales se asientan en la conferencia de Alma-Ata de 1978. La necesidad de esta asistencia sanitaria esencial surge de la grave desigualdad en el estado de salud de la población a nivel mundial, especialmente aquella propia de los países llamados en desarrollo. Se trata de una estrategia que apunta al logro de coberturas y equidad en el tratamiento de la salud; uno de sus grandes objetivos es la accesibilidad a los servicios sanitarios de toda la población.

Y justamente, uno de los principales objetivos de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones es lograr mejorar la accesibilidad de los servicios sanitarios para la problemática de salud mental y consumos problemáticos. En entrevista con la directora de Redes Sanitarias, ella comenta:

mejorar la accesibilidad mediante la integración en los servicios de salud en general, tanto que haya presencia de psicólogos, ampliar la cobertura, que haya más psicólogos y bueno, y psiquiatras por supuesto, trabajadores sociales, para la atención de pacientes en todo el territorio provincial, o sea, mejorar la cobertura, mejorar la comunicación en todos sus aspectos (entrevista 1)

Profundizando este elemento, es necesario considerar que la accesibilidad es el vínculo que se construye entre la población y los servicios de salud. En el artículo El Concepto de la Accesibilidad: la Perspectiva Relacional entre Población y Servicios (2006) elaborado por la facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, se define la accesibilidad como “la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población”. (p. 202). Cabe destacar que en la definición de accesibilidad citada, son los servicios de salud los que deben acercarse a la población, se trata de garantizar su atención, a pesar de las dificultades en la distribución geográfica y de recursos que caracterizan a esa comunidad.

Es así que la Secretaría de Salud Mental y Adicciones busca garantizar esta accesibilidad a los servicios de salud, especialmente ante problemáticas de salud mental y consumos problemáticos. Por mucho tiempo la salud mental se pensó aislada de la salud integral de una persona, por lo que su atención también se vio afectada por prejuicios en torno a quiénes eran los que recibían atención psicológica o psiquiátrica. La gente no consultaba por temor a ser estigmatizados como “locos”, y los servicios sanitarios tampoco se mostraban amigables en relación a estas problemáticas. Se ha logrado avanzar alrededor de una mayor concientización sobre la importancia de la salud mental, su correcta atención, el derribamiento de mitos y prejuicios en torno a las problemáticas mentales. Y esto contribuyó a la mejora en la accesibilidad, al permitir que mayor número de población pueda consultar en salud mental.

Sin embargo, todavía es necesario seguir trabajando para mejorar esta accesibilidad. Es por esto que desde la Secretaría se han impulsado proyectos como la citada Telesalud Mental Federal, para proporcionar profesionales en salud mental en aquellas zonas que carecen de recurso humano local, y que debido a su geografía es sumamente difícil y caro el desplazamiento. La coordinadora de la Secretaría manifiesta que *“la mayor dificultad para la accesibilidad, yo creo que viene siendo hace un tiempo ya, la falta de recursos humanos, la escasez de recursos humanos (...) después Salta tiene esta geografía tan compleja”* (entrevista 3) Ella manifiesta que esta limitación en la accesibilidad se viene tratando de disminuir a través de acciones que lleva adelante la Secretaría, como comisiones, viajes. Pero en salud mental los servicios itinerantes son difíciles. Los tratamientos en salud mental requieren cierto tiempo, continuidad para lograr resultados.

Esto es lo que ha impulsado al Programa de Investigación y Docencia no solo a instalar Telesalud mental para las áreas operativas sin psicólogos, sino también a ofrecer capacitaciones y orientación a aquellos localizados en el interior, para que los servicios se mantengan y sean lo más amables y receptores posible. Justamente, desde la Secretaría en genera se está trabajando en:

Pensar la estrategia sanitaria en función al recorrido que hacen las personas dentro de la provincia en materia de salud. No sé, es como que está muy naturalizado de que un paciente del interior de la provincia tenga que viajar a Salta, a la capital, para recibir un tratamiento de calidad, más completo, de mayor complejidad, y lo que se está intentando es justamente redistribuir profesionales para que no tengan que venir. (entrevista 3)

Justamente es lo que se busca al plantear el trabajo en redes; si una persona no puede atenderse directamente en su localidad, al menos que pueda hacerlo en la zona geográfica más cercana. Se trata de trabajar los desencuentros que se producen entre comunidades más aisladas y los servicios de salud. Y que las desigualdades contextuales, económicas y geográficas, no constituyan un impedimento al acceso en la atención en salud mental para ninguna persona.

Incidencia en las Políticas Públicas

Para poder hacer referencia a la influencia que el trabajo realizado por el Programa de Investigación y Docencia tiene en las políticas públicas sanitarias, se debe contextualizar al Programa y a la Secretaría dentro del Ministerio al que forman parte, el de Salud Pública. El término de salud pública está cargado de significados, considerando a su vez que la delimitación conceptual de salud es en sí misma compleja. La OMS ha definido la salud como un estado de bienestar físico y mental, y no sólo la ausencia de enfermedad. Ahora, esta definición no considera las influencias políticas e históricas sobre la misma, sino que “evita el tema de quién define lo que es bienestar, salud y población, y presupone que salud es un concepto apolítico, conceptualizado científicamente, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual.” (Navarro, 1997)

Esto quiere decir que la salud y la enfermedad no son categorías estáticas ni absolutas. No pueden solo definirse en términos médicos o científicos, sino que a su vez están atravesadas por las cuestiones sociales, políticas e históricas. Por lo tanto, la manera de concebir la salud y la enfermedad se ha ido transformando a partir de los cambios del

contexto. Y sus manifestaciones y abordajes han debido acompañar estos cambios también.

Al hablar de salud pública, toma fuerza el eje de lo político en las cuestiones de salud y enfermedad. Puede entenderse a grandes rasgos como una respuesta social organizada, que busca a través de distintas herramientas y dispositivos, tener una influencia positiva en la salud poblacional y evitar la aparición de enfermedades. Debe organizar los servicios sanitarios y desarrollar los mecanismos sociales necesarios que permitan a los miembros de la comunidad alcanzar un adecuado nivel de vida en relación con el mantenimiento de la salud. Debe generar conocimiento, y al mismo tiempo, llevar a cabo las acciones necesarias en base al mismo. Lo esencial de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos humanos o poblaciones. Esta perspectiva poblacional inspira sus dos aplicaciones, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción.

En Argentina, la salud pública está en manos de dispositivos estatales, como son los Ministerios de salud, los cuales deben encargarse de dar respuestas a todas las problemáticas poblacionales en el ámbito de salud-enfermedad. Y uno de los mecanismos a los que recurren es a las políticas públicas, dispositivos sociales generados en el contexto moderno. Una política pública puede entenderse como “directriz que el Estado, autoridad legítima del sistema social, impone al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico, reconocido como de interés público.”(Gómez, 2012) . Busca regular asuntos de interés público, regulando los recursos disponibles de la manera más eficiente posible.

Estas directrices, para ser políticas públicas deben cumplir ciertas condiciones, entre ellas “(...) ser fijadas por las instituciones estatales en calidad de autoridad legítima (...) son taxativas para toda la sociedad (...) realizarse con participación de los involucrados, ajustarse a la normatividad jurídica, y privilegiar el bien común” (Gómez, 2012) Son intervenciones sociales, involucran todas las acciones que el Estado lleva adelante,

articulando recursos y tomando las decisiones que evalúe más apropiadas en el contexto en el que se encuentra inserto.

Ahora, la referencia a las políticas públicas es necesaria en tanto su creación y promoción es una de las funciones de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones. Como lo establece su coordinadora; “somos los que tenemos que pensar políticas públicas de salud, en materia de salud mental, para que se implementen.” (CRO) Desde la Secretaría se impulsan resoluciones, planes de acción, estrategias, influyendo en las políticas públicas que se promulgan desde el Ministerio de Salud. El Programa también contribuye a la generación de políticas que permitan que el sistema sanitario sea más accesible a toda la población, y que los servicios de salud sean más amigables ante las problemáticas de salud mental.

Para dimensionar el papel que las políticas públicas tienen en salud se puede hacer referencia a algunas resoluciones ministeriales y leyes nacionales y provinciales que fueron surgiendo a través del trabajo de dispositivos como el Programa y la Secretaría. Se puede empezar este encuadre legal con la Ley Nacional de Salud Mental de 2010, que dio visibilidad a las problemáticas de salud mental, así como buscó garantizar los derechos de aquellas personas con padecimiento mental. Logró darle un lugar dentro de la salud general. En 2015, por otro lado, se aprueba la Ley Nacional de Prevención del Suicidio, fundamental considerando el trabajo realizado por el Observatorio sobre la vigilancia epidemiológica en salud mental.

Esta ley declara de interés nacional la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional y la detección y atención de personas en riesgo de suicidio y a asistencia a las familias de las víctimas del suicidio. (art.1) Su objeto es justamente la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención. (art.3). Y algunos de sus objetivos incluyen el desarrollo de los servicios asistenciales y la capacitación de los recursos humanos; la promoción de la creación de redes de apoyo de la sociedad civil a los fines de la prevención, la detección de personas en riesgo, el tratamiento y la capacitación. (art.4) que

desde la Secretaría se ven reflejados en las acciones llevadas a cabo por el Programa, como el servicio de Telesalud Mental y el eje de Capacitación y Docencia.

En 2022 se aprueba la resolución nacional 2827, que modifica la ley 15.465, la cual declara la notificación obligatoria de los casos de enfermedades infecciosas. La resolución actualiza la nómina de eventos de notificación obligatoria, incluyendo entre ellos al intento de suicidio. Esto supone la introducción de una ficha epidemiológica para el registro del mismo. Ahora, es necesario destacar que en Salta ya contaba con una ficha propia, establecida hacia el 2018. Por lo tanto, la vigilancia del intento de suicidio ya se venía realizando, y ya circulaba una ficha en la cual poder realizar el registro.

Esta ficha ya implementada en la provincia desde 2018 fue resultado del trabajo realizado desde la Secretaría, lo cual impulsó la resolución ministerial que la avaló. Con la nueva resolución nacional, resultó necesario modificar la ficha provincial, lo que supuso una nueva resolución provincial sustituyendo la ficha hasta ese momento empleada, y estableciendo la nueva ficha nacional. En este sentido, cobran gran importancia las comisiones y capacitaciones realizadas por el Programa a las distintas áreas operativas de Salta, para facilitar el pasaje de la antigua a la nueva ficha, así como reflejar la importancia de su llenado y carga.

Precisamente, es a partir de los datos que se pueden tomar decisiones y definir acciones concretas. Cuando una problemática se desconoce o no se registra adecuadamente, difícilmente se implementarán soluciones eficaces. Conocer la cantidad de intentos de suicidio que ocurren en la provincia no es solo una cuestión estadística: esta información resulta fundamental para diseñar estrategias de intervención y mejorar la situación. La existencia de leyes que protegen la salud mental es posible gracias al trabajo sostenido de diversos organismos que lograron visibilizarla como una problemática prioritaria que requiere atención y abordaje integral.

El trabajo realizado por el área de Vigilancia Epidemiológica del Programa es fundamental para justificar muchas de las medidas sanitarias implementadas en el ámbito de la salud mental. Gracias a los datos recolectados, se impulsó, por ejemplo, la estrategia

de Telesalud, con el objetivo de garantizar el acceso al tratamiento de personas con problemáticas de salud mental, reconociendo su derecho a recibir atención en igualdad de condiciones que cualquier otro ciudadano. A través de la vigilancia, es posible identificar zonas críticas y, en base a esa información, trabajar de forma articulada con el Ministerio de Salud para implementar medidas urgentes o emitir recomendaciones pertinentes. Asimismo, para diseñar estrategias de prevención o promoción efectivas, es indispensable contar con información precisa que permita determinar cuáles son los aspectos prioritarios a abordar, cuál es la forma más adecuada de intervenir en la población, y en qué territorios se debe actuar, ajustando las acciones a las particularidades de cada uno.

La estrategia sanitaria debe pensarse en función del recorrido que realizan las personas dentro de la provincia para acceder a la atención en salud, y considerando cuáles son las principales problemáticas por las cuales recurren a la misma. A partir de los datos generados por los servicios de salud mental en toda la provincia, se elaboran planes de acción específicos. Por ejemplo, si se detecta un área con alto índice de intentos de suicidio, se implementan estrategias focalizadas en articulación con otros organismos, como Educación o las municipalidades, generando un operativo integral de intervención.

Las políticas públicas sanitarias no son medidas que se imponen arbitrariamente, sino que su finalidad está siempre dirigida a mejorar la salud de las personas. Conocer la situación en salud mental de la población es la tarea fundamental del Programa de Investigación y Docencia; todas sus demás funciones se van ajustando de acuerdo a qué aspectos son las más urgentes a abordar, y de qué manera. Con el trabajo del Programa, se influye en la toma de decisiones y en la elaboración de políticas públicas sanitarias. De esta forma, las políticas se ajustarán a las necesidades de la población, y no la población a las políticas.

El rol del psicólogo en el Programa de Investigación y Docencia

Es importante señalar que, durante la pasantía, se tuvo la oportunidad de explorar las distintas maneras en que un psicólogo puede desempeñar su labor en el campo de la

Salud Pública. Aunque la atención clínica es una función significativa, el papel del psicólogo en este ámbito va mucho más allá de la atención directa a los pacientes.

Las funciones que cumplen las psicólogas en los diferentes espacios que conforman el Programa tiene como propósito analizar la situación de salud y de salud mental de la población de la provincia, insumo para la generación de políticas públicas vinculadas a la salud mental, que permitan cumplir con la misión de la Secretaría, esto es, mejorar la accesibilidad de la población salteña a la salud mental, a través de acciones oportunas.

Excepto el área de Telesalud, que brinda atención a pacientes de manera virtual, incluyendo tratamientos y seguimientos, el equipo del Programa no desarrolla tareas asistenciales. Esta experiencia permitió ampliar la perspectiva del rol del profesional psicólogo, visibilizando otros modos de pensar la práctica.

En el área de Vigilancia Epidemiológica, el equipo se dedica principalmente a supervisar la correcta notificación de los intentos de suicidio y suicidios y que se cumpla el circuito de atención oportuna. De esta manera, el Programa se enfoca en asegurar que cada uno de estos eventos sea registrado en el Sistema de Información Sanitaria Argentina (SISA). Este procedimiento es crucial para desarrollar acciones fundamentadas en datos recopilados, con el fin de mejorar el acceso a la salud mental de la población.

Además, el equipo, en conjunto con el GUIAF realizan el seguimiento de los casos, garantizando su adecuada notificación. Esto implica comunicación constante con los vigilantes epidemiológicos y equipos de las Áreas Operativas.

Otro aspecto esencial de su labor es la capacitación de los equipos de salud en el proceso de notificación. Esta formación se realiza de manera presencial, a través de comisiones, viajes al interior; encuentros virtuales y reuniones con diversos equipos sanitarios. Estos encuentros no están dirigidos exclusivamente a psicólogos, ni se centran en el abordaje de los casos, sino que se enfocan en el equipo de salud amplio, con el fin de proporcionar herramientas para la correcta notificación, derivación y tratamiento de dichos casos.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la SSMYA es nivel normativo, su función es elaborar políticas en materia de salud mental y adicciones, el equipo técnico del Programa se encuentra abocado a colaborar con datos obtenidos de las diferentes bases disponibles, como SAFESA, historias clínicas y registros vinculados.

Para finalizar este apartado, la pasantía permitió visibilizar otras maneras de ser psicólogo, más allá de la clínica. Además de la terapia individual y grupal, los psicólogos pueden desempeñar roles en la investigación, la gestión de recursos humanos, la salud comunitaria y la epidemiología. El rol del psicólogo en la epidemiología es amplio y diverso, abarcando el análisis, evaluación, diagnóstico y prevención de problemas de salud mental, así como la investigación de los factores psicológicos que influyen en la salud y enfermedad. La formación de grado, la mayoría de las veces, se encuentra orientada a la formación asistencial e individual, ocupar espacios originalmente reservados para otras formaciones, es una forma de visibilizar e instituir una práctica integral y a la salud mental como parte de la salud pública.

Reflexiones Finales y Recomendaciones

En un contexto donde la salud mental ha empezado a ocupar un lugar más visible en la agenda pública, esta pasantía se desarrolló en una institución clave para el diseño e implementación de estrategias sanitarias, el Programa de Investigación y Docencia de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones. Reflexionar sobre esta experiencia implica pensar en los aportes, límites y desafíos del trabajo que es posible realizar dentro del sistema de salud.

Si bien el Programa cuenta con tres áreas fundamentales, el eje de Telesalud, el de Vigilancia Epidemiológica y el de Capacitaciones, la pasantía transcurrió en continuo contacto fundamentalmente con los dos últimos. Sin embargo, todo se encuentra interrelacionado en el Programa: por ejemplo, los datos recogidos por el área de vigilancia permiten sostener Telesalud para ciertas AO u ofrecerlos en otras, apoyándose en los datos que obtiene; de igual manera ocurre al momento que la SSMYA debe proponer el año de

rotación de los residentes de salud mental (el último año de la residencia se realiza en el interior de la Provincia) o al momento de realizar las capacitaciones zonales de los diferentes programas y dispositivos.

La salud pública es un ámbito complejo, atravesado por múltiples problemáticas que requieren abordajes integrales. La salud mental, a su vez, presenta desafíos propios que se suman a esta complejidad. Si bien en los últimos años ha crecido el interés y la preocupación por su atención, aún persisten numerosas limitaciones tanto en su abordaje como en su integración plena dentro del concepto de salud general de la población. En este contexto, el Programa ha trabajado sostenidamente para otorgarle a la salud mental el lugar prioritario que merece, mediante acciones orientadas a ampliar la accesibilidad en toda la provincia.

El área de Vigilancia Epidemiológica entiende la importancia de la información para justificar y sostener medidas que favorezcan el acceso a la atención en salud de las problemáticas mentales. Su trabajo no se reduce a recolectar datos, sino que logra ser una herramienta estratégica para la planificación de acciones, la toma de decisiones y resolución de problemas.

Con los datos que obtiene el equipo del Programa, se han podido implementar medidas contribuyendo a mejorar la accesibilidad en salud; desde la identificación de poblaciones y áreas prioritarias, diagnóstico y medición de problemáticas de salud mental, hasta la planificación, ejecución y evaluación de propuestas resolutivas.

La principal tarea en la que se ha enfocado la Vigilancia Epidemiológica del Programa durante el desarrollo de la pasantía ha sido la detección y notificación de eventos de intentos de suicidio. Su declaración como evento de notificación obligatoria desde el 2022 ha facilitado la introducción de su ficha epidemiológica en distintos establecimientos sanitarios. A su vez, ha permitido que esta problemática quede más visibilizada. La correcta notificación de este evento ha sido el principal foco del área de Vigilancia, siempre entendiendo que es con información cómo se pueden decidir las acciones más relevantes a definir y llevarlas a cabo.

La recolección de datos tiene como propósito fundamental generar acciones concretas a partir de ellos. El rastreo de casos de intentos de suicidio que realiza el Observatorio busca producir información lo más precisa posible, que luego sirva de base para la toma de decisiones. Las acciones inmediatas que surgen del trabajo de vigilancia epidemiológica dentro del Programa están orientadas, en muchos casos, a impulsar legislaciones que respondan a las problemáticas detectadas. Una política pública puede ser promovida gracias a los datos aportados por esta área, y las medidas implementadas serán más eficaces en la medida en que se basen en información confiable, construida a partir de la realidad de la población y sus necesidades concretas.

El área de Telesalud surge precisamente a partir del reconocimiento de que ciertas poblaciones, especialmente aquellas ubicadas en zonas rurales y de difícil acceso, no contaban con atención psicológica ni psiquiátrica. Frente a esta realidad, se buscó una forma de garantizar el derecho universal al acceso a la salud, incluyendo la salud mental. Gracias a los datos aportados por el eje de vigilancia, fue posible identificar las zonas con mayor necesidad de atención y priorizarlas. Esta información también permitió impulsar resoluciones orientadas a ampliar la cobertura de profesionales en salud mental, especialmente psicólogos, en las distintas áreas operativas. Sin embargo, aún existen regiones sin personal especializado, y es en estos territorios donde la Telesalud cobra un rol central, permitiendo acercar la atención a quienes más lo necesitan.

La implementación de la Telesalud ha permitido optimizar los recursos disponibles, dando respuesta a las necesidades de la población. Si bien la atención virtual presenta limitaciones; especialmente ante situaciones de urgencia como un intento de suicidio, que requiere intervención presencial inmediata, el seguimiento de los casos puede continuar de manera efectiva a través de este medio. Lo más significativo, y algo que se pudo comprender a partir de las entrevistas con las psicólogas que brindan este servicio en el Programa, es que acercar la atención psicológica a poblaciones que nunca antes habían tenido acceso ha contribuido a mejorar su calidad de vida. Esto no solo redujo

desigualdades en el acceso a la salud mental, sino que también ayudó a derribar prejuicios y a visibilizar la importancia de esta dimensión de la salud.

También se tuvo la oportunidad de participar en algunas comisiones organizadas por el eje de Capacitación del Programa. Estos viajes estuvieron principalmente orientados a capacitar a los distintos equipos sanitarios de diversas áreas operativas en el circuito de notificación obligatoria del intento de suicidio. Dado que se trata de una resolución relativamente reciente —y considerando que la provincia ya venía notificando estos eventos desde 2018 mediante una ficha propia—, resultó necesario acompañar a los equipos en la adaptación al nuevo procedimiento. Las capacitaciones se centraron en explicar la forma adecuada de realizar la notificación, su carga en el sistema y las acciones prioritarias que deben tomarse ante estos casos.

Cada visita presentó particularidades, aunque todas las capacitaciones estuvieron centradas en el circuito de notificación obligatoria. Antes de cada encuentro, el equipo del Programa se encargaba de relevar y analizar los datos específicos del área operativa a visitar, incluyendo las prestaciones brindadas en psicología. Este análisis previo resultó fundamental, ya que en varias ocasiones se detectaron diagnósticos poco precisos, lo que permitió al equipo brindar orientaciones y recomendaciones para mejorar su adecuación. Además, se aprovechaba la instancia para clarificar el uso correcto de los diferentes códigos relacionados con intento de suicidio, ideación suicida e historial personal de intentos, reforzando la importancia de una correcta clasificación para la calidad de los datos y la atención.

Luego de la presentación de los pasos del circuito de notificación, se introducía la ficha epidemiológica de intento de suicidio, explicando en detalle cada una de sus secciones y cómo debía completarse correctamente. A partir de allí, se abría un espacio para resolver dudas, lo que muchas veces derivaba en intercambios enriquecedores y debates productivos. En estos espacios, los equipos sanitarios incluso llegaban a proponer nuevas formas de organización interna para mejorar su propio circuito de notificación. Desde el Programa, se dejaba siempre abierta la posibilidad de contacto ante cualquier dificultad

futura. Cada encuentro fue distinto, con dinámicas propias: en algunos casos, fue más complejo lograr la receptividad de los contenidos, mientras que en otros los equipos no solo se mostraron receptivos, sino que aportaron propuestas aplicables incluso a otros contextos.

La pasantía en el Programa permitió tomar contacto con un rol del psicólogo en el ámbito de la salud pública que muchas veces no es abordado en profundidad durante la formación universitaria. A excepción de quienes se desempeñan en el área de Telesalud, las psicólogas del Programa no realizan atención clínica ni tratamientos psicoterapéuticos, lo que posibilitó ampliar la comprensión sobre las diversas funciones que puede asumir el profesional en el campo de la salud. Asimismo, quedó en evidencia que el ejercicio de la psicología en el ámbito público difiere significativamente del sector privado, especialmente en lo que respecta al enfoque de trabajo: en lo público, el profesional debe estar preparado para atender a personas de diferentes edades, contextos y condiciones sociales, guiándose siempre por el principio de accesibilidad. La prioridad no está puesta en intereses personales, sino en garantizar el derecho de toda la población a una salud integral, que contemple también la salud mental.

A lo largo de la pasantía, este enfoque se fue volviendo cada vez más tangible. Participar en instancias de capacitación, reuniones interinstitucionales, análisis de datos y diseño de estrategias permitió comprender que la labor del psicólogo en salud pública no se limita al consultorio, sino que se amplía hacia tareas de gestión, prevención, promoción y diseño de políticas. Esta experiencia no solo brindó herramientas concretas para el futuro ejercicio profesional, sino que también fortaleció el compromiso con una psicología al servicio de lo colectivo y de los derechos humanos.

El principal objetivo que orientó la pasantía fue conocer el papel del Programa de Investigación y Docencia en la toma de decisiones de las políticas públicas sanitarias en materia de salud mental. Cada una de sus áreas contribuye al diseño de las estrategias sanitarias, en tanto ofrecen información sumamente valiosa para la toma de decisiones; permiten un contacto continuo con la población beneficiaria de dichas políticas; y está

continuamente actualizando sus conocimientos a través de capacitaciones, ateneos y encuentros con los diversos profesionales del equipo de salud.

Es importante destacar que la SSMYA, como organismo del Estado tiene función normativa. En el contexto de la salud pública, un "nivel normativo" se refiere a un sistema de reglas y leyes que regulan y establecen estándares para la protección y mejora de la salud de la población; es la capacidad de una autoridad de salud pública para emitir estas normas y leyes, con el objetivo de dirigir y controlar la salud pública. La función normativa en salud pública es esencial para garantizar la protección y el bienestar de la población a través de la creación, aplicación y cumplimiento de normas y leyes que regulan la salud y previenen riesgos para la salud pública. Al mismo tiempo, tiene a su cargo un eje operativo, representado por los dispositivos asistenciales que tiene a su cargo.

En relación al trabajo del Observatorio, se pudo observar que el rol del psicólogo en epidemiología implica comprender la dinámica de la salud poblacional y el sufrimiento psíquico. Su función se centra en identificar factores que influyen en la frecuencia y tendencia de problemas de salud mental, elaborando propuestas relacionadas con la clasificación de problemas de salud y en la investigación de las fuerzas que impactan la salud mental a nivel poblacional.

La articulación con los equipos operativos resulta esencial en su labor cotidiana, sobre todo para entender la prevalencia de trastornos psicológicos y diseñar intervenciones efectivas.

A partir de la experiencia vivida durante la pasantía, se considera valioso proponer algunas recomendaciones al equipo del Programa de Investigación y Docencia. En primer lugar, sería beneficioso pensar en una redistribución de tareas que contemple las aptitudes, intereses y perfiles de cada integrante del equipo, con el fin de optimizar los recursos humanos y favorecer un ambiente de trabajo más eficiente y motivador. Asimismo, podría fortalecerse la comunicación interna mediante reuniones periódicas de puesta en común, canales de intercambio más fluidos y espacios de escucha activa. Esto permitiría no solo una mejor organización del trabajo diario, sino también una mayor cohesión grupal y un aprovechamiento más equilibrado de las capacidades del equipo. Estas mejoras podrían

impactar positivamente tanto en el clima laboral como en la calidad de las acciones desarrolladas por el Programa.

En cuanto a recomendaciones para futuras pasantías o investigaciones, sería enriquecedor profundizar en el funcionamiento del servicio de Telesalud, explorando cómo se llevan adelante los tratamientos virtuales, las modalidades de seguimiento, los enfoques terapéuticos utilizados, la intervención ante posibles crisis y los criterios para otorgar el alta. Asimismo, resultaría de gran valor investigar el rol del agente sanitario, pieza clave tanto para garantizar el acceso al servicio de Telesalud en zonas rurales y de difícil acceso, como para colaborar en el seguimiento de los intentos de suicidio y en la correcta notificación de los casos. Un tercer eje relevante podría centrarse en el área epidemiológica, abordando temas como los principales mecanismos empleados en los intentos, las franjas etarias con mayor prevalencia o tendencias regionales. Por otro lado, también sería pertinente indagar en aspectos más clínicos o vinculares, como el rol del psicólogo en el acompañamiento a familiares que han atravesado la pérdida de un ser querido por suicidio.

A modo de cierre, resulta fundamental destacar el valor de esta pasantía como espacio de aprendizaje, encuentro y construcción colectiva. Las reflexiones que surgen de esta experiencia no solo condensan lo aprendido, sino que también habilitan nuevas preguntas y desafíos para el futuro profesional.

17:30
Aula 1 Ed7

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



Pasantía Académica

Las políticas públicas en el ámbito de la salud mental. Pasantía en el Programa de Docencia e Investigación de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Salta, 2025.

Estudiante: Francisca Jimenez Wayar. DNI: 43.760.331

Directora: Dra. Paula Ulivarri. DNI: 22653043

Lic. PAULA ULIVARRI
PSICÓLOGA
M.R. 303

25/04/25

25/04/25

EVALUACIÓN

Decisión/Observaciones:

Nota: 10 (diez)

Tribunal evaluador:

Jurado 1:

Jurado 2:

Jurado 3:

Lugar y fecha:

Salta 10/06/25

Firma estudiante:

Se destaca el compromiso con la pasantía. La tesis logró plasmar en su sistematización y presentación una diversidad de actividades realizadas y una articulación teórica que da cuenta del manejo de conceptos centrales vinculados al área. Se valora particularmente el aporte a pensar otros roles del psicólogo en el campo de la Salud Pública y la construcción de políticas. Por todo lo mencionado, la nota es 10 (diez).

SISTEMA DE BIBLIOTECAS DE LA UCASAL

Repositorio Institucional UCASAL. Aprobado por Resolución Rectoral 1017/17.

Autorización de autores para digitalización de tesis de Grado y Posgrado para su publicación y difusión en repositorio Institucional

Por la presente, expreso mi Autorización a Sistema de Bibliotecas UCASAL, a difundir en la Biblioteca Digital de UCASAL, mi trabajo de Tesis, abarcando:

- Publicar el texto del trabajo de mi autoría, en formato digital, en el sitio Web de la Universidad, para la divulgación gratuita de la producción científico-tecnológica y académica generada en la Institución.
- Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la Web que permitan su visualización óptima y de acuerdo a los parámetros establecidos por la Institución.
- Reconozco que la Universidad Católica de Salta, adhiere para esta Biblioteca Digital al uso de **licencias Creative Commons** que permiten mantener la autoría de la producción mientras facilitan el uso y distribución de la obra en las condiciones que el autor especifica.

Apellido y Nombre del autor-tesista: Francisca Jimenez Wayer

DNI: 43.760.331

Teléfono/s: 3875866930

e-mail/s: franciscajimenezwayer@gmail.com

Facultad (donde presentó el trabajo): Facultad de Artes y Ciencias

Carrera/título: Psicóloga

Directo/ra/r de Tesis ó Docente guía: Paula Ulvarría

Fecha de defensa: 10 / 06 / 2025

Título completo del trabajo: Las políticas públicas en el ámbito de la salud mental

Subtítulo: Trayectoria Académica en el Programa de Investigación y Docencia

Palabras claves: Telesalud. Vigilancia Epidemiológica. Intento de Suicidio

Otorgo expreso consentimiento para la publicación – difusión de:

(Marcar lo que corresponda)

Texto completo: X

Parcial (informar que capítulos): _____

Registro o cita: _____

Resumen/Abstract: _____

A partir de la fecha: 10/06/2025

Lugar y fecha: Salta, 10 de junio de 2025

Firma del autor y aclaración: [Firma]

Francisca Jimenez Wayer