

Diplomatura universitaria en políticas, planificación, gestión y administración de instituciones
y servicios de salud mental.
(Cohorte 2018)

***“Coordinaciones Zonales de Salud Mental Comunitaria.
Un Modelo de Gestión en Río Negro”.***

AUTORES:

Lic. Viviana Comba, Licenciada en Servicio Social,
Dra. Laura Curbelo, Médica especialista en Salud Mental Comunitaria,
Lic. Daniela Gagliardi, Licenciada en Psicología
Lic. Andrea Mancardo Lic en Servicio Social.
Lic. Ezequiel Orozco von Kaven Licenciado en Psicología.

PROVINCIA DE RIO NEGRO

AÑO 2018

Resumen:

El sistema de Salud de la Provincia de Río Negro, al igual que en el resto del país, está conformado por tres subsectores: El sistema público, la seguridad social (obras sociales) y el ámbito privado.

El Sistema Público de Salud, está organizado por seis zonas sanitarias, que abarcan las distintas regiones de la Provincia de Río Negro, cada una de estas zonas cuentan con un Hospital de mayor complejidad.

Dentro del Ministerio de Salud, en su organigrama, se encuentra la Coordinación Provincial de Salud Mental Comunitaria, quien se ocupa de la gestión y ejecución del Plan Provincial de Salud Mental Comunitaria, en el marco de las leyes 2.440 y 26.657.

En el Plan Provincial de Salud Mental Comunitaria 2007/2011, se crea la figura del Coordinador Zonal de SMC, con resolución 2573, con el fin de optimizar las estrategias locales y provinciales de capacitación e intervención.

A diez años de dicha resolución, nos proponemos evaluar el recorrido histórico, reflexionar sobre sus misiones y funciones; analizar fortalezas y debilidades, al igual que los obstáculos que se presentaron en su práctica.

1. INTRODUCCIÓN

El campo de la salud mental en Río Negro, ha sido de vanguardia en la construcción de un programa comunitario, que basado en la **protección y garantías de derechos**, generan y desarrollan un cuerpo teórico específico.

La reforma rionegrina en salud mental cuestiona las concepciones autoritarias y hegemónicas en el campo de la Salud, desarrolla alternativas a los tratamientos custodiales “de encierro”, que llevan implícito el abandono y la segregación. El eje de esta reforma es la **Inclusión Social** de las personas con sufrimiento mental y el **respeto de los Derechos Humanos**. Considera la **dimensión socio-comunitaria** como aquella que posibilita un **enfoque integrador del ser humano**, donde lo biológico, psicológico, y lo social se resanifican en función de la historia, la cultura, la política y la economía que los atraviesa.

Desde esta perspectiva, la Salud Mental se incluye en el marco de la Salud en general, haciendo hincapié en las capacidades de las personas, grupos y comunidades; entendiendo al **sujeto inmerso en su cultura y sociedad**, considerando sus condiciones de vida como un factor desencadenante de posibles crisis, como así también para la resolución de las mismas.

El sistema de Salud de la Provincia de Río Negro, al igual que en el resto del país, está conformado por tres subsectores: El sistema público, la seguridad social (obras sociales) y el ámbito privado.

El Sistema Público de Salud, se encuentra organizado en seis zonas sanitarias, que abarcan las distintas regiones de la Provincia de Río Negro, existiendo un total de 36 Hospitales Área Programa con complejidades diferentes (VI, mayor complejidad, IV A, IV B, III y II). Cada una de estas zonas cuenta con un Hospital de referencia, que es el hospital de mayor complejidad de la zona. Es importante destacar que 33 de los 36 Hospitales tienen Servicio de Salud Mental Comunitaria.

Dentro del Ministerio de Salud, en su organigrama, se encuentra la Coordinación Provincial de Salud Mental Comunitaria, que se ocupa de la gestión y ejecución del Plan Provincial de Salud Mental Comunitaria, en el marco de la ley Provincial 2.440 y la Ley Nacional 26.657.

En el año 2007 se plasma el “Plan Provincial de Salud Mental Comunitaria 2007/2011”, el cual surge de la necesidad de brindar respuestas concretas y acordes a la población vulnerable de usuarios de salud mental, como así también a los equipos de salud mental y a las instituciones con los que ellos interactúan luego de 15 años de promulgada la Ley 2440.

“Establece como objetivo general, la promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental, propiciando una cobertura universal, evitando los recortes y sectorización de las respuestas. Los equipos de salud mental deberán priorizar una mirada y una acción integral fortaleciendo el trabajo interinstitucional”.

Desde la concepción participativa del plan, en un trabajo interdisciplinario e intersectorial se prevén acciones desde una estrategia de conjunto, con referentes zonales integrados desde la transversalidad, que dé cuenta a la resolución de la problemática de la fragmentación de la red de equipos provinciales y la crisis de los espacios de socialización orientándose hacia el Desarrollo Humano”

“El propósito es generar un sistema de intervención articulado e integral desde la puesta en marcha de estrategias de socialización e integración comunitaria articulando acciones que propicien la resolución dentro del sistema, tornando innecesarias las derivaciones al sector privado”.¹

Los ejes abordados estarán vinculados a trabajar articulada y transversalmente junto a los Coordinadores Zonales en sus aspectos técnicos operativos. Establece: “se creará un Equipo de Coordinadores Zonales, que sea el interlocutor entre las distintas instituciones y programas ya existentes, con el fin de optimizar las estrategias locales y provinciales de capacitación e intervención”.

“Este equipo estará integrado por un referente de la Zona Sanitaria a designar por los equipos y Coordinación Provincial”²

Tendrá una forma de organización colegiada, y actuará como facilitador de la implementación del programa en cada ámbito de referencia; supervisando y acompañando los servicios locales, como así también un rol activo en la implementación de la Desmanicomialización. Reuniones periódicas con la coordinación provincial y con jefes de servicios locales; evaluaciones para la corrección de prácticas, búsqueda de consensos en las prácticas, son algunas de sus funciones. Esta forma organizativa nos plantea una gestión horizontal, democrática y participativa; aunque requiere la necesidad de consensos.

Con resolución 2573/07, se crea formalmente la figura del Coordinador Zonal. A diez años de dicha resolución, nos proponemos evaluar el recorrido histórico, reflexionar sobre sus misiones y funciones; analizar fortalezas y debilidades, al igual que los obstáculos que se presentaron en su práctica.

¹ Plan Provincial SMC-Río Negro-2007/2011

2. MARCO TEÓRICO

El Sistema Público de Salud en la Provincia de Río Negro, se encuentra organizado en seis zonas sanitarias, que abarcan las distintas regiones; existiendo un total de 36 Hospitales Área Programa con complejidades diferentes (VI, mayor complejidad, IV A, IV B, III y II). Cada una de estas zonas cuenta con un Hospital de referencia, que es el hospital de mayor complejidad de la zona. Es importante destacar que 33 de los 36 Hospitales tienen Servicio de Salud Mental Comunitaria. El programa de Salud Mental Comunitaria se complementa con su presencia en 116 de los 160 Centros de Salud que hay en la provincia, y acceso a los parajes más alejados mediante la modalidad de "patrullas".

Dentro del Ministerio de Salud, en su organigrama, se encuentra la Coordinación Provincial de Salud Mental Comunitaria, que se ocupa de la gestión y ejecución del Plan Provincial de Salud Mental Comunitaria, en el marco de la ley Provincial 2.440 y la Ley Nacional 26.657.

Se estima que aproximadamente el 3% del gasto de Salud Pública en la provincia de Río Negro es destinado a Salud Mental, aunque no posee presupuesto propio; por lo que cada partida debe ser solicitada por vía administrativa; aunque más del 80% es destinado al pago de salarios. En este sentido, el reconocimiento salarial de los profesionales no discrimina por disciplina, siendo el mismo para los médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y Lic. en Enfermería para igual carga horaria. Las actividades extras, como guardias, se pagan como hora extra.³

En el año 2008 se constituyen los primeros coordinadores zonales. El programa contaba con 189 efectores de salud distribuyéndose de la siguiente manera: 64 psicólogos, 62 operadores en Salud Mental, 21 médicos psiquiatras, 8 enfermeros, 5 trabajadores sociales, 3 psicopedagogos, 2 sociólogos y 3 administrativos; completándose con 21 profesionales en formación mediante la modalidad de residencia en Salud Mental Comunitaria.⁴

El campo de la Salud Mental en la Provincia de Río Negro ha sido de vanguardia en la construcción de un programa comunitario. El marco legal en el cual se inscribe nuestro quehacer cotidiano y que fuera sustento legal de dicho programa, es la Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental” que

³ Paulin, Baffo, Campos. pág. 40. “Perspectivas de la Desmanicomialización” (2015).

4 Paulin, Baffo, Campos. Pág. 42.

respalda la realización de nuestras prácticas; como así también, lo fue posteriormente la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ley 26.657.

La Ley 2440 posee un camino recorrido de más de 25 años. Sin embargo, la historia de la Desmanicomialización rionegrina, más allá de ser una realidad palpable, aún se encuentra en construcción. Una construcción que avanza a la par de la deconstrucción social de la estigmatización de la locura. Gradualmente suma nuevos aportes teóricos y prácticas que la enriquecen y afianzan contra los permanentes avatares y cambiantes condiciones sociales y políticas a las que debe enfrentarse.

La Desmanicomialización rionegrina tiene un aval científico, técnico y legal que no existía hace 25 años: La Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), el Informe Mundial de la Salud (OMS, 2001), la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), la Ley Nacional de Salud Mental 26657 (2010) y el Nuevo Código Civil (2014) le otorgan una solidez sin retorno. Prácticas que se van renovando también se suman a esta estructura de sostén.

La Ley provincial, y su correlato con el programa provincial de Salud Mental, plantean un abordaje integral y continuo, compuesto por diversos momentos y con diversidad de acciones. Partiendo de la idea de que la Salud Mental es una construcción permanente, de un equilibrio inestable y en el que cualquiera puede requerir de ayuda; la cura o la "vuelta a la normalidad" no en sí mismo el fin de la atención. La finalidad última es la inserción social, la obtención de grados crecientes de autonomía, la apropiación de Derechos, y todo aquello en general que haga más digno el transcurrir de la vida de quien padece sufrimiento mental.

La ley Nacional de Salud Mental 26657, sancionada y promulgada en el año 2010, es una condensación de pactos, normativas, tratados y recomendaciones a los que el país viene adhiriendo desde hace varios años. La nueva Ley Nacional comparte el cambio de paradigma con la Ley Provincial, en cuanto a que propone una mirada integral sobre la Salud Mental: Perspectiva de DDHH; garantías individuales; criterios de integralidad, intersectorialidad, abordaje interdisciplinario; participación de terceros en los tratamientos; acompañamiento familiar, comunitario e inclusión social; etc.

A partir de la ley Nacional de Salud Mental y Adicciones "...se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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..."

Los lineamientos generales de la Ley Nacional, apoyando y ampliando los de la Ley provincial, proponiendo el abordaje desde una perspectiva de Derechos; un abordaje con y en la comunidad, como así también plantea la intersectorialidad e interdisciplinariedad. También reglamenta la participación y en algunos casos la creación de órganos y consejos.

2.1 La ley parte de la presunción de “capacidad” de las personas.

Está demostrado, que muchos de los problemas de Salud Mental parten de relaciones vinculares y de cuestiones sociales; por lo que las respuestas hay que pensarlas en esa integralidad. Casi una obviedad, pero que muchas veces, principalmente desde la visión psiquiátrica y algunas corrientes psicológicas, no se lo tiene en cuenta.

En esta dirección, podemos citar a Benedetto Sarraceno, quien afirma “La SM es mucho más que tener una sala de atención ambulatoria en la comunidad. Tampoco es solo un conjunto de casas de medio camino u hogares protegidos. La SM no hay que reducirla a una cuestión de ingeniería institucional: casas, casitas, dispensarios, camas, centros de salud... son solo contenedores. La vida de una persona, no se reduce solo a tener una cama o una casa. La SM comunitaria es un mundo de relaciones por las que a una persona vulnerable se le brindan oportunidades para aumentar su intercambio afectivo y material con el entorno”⁵ Esto mitiga y disminuye el sufrimiento mental, y por tal motivo es curador-reparador.

Siguiendo estos lineamientos, los Servicios de Salud Mental deberían orientar sus prácticas al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. La Salud Mental busca el desarrollo de acciones territoriales para estar al alcance de toda la población; basado en el modelo comunitario en pos de la inclusión social. Por este motivo, el modelo de Atención Comunitario de Salud Mental, se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas a las redes socio-sanitarias; fortaleciendo dichos servicios en pos de sustituir y evitar el modelo asilar.

Pensamos la Planificación y Gestión Sanitaria en dos enfoques:

- “Enfoque Sanitario”. Este enfoque, en primera instancia, me dice que le pasa a una población determinada. Responde a (a) ¿Qué le pasa en términos de Salud y de SM? Es decir, cuáles son sus necesidades en términos de Salud. (b) ¿Con qué herramientas, recursos, tipos de intervenciones, puedo abordar lo que le ocurre? Y (c) ¿Qué puedo esperar como resultado de ese abordaje?; ¿Qué expectativas tengo?
- “Enfoque de Gestión”. Este segundo enfoque, es entendido como aquel que me lleva al “éxito” de la intervención; que las expectativas ocurran; o se den en el mayor grado posible. El “Gestión” es lo que me debe llevar al logro de los objetivos planteados.

La gestión sanitaria o de un servicio de salud, es el punto donde confluyen, la demanda y los recursos.

La Gestión exitosa de un servicio de Salud que busque una mejora permanente en su quehacer, debe hacer hincapié en su capacidad de actuar y modificar positivamente la problemática abordada. Para ello, en ocasiones es necesario introducir nuevas prácticas.

⁵ Martin DeLellis, Clase 4 de la Diplomatura.

Hay un concepto utilizado en Salud que es el de "Evaluación de la Tecnología Sanitaria". Este concepto trabaja sobre cualquier colectivo que quiera introducir una modificación o nueva forma de resolución de un problema. El colectivo debe demostrar que esta práctica innovadora tiene un valor agregado.

Una idea que se vuelve recurrentemente en la gestión de servicios, es la de tener en cuenta que siempre debemos dar respuestas epidemiológicas, cualitativas y cuantitativas, de eficiencia del uso de los recursos a instancias superiores. En esas instancias gerenciales o ministeriales es donde se asignan los recursos; indispensables para mejores y más amplios servicios.

El mundo de la "gestión Sanitaria" es por convicción, y si no convencemos a los sectores gerenciales o de Funcionarios Públicos sobre los beneficios de nuestro accionar, difícilmente se prioricen recursos hacia nuestro sector. Poder dar cuenta del impacto de nuestras prácticas es de vital importancia para generar una convicción, es decir, una creencia generalizada, de que lo invertido en el área tiene su rédito sanitario. En general, los servicios de salud Mental somos reacios a estas cuestiones epidemiológicas, como así también a dar cuenta de donde están invertidos los recursos. Esto nos ha llevado a quedar en muchas ocasiones relegados en la distribución de recursos.

El sistema que financia las prácticas en Salud Mental es solidario. El conjunto de la Sociedad paga por atenciones focalizadas. Es solidario también porque el "sano" financia al "enfermo"; los que más tienen a los que menos tienen. Esto lleva a una doble responsabilidad en las prácticas: para con las personas que demandan una solución a sus problemas; y para el conjunto de la sociedad que nos financia.

La demanda no es sinónimo de necesidad. Es una instancia siguiente, que se genera cuando la necesidad recurre al sistema en busca de ayuda. En ocasiones la demanda se construye, si los servicios salen al encuentro de las necesidades. Esto, también es un desafío para los trabajadores de salud. Cuando la necesidad se transforma en Demanda es un triunfo para Salud; es el paso más importante para la resolución del problema. En otras **La Gestión Sanitaria o de un Servicio de Salud**, es el punto donde **confluyen, la Demanda y los Recursos**.

El mundo de la "gestión Sanitaria" es por convicción, y si no convencemos a los sectores gerenciales o de Funcionarios Públicos sobre los beneficios de nuestro accionar, difícilmente se prioricen recursos hacia nuestro sector. Poder dar cuenta del impacto de nuestras prácticas es de vital importancia para generar una convicción, es decir, una creencia generalizada, de que lo invertido en el área tiene su rédito sanitario. En general, los servicios de salud Mental somos reacios a estas cuestiones epidemiológicas, como así también a realizar un análisis sobre la inversión de recursos, y seguimiento de los mismos. Esto nos ha llevado a quedar en muchas ocasiones relegados en la distribución de recursos.

Una manera de pensar la Gestión, es tener en cuenta que siempre al final se busca modificar o afianzar conductas de los actores del sistema en pos de una mejora de los Servicios de Salud. ¡Esto es central en la Gestión y nunca se debe perder de vista! El cambio de comportamiento de las personas siempre es el fin de una nueva gestión. No hay ninguna manera de que se pueda modificar algo sin que haya al final de la cadena personas modificando sus acciones.

3. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar el modelo de Gestión Colegiada: Coordinación Provincial y Coordinaciones Zonales del Programa de Salud Mental Comunitaria de la Provincia de Río Negro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evaluar el recorrido histórico del Coordinador Zonal de Salud Mental Comunitaria.
- Analizar la construcción del rol del Coordinador Zonal de Salud Mental.
- Analizar fortalezas, debilidades, obstáculos y amenazas en el cumplimiento de sus misiones y funciones.

4. DESARROLLO

4.1 La gestión del coordinador zonal .

En la resolución 2573/07 se establecen las misiones y funciones del coordinador zonal, las cuales se detallan a continuación:

- MISIONES

Supervisar y monitorear el impacto y ser facilitador de acciones del Programa de Salud Mental Comunitaria en el ámbito de su zona sanitaria.

- FUNCIONES

- 1- Integrar el Equipo de Coordinación Provincial de Salud Mental Comunitaria.
- 2- Participar en la elaboración del Plan Operativo Anual del Programa de Salud Mental Comunitaria provincial.
- 3- Elaborar un plan de trabajo considerando las características geográficas de su zona, la organización de la red sanitaria, los recursos necesarios y los posibles de disponer, incluidos los humanos.
- 4- Gestionar, apoyar e implementar actividades de capacitación tendientes a fortalecer la capacidad de los efectores en la resolución de los problemas de la población objetivo del programa.
- 5- Propiciar las actividades de vigilancia epidemiológica y el monitoreo de las metas del Programa de Salud Mental Comunitaria.
- 6- Promover la programación local de actividades tendientes a mejorar la calidad de la atención que se brinda a los usuarios de salud mental y sus familias.
- 7- Propiciar el desarrollo y sostenimiento la red de equipos de salud mental y de la red de referentes locales con fines de complementariedad e interacción.
- 8- Propiciar el trabajo Intersectorial.
- 9- Supervisar la realización de actividades programadas en cada una de las áreas de su zona sanitaria.
- 10- Evaluar las condiciones de hacer efectivo los Subprogramas del Programa de Salud Mental y de la gestión de los recursos necesarios.
- 11- Notificar al Presidente de su Zona Sanitaria y al Coordinador Provincial de Salud Mental sobre las actividades que se realizan y de los hechos significativos eventuales que puedan ocurrir en su Zona Sanitaria.
- 12- Ser referente de la red de derivaciones en su Zona Sanitaria.

Debemos considerar al concepto de funciones como pautas, normas y tareas que guían y orientan en un rol determinado para desarrollar labores. De esta manera se toman decisiones y se realizan acciones concretas enmarcadas en acuerdos generales. En ese sentido se trabaja con claridad la responsabilidad, y las obligaciones que cada uno de los cargos conlleva, sus requisitos, y perfiles, incluyendo informes que deben ser elaborados, para así garantizar un adecuado desarrollo y calidad de la gestión.

Nos centraremos en un inicio, en el análisis de la misión general, que de acuerdo a la resolución 2573, establece como Misión del Coordinador Zonal "Supervisar y monitorear el impacto y ser facilitador de acciones del programa de Salud Mental Comunitaria en el ámbito de su zona sanitaria". Algunos de los aspectos críticos que deben considerarse a la hora de realizar una revisión de la práctica tienen que ver con elementos propios de la gestión de sistemas de salud mental comunitaria: evaluación y monitoreo de la red de servicios; e indicadores para los mismos. En ese sentido se relevan datos cuantitativos, basados en los siguientes ejes: población; cantidad de profesionales afectados y la distribución correspondiente al número de profesionales, según cada zona sanitaria (ver anexo)

Considerando la misión de "Supervisar y monitorear el impacto y ser facilitador de acciones del programa de Salud Mental Comunitaria en el ámbito de su zona sanitaria", así formulada, excede las posibilidades reales de concreción. Si bien se puede supervisar el avance o retroceso del programa, es muy difícil monitorear su impacto, debido a la necesidad de readecuar las variables de evaluación, como así también el registro estadístico, por lo que creemos necesario que la misma pueda ser reformulada a fin de dar un marco más acorde a la realidad.

Una primera propuesta es que pudiera ser reemplazada de la siguiente manera: "Supervisar, gestionar y operativizar las acciones enmarcadas dentro del Programa Provincial de Salud Mental Comunitaria. Este cambio reflejaría el accionar y las posibilidades concretas de ser llevado a la práctica por el coordinador, readecuando también las funciones que realiza".

Respecto a las funciones establecidas en el decreto evaluamos que si bien responden a la misión es difícil su pleno cumplimiento, ya que suponen una disponibilidad full time que la figura del coordinador no la tiene. Además solo serían posibles si existieran las herramientas necesarias para su cumplimiento, por ejemplo registro estadístico riguroso de vigilancia epidemiológica, recursos humanos y materiales necesarios en cada equipo local y zona sanitaria.

Respecto a la función referida a la vigilancia epidemiológica y monitoreo de las metas del Programa, planteamos que la misma no debe recaer en la figura del coordinador. Se debería realizar una reformulación en el registro estadístico vigente. Lo que propone esta función debería involucrar a otros actores sociales para poder realizar una lectura más significativa y enriquecedora.

La función 9 referida a supervisar la realización de actividades programadas en cada una de las áreas de su zona sanitaria es de difícil concreción, por la escasa disponibilidad horaria y la cantidad de equipos por cada zona sanitaria; por lo que creemos que sería más conveniente plantear como función: "Acompañar y evaluar la realización de actividades que se programen en cada una de las áreas de su zona sanitaria.

Fortalezas, debilidades, obstáculos y amenazas en el cumplimiento de sus misiones y funciones.

Dentro de la organización provincial, se realizan reuniones bimestrales (Coordinador Provincial con Coordinadores Zonales) En dichos espacios se comparte la situación actual de cada zona, siendo este un espacio de (co visión) y construcción de estrategias de gestión. A partir de estos encuentros surgen aspectos que en este apartado se analizarán considerando fortalezas, debilidades, obstáculos y amenazas que de manera crítica constituirán oportunidades para el análisis de la práctica.

A través del análisis del recorrido de esta forma de gestión, reconocemos como fortalezas el sostenimiento en el tiempo de la figura del coordinador, el reconocimiento de los equipos, el compromiso de cada uno de los coordinadores en lo que respecta a la concreción de reuniones zonales, acompañamiento a los equipos, evaluación permanente del cumplimiento del Programa en los distintos hospitales, informes de situación, colaboración y cogestión con la coordinación provincial independientemente de quien ocupe esa figura.

Además consideramos una fortaleza el reconocimiento interinstitucional e intersectorial, de la figura del coordinador zonal en otros ministerios: Justicia, Desarrollo Social, Educación, SENAF, etc.; y al mismo tiempo una dificultad, dado que consideran o piensan que somos un referente con posibilidades de gestión para ellos solicitan intervenciones acordes a las funciones(oficios judiciales dirigidos exclusivamente al Coordinador Zonal pidiendo gestión), sabiendo que ello es difícil de concretar. Lejos estamos de poder concretar lo solicitado y si una responsabilidad para con lo que solicitan.

Como debilidades y obstáculos analizamos los siguientes ejes:

- **Reconocimiento de las misiones y funciones del coordinador zonal.**

Surge como dificultad el hecho de que la figura del coordinador no suele ser reconocida por personal jerárquico como directores de hospitales, jefaturas DAPA, DAM⁶. En este sentido la posibilidad real de gestión del coordinador zonal aparece obturada por dicho personal.

El desconocimiento y la falta de acompañamiento en la toma de decisiones para con los equipos de salud mental, suele ocasionar conflictos en el establecimiento de una agenda común de trabajo.

La contradicción se evidencia también, en que si bien, existe un decreto que reglamenta las misiones y funciones del coordinador, las evaluaciones y los requerimientos necesarios presentados por cada coordinador zonal; escasas veces son tenidas en cuenta por los responsables políticos ministeriales en la gestión de la política sanitaria de salud mental, para el cumplimiento del Programa de Salud Mental Comunitaria

- **Solapamiento de actividades. Doble función**

Otra de las consideraciones realizadas por el equipo de coordinadores zonales de salud mental comunitaria de la provincia, tiene que ver con problematizar la doble (o triple) función que llegan a cumplir, sin definir la carga horaria específica para el cumplimiento de la función. Estas tienen que ver con que la tarea de coordinación se solapa y se contrapone con actividades propias del servicio de salud mental del cual son parte. Es decir, la dificultad que se presenta al ser representante del Programa Provincial de Salud Mental y compañero de tareas, esta superposición de roles representa en muchas ocasiones una debilidad que amenaza el cumplimiento de la función.

Este cumplimiento de superposición de funciones y de carga horario; no va asociado a una retribución económica acorde para el cumplimiento de la función, considerando que no existe una jerarquización plena de la figura del Coordinador Zonal de Salud Mental Comunitaria.

⁶ DAPA (departamento de actividades programadas para el área) DAM departamento de actividades médicas. figura institucional de un hospital que coordina actividades de las áreas bajo su estructura organizacional

- Complejidad del grupo humano

El rol del coordinador zonal consiste en trabajar con los diferentes servicios de salud mental comunitaria de los distintos hospitales. Los mismos se encuentran integrados por cantidades diversas de personal, variando de servicio a servicio. En este sentido, se presenta como desafío el trabajo con los vínculos y relaciones humanas que se generan al interior de cada uno de estos equipos, en los cuales entran en juego modalidades diversas de funcionamiento, que merecen un análisis exhaustivo en lo referido a la dinámica de grupos dentro de una institución.

Identificamos como amenaza la posibilidad de que esta modalidad de gestión sea cuestionada por futuras autoridades provinciales, que no reconozcan en este modelo las ventajas que para nosotros tiene.

CONCLUSIÓN:

El modelo rionegrino de Salud Mental comunitaria ha mostrado a lo largo de los años una manera diferente de gestionar el campo de la Salud Mental.

Como Departamento de Salud Mental en su inicio y luego como Coordinación de Salud Mental Comunitaria ha propuesto y sigue apostando a una gestión participativa y de construcción colectiva de la Salud Mental. Lo hace en la actualidad a través de la implementación de la figura del Coordinador Zonal. Esta figura es el nexo entre los equipos de salud mental y la coordinación provincial.

Respondiendo a una ideología de trabajo, da cuenta de una modalidad que favorece la construcción colectiva de las gestiones y los saberes en salud mental.

Este modelo se enfrenta a un modelo de gestión tradicional verticalista y hegemónica que caracteriza a las gestiones de salud.

Nos enfrentamos así a contradicciones permanentes en relación a la legitimidad y jerarquización de la figura del Coordinador, que ve obturado su accionar en forma permanente. Su posibilidad de decisión se ve cuestionada y relativizada, no contando con un apoyo pleno para el cumplimiento de su rol.

A pesar de dificultades planteadas quienes asumimos el compromiso de ocupar esta función somos legitimados por la Coordinación provincial y los equipos territoriales, quienes reconocen y acompañan nuestro trabajo cotidiano.

AnexoPrimera Zona Sanitaria - Alto Valle (Oeste)

Población total	Equipo de trabajo	Cantidad de población por referente
168.850	39	4329

Primera Zona Sanitaria - Alto Valle (Este)

Población Total	Equipo de trabajo	Cantidad de población por referente
107.212	56	1.914

Segunda Zona Sanitaria – Valle Medio

Población Total	Equipo de trabajo	Cantidad de población por referente
56.103	26	2.157

Tercera Zona Sanitaria – Zona Atlántica

Población Total	Equipo de trabajo	Cantidad de población por referente
129.000	61	2.114

Cuarta Zona Sanitaria – Zona Andina

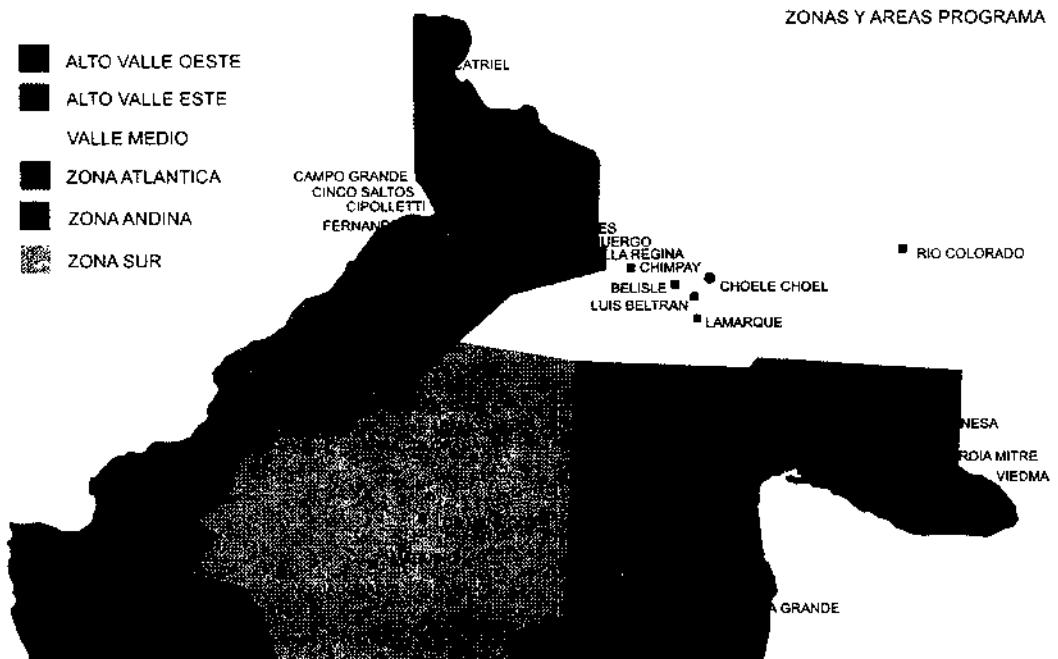
Población Total	Equipo de trabajo	Cantidad de población por referente
156.534	56	2.795

Quinta Zona Sanitaria – Línea Sur

Población Total	Equipo de trabajo	Cantidad de población por referente
21.500	12	1791

PROVINCIA DE RIO NEGRO
ZONAS Y AREAS PROGRAMA

- ALTO VALLE OESTE
- ALTO VALLE ESTE
- VALLE MEDIO
- ZONA ATLANTICA
- ZONA ANDINA
- ZONA SUR



BIBLIOGRAFIA:

- Ley Nacional de Salud Mental 26657. (2010)
- Ley Provincial 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de la Personas que Padecen Sufrimiento Mental”. (1993)
- Plan Provincial SMC-Río Negro-2007/2011.
- Hugo Cohen, Graciela Natella y otros “Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro” Lugar Editorial (1995)
- Hugo Cohen y Graciela Natella “La Desmanicomialización. Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro” Lugar Editorial (2013)
- Mariana Paulin, Claudia Baffo y Rosana Campos “Perspectivas de la Desmanicomialización”. Editorial Kuruf. (2015)
- José Schiappa Pietra y otros “La Brancaleone. Teoría y práctica desmanicomializadora” Editorial Kuruf. (2016)