



Psicoperspectivas

ISSN: 0717-7798

revista@psicoperspectivas.cl

Pontificia Universidad Católica de
Valparaíso
Chile

Andrade Vergara, Gonzalo

"Hacer Trampita" para sobrevivir: Significaciones sobre el Tratamiento de la Depresión en
Atención Primaria

Psicoperspectivas, vol. 14, núm. 3, 2015, pp. 117-127

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Viña del Mar, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171042264011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

“Hacer Trampita” para sobrevivir: Significaciones sobre el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria

Gonzalo Andrade Vergara

Universidad de Chile, Chile

geandrad@uc.cl

RESUMEN

En Chile, el tratamiento de la depresión en la salud pública está garantizado por ley. No obstante, se desconocen las prestaciones efectivamente entregadas a los pacientes y el modo de funcionamiento de los equipos de salud encargados de proveerlas. La presente investigación describe y caracteriza las significaciones de psicólogos que trabajan en consultorios de atención primaria sobre el tratamiento de la depresión que llevan a cabo. Se entrevistó a 8 psicólogos de los distintos Servicios de Salud de la Región Metropolitana y se realizó un análisis de contenido desde la Teoría Fundamentada. Seis categorías emergieron del análisis, siendo el “hacer trampita” una de las más relevantes. Se trata de un modo de sobrevivir en la atención primaria, que implica acomodar los criterios y parámetros exigidos por el Servicio de Salud para dar una mejor atención a los pacientes, para cumplir las metas del servicio y/o para recibir bonos de rendimiento por cumplimiento de estas metas. Esta práctica está naturalizada y genera un alto desgaste en los profesionales, lo cual obliga a visibilizarla para su futura modificación.

Palabras clave: depresión; salud mental; salud pública

“Cheating” in order to survive: On the Significance of Depression Treatment in Primary Health Care

ABSTRACT

In Chile, the treatment of depression in public health care is guaranteed by law. Nevertheless, the real performance of treatments as actually provided to patients and the way in which health care teams in charge of their administration perform are unknown. This research describes and characterizes the significance that Psychologists who work in primary health care units attach to the treatment of depression as actually performed. We interviewed eight Psychologists from the diversity of Health Services within the Metropolitan Region and analyzed the contents of those interviews from a Funded Theory standpoint. Six categories emerged from the analysis, with “cheating” being one of the most relevant. As it turned out, it is a means to survive in primary health care, which implies fitting the criteria and the parameters demanded by Health Service authorities in order to improve the level of service provided to patients, meet the service’s targets and/or receive performance incentives when those targets are met. This is an established practice that generates a high level of wear in professionals, which is something that demands visibility in order to modify it in the future.

Keywords: depression; mental health; public health

Como citar este artículo: Andrade Vergara, G. (2015). “Hacer trampita” para sobrevivir: Significaciones sobre el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. *Psicoperspectivas*, 14(3), 117-127. doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL14-ISSUE3-FULLTEXT-603

Recibido
19-01-2015

Aceptado
15-06-2015

La depresión es uno de los temas más difundidos e investigados en salud mental. Se estima que 350.000.000 de personas ya han sido diagnosticadas con depresión y que ocupará el primer lugar en la carga global de enfermedades en 2030 (World Federation for Mental Health [WFMH], 2012). En Chile, se ha observado una prevalencia de vida de 9,0% para la depresión mayor y de 8,0% para la distimia (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2002). De esta manera, los trastornos depresivos se han convertido en uno de los principales problemas de salud (Alvarado & Rojas, 2011), con un 17,2% de la población chilena mayor de 15 años presentando síntomas depresivos durante el último año (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2009).

La depresión genera una fuerte carga económica, produce altas tasas de invalidez, ausentismo laboral, gastos invaluable para los sistemas de salud, perpetuación del círculo de la pobreza y consecuencias económicas perjudiciales tanto para el paciente, como para su entorno cercano (WFMH, 2012). Durante el año 2001, en una decisión pionera para un país de ingresos medio-bajo, el MINSAL implementó el "Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria", el cual se extendió a todo el país desde el año 2003 (Alvarado & Rojas, 2011).

A partir de 2006, la depresión ingresó a la lista de enfermedades cubiertas por el AUGE¹, lo que implicó la instauración de una guía clínica propia, definiciones de las garantías, tiempos máximos de espera, calificación de proveedores y un techo para co-pagos. El programa de depresión se estableció formalmente en una red de 520 consultorios de atención primaria (AP) en todo Chile, entregando atención a más del 84% de todos los pacientes diagnosticados con depresión (Araya, Alvarado & Minoletti, 2009). Este ha crecido regularmente desde su introducción, con más de 200.000 pacientes que reciben el tratamiento cada año desde 2006, estimándose su cobertura total a 2012 en más de 1 millón de personas, tanto en la red de salud pública como privada (Ochoa, 2012).

Sin embargo, su incorporación a las patologías AUGE no ha implicado una disminución de su prevalencia. Además se han realizado escasos estudios sobre el impacto de estas políticas, lo que no ha permitido determinar con claridad la evolución de la salud mental en Chile, así como la efectividad de los recursos invertidos (Valdés & Errazuriz, 2012). A casi una década de su implementación, hay poca

información sobre el modo en que los usuarios, gestores y profesionales de la salud han significado estos cambios.

En este contexto, la presente investigación busca aportar información relevante sobre la situación actual de los psicólogos de AP en el trabajo de salud mental, indagando en las significaciones que los clínicos tratantes del AUGE Depresión tienen sobre su propia práctica, así como las estrategias que han debido implementar para adaptarse al contexto de alta exigencia que caracteriza la atención de la salud mental en AP.

En un contexto de aceleradas transformaciones sociales, demográficas y epidemiológicas a nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) ha planteado el fortalecimiento de la AP como una prioridad a nivel mundial, con el fin de que los países puedan dar una respuesta adecuada a las cambiantes demandas sanitarias de la población. En Chile, la población ha pasado de una alta tasa de natalidad y mortalidad general, hacia un decrecimiento de ambas variables, evidenciando un proceso de envejecimiento progresivo que cambió el perfil epidemiológico. Si antes predominaban las enfermedades infecciosas, traumatismos, enfermedades agudas y problemas de salud materno-infantiles, ahora predominan las enfermedades crónicas y de salud mental (Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica de Chile [CIPPUC], 2014), siendo la depresión uno de los trastornos de salud mental más prevalentes.

Considerando estos cambios, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000) propuso la conformación de equipos de salud mental multidisciplinarios en los diferentes niveles de atención. La instalación del Programa de Depresión a nivel nacional en el año 2003, fue el hito decisivo que gatilló la inclusión de psicólogos en AP. En la actualidad, una parte importante de los fondos de AP han sido destinados a su contratación, haciéndose cargo de la atención psicosocial y concentrando más del 50% del trabajo en salud mental (Minoletti, Rojas & Horvitz-Lennon, 2012). En cifras, la tasa de psicólogos (17,1 por 100.000 habitantes) es la más alta de los profesionales de AP: 99,6% de los centros de atención primaria cuentan con uno o más psicólogos (MINSAL, 2014). No obstante su relevancia en la política pública de salud mental, los psicólogos reportan insatisfacción con sus condiciones laborales.

En un estudio realizado con psicólogos de AP, se reportó que cerca del 50% de los encuestados evaluó negativamente las condiciones físicas del lugar en que trabajan, su estabilidad laboral y la remuneración recibida. Estos profesionales deben responder a una alta demanda asis-

¹ Acceso Universal a Garantías Explícitas: conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al sistema de salud público y privado.

tencial, lidiar con recursos limitados y con los obstáculos percibidos sobre su propias condiciones laborales, las cuales constituyen una barrera para el trabajo comunitario y de coordinación en red requerido en AP (Scharager & Molina, 2007).

Para Dimestein (2003) estas circunstancias requieren que los profesionales adapten sus conocimientos e intervenciones a la realidad que deben atender, desarrollando nuevos códigos de comunicación que les permitan establecer relaciones de ayuda. Esto pone el énfasis en las habilidades y competencias de los profesionales de AP, configurando un perfil determinado que será imprescindible para quien se inserta en este trabajo. Según este enfoque, el profesional de AP debería tener conocimientos para entender y ejecutar sus labores, habilidad para poner esos conocimientos en práctica ante un problema específico, estar motivado, además de contar con los medios y recursos necesarios para llevarla a cabo (Rey-Gamero & Acosta-Ramirez, 2013).

Si bien la capacidad de adaptarse a su contexto de trabajo parece ser parte del perfil del psicólogo de AP, no se puede soslayar la precariedad en la que se insertan. Aunque Chile ha sido pionero en la región al incluir psicólogos en AP, no cuenta con una legislación específica sobre salud mental y el porcentaje del presupuesto de salud en el sistema público que se destina a salud mental solo alcanza un 2,16 % (MINSAL, 2014). A esta insuficiente asignación de recursos se deben agregar diversas influencias externas que presionan a los sistemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) algunas de las tendencias que influyen negativamente a la AP son: (i) una focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, a menudo conocida como «hospitalocentrismo»; (ii) la fragmentación de los servicios como resultado de la multiplicación de programas y proyectos; y (iii) la mercantilización generalizada de la atención en los sistemas sanitarios no regulados. Estas tres tendencias terminan por desviar a la AP de sus objetivos centrales y repercuten en el desempeño de los actores que la componen.

En este contexto, resulta relevante caracterizar las significaciones de los psicólogos sobre su práctica en el tratamiento de las enfermedades mentales, específicamente de la depresión, poniendo énfasis en los mecanismos de adaptación a un entorno precario e indagando cómo estos mecanismos influyen en la adecuada atención de los usuarios del sistema público.

Método

El incremento de la demanda sanitaria y el cambiante contexto en el cual se inserta, implica un desafío constante para los sistemas de salud. Determinar las necesidades sanitarias y las respuestas adecuadas a ellas no es una tarea sólo de expertos en salud, sino que implica la participación de los distintos agentes involucrados, a saber, los encargados de gestión, los profesionales de la salud y los usuarios (Iñiguez, Monreal, Sanz, del Valle & Fusté, 2009).

La aproximación cualitativa a los fenómenos sanitarios constituye un área particular de estudio, conocida como Investigación Cualitativa en Salud (ICS) que ha sido clave en la comprensión de los significados sobre salud y enfermedad en distintas poblaciones (Morse, 2007). En los últimos años, la ICS se ha interesado por el estudio del proceso de descentralización de la salud (Molina, 2009), la implementación de proyectos de investigación participativa en prevención del VIH (Von Unger, 2012), la visibilización de las barreras del sistema que retrasan el diagnóstico y el tratamiento de cáncer de mama (Giraldo & Ceballos, 2011), la percepción de travestis, transgéneros y transexuales sobre la atención de salud que reciben (Bones et al., 2009) y las formas en que las personas con trastornos mentales plantean sus problemas y trayectorias vitales (Díaz, Solano & Solbes, 2013).

La investigación cualitativa aporta una perspectiva metodológica que genera información socialmente significativa, relevante para la práctica y para orientar la toma de decisiones de los equipos de salud. Se parte del supuesto de que el significado social de la atención sanitaria será distinto para los diferentes agentes implicados, quienes significan qué es, cómo se hace y cuáles son las expectativas sobre el sistema de salud, de maneras diversas (Iñiguez et al., 2009).

En la presente investigación, los datos recogidos se analizaron a partir del modelo ofrecido por la Teoría Fundamentada (TF) (Corbin & Strauss, 1990; Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2002), con el objeto de dar cuenta de las significaciones de los psicólogos de AP acerca del tratamiento que entregan de la depresión. Esta teoría se ubica en el amplio campo de los métodos interpretativos de la realidad social, permitiendo describir el mundo de las personas estudiadas, analizando los significados simbólicos de los individuos y descubriendo las claves de su experiencia, tiempo vivido e historia personal.

En particular, esta investigación se interesó en las significaciones de los sujetos, entendiendo por estalo que las personas piensan sobre un fenómeno y que es comuni-

cado a otro por medio del lenguaje. En este sentido, lo que se entenderá aquí por significaciones es análogo a la descripción desde la TF, en la cual se alude al "uso de palabras para expresar imágenes mentales de un acontecimiento, un aspecto del panorama, una escena, experiencia, emoción o sensación" (Strauss & Corbin, 2002), realizada desde la perspectiva de quien hace la descripción. De este modo, se utilizó una metodología deductiva e inductiva que permitió elaborar una teoría sustantiva, significativa y compatible a partir de los datos que se recogieron en el campo.

Participantes

Los participantes fueron 8 psicólogos(as) que se desempeñaban en alguno de los consultorios de AP de la Región Metropolitana. Cada uno de ellos trabajaba en comunas distintas, que pertenecen a los distintos servicios de salud de la región: Norte, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Occidente y Central.

Técnicas de producción de datos

Se utilizó la técnica de entrevistas individuales para poder acceder a las significaciones de los participantes acerca de la experiencia vivida. Se utilizó una entrevista semi-estructurada de carácter individual, para conocer las significaciones de cada participante, facilitando que expresaran sus puntos de vista y teorías subjetivas con la profundidad que un cuestionario o técnica estandarizada no permite.

Procedimiento

Los 8 psicólogos fueron escogidos a través de un muestro intencionado. Una vez contactados, fueron invitados a participar de una entrevista de 1 hora de duración, la cual fue grabada en audio y luego transcrita. Una vez que se lograron las transcripciones de las entrevistas, se realizó el análisis de cada una de ellas, siguiendo el orden cronológico en el cual fueron realizadas. Según este orden, a cada entrevistado se le asignó un número del 1 al 8, con el cual serán nombrados en la descripción de los resultados.

Resultados

El análisis del material estuvo compuesto por tres fases: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva. La codificación abierta partió con la selección de citas de los entrevistados sobre sus significaciones acerca del tratamiento de la depresión que fueran atingentes a la pregunta de investigación. Las ideas centrales de estas

citas se plasmaron en códigos, conceptos de primer nivel, que permitieron relevar una descripción, valoración, distinción o posicionamiento relevante del entrevistado sobre el tema. en la codificación axial, los códigos fueron organizados en torno a ejes temáticos relevantes o categorías que emergieron durante el proceso. en la codificación selectiva, se estableció la relación entre las distintas categorías en torno a un argumento central que permitió comprender y explicar las significaciones de los psicólogos sobre el tratamiento de la depresión en AP.

Las significaciones de los psicólogos acerca del tratamiento de la depresión en el contexto de la cobertura AUGE, se estructuraron en torno a 6 categorías temáticas:

Tabla 1.

Categorías del estudio: Significaciones de los psicólogos de atención primaria sobre el tratamiento de la depresión

Nº de categoría	Título
1	Somos el equipo de salud mental
2	Los grupos no nos resultan
3	No me involucro con la Guía del Servicio
4	Son pocos los que realmente tienen depresión
5	Al Estado sólo le importan los números
6	"Hacer Trampita"

Fuente: Elaboración propia

Dado que el objetivo principal de este artículo es dar cuenta del modo en que los psicólogos de AP se adaptan a las condiciones laborales y el contexto de escasez de recursos económicos en el cual trabajan, sólo se mencionarán las 5 primeras categorías. Esto para profundizar en detalle en el "Hacer Trampita", que es el tema de este artículo.

Categoría 1: Somos el equipo de salud mental. Caracteriza las significaciones de los psicólogos sobre la canasta de atenciones que entregan a los consultantes de atención primaria que son diagnosticados con depresión, reconstruyendo el camino que los pacientes recorren desde el inicio hasta el final de su tratamiento.

Categoría 2: Los grupos no nos resultan. En esta se da cuenta del proceso de puesta en marcha, evolución y resultados de instancias de intervención psicosocial grupal por parte de los equipos de salud mental. Se revela una baja aplicación de éstas, aun cuando son las prestaciones más recomendadas para la atención primaria, dada su costo-efectividad.

Categoría 3: No me involucro con la guía del servicio.

Pone en juego el punto de vista crítico de los psicólogos sobre el protocolo que define la cobertura y tratamiento que debe recibir un paciente diagnosticado por depresión en AP.

Categoría 4: Son pocos los que realmente tienen depresión. Los psicólogos problematizan el diagnóstico de depresión en AP. Si bien la depresión es uno de los trastornos más prevalentes, se indican una serie de constataciones clínicas y elementos de juicio que apuntan a cuestionar estas cifras.

Categoría 5: Al Estado sólo le importan los números. Esta agrupa las significaciones de los psicólogos acerca de la política pública sobre depresión, en particular, y en salud mental en general, enfatizando que al Ministerio de Salud sólo le importa el cumplimiento de metas e indicadores cuantitativos de gestión.

Categoría 6: Hacer Trampita. Alude a la práctica concreta de acomodar los criterios y parámetros exigidos por el Servicio de Salud para las prestaciones que el equipo de salud mental debe entregar como respuesta a la demanda asistencial. Esta acomodación se realiza para distintos fines. Un caso se refiere a “arreglárselas con lo que hay” con el único fin de mejorar la calidad de atención del paciente. Otro caso puede ser una manera de “hacer malabarismo” para manejar la tensión establecida entre lo exigido por el servicio de salud y la prestación de servicios. En esta oportunidad se busca beneficiar, al mismo tiempo, la atención del paciente y el cumplimiento de las metas del servicio. Por último, el “hacer trampita” es en miras a la obtención de un beneficio económico por parte de los terapeutas y el equipo de salud mental, lo que se erige como un secreto a voces² en la AP.

Visto en su conjunto, “hacer trampita” alude no sólo a una práctica concreta reiterada día a día por los tratantes de la atención primaria; sino, además, a un modo de estar, persistir y resistir a las altas exigencias del trabajo en salud pública y a la precariedad de recursos en los cuales esta labor se lleva a cabo. A continuación se realiza un análisis detallado de cada uno de los tres códigos que componen esta categoría: (i) arreglárselas con lo que hay, (ii) hacer malabarismo y (iii) un secreto a voces.

Arreglárselas con lo que hay

Los psicólogos de AP han aprendido a adaptarse a las difíciles condiciones materiales impuestas por el contexto social e institucional en el cual trabajan, con el objetivo de proveer una atención de calidad. Esta adaptación se lleva a cabo considerando múltiples factores que caracterizan su trabajo: el alto número de pacientes agendados, las extensas listas de espera de atención, los escasos recursos de hora/profesional en las distintas disciplinas de salud, el alto rendimiento de atención/ hora exigido por los servicios de salud, entre muchos otros.

Se intenta modificar algunas normas estipuladas por los servicios y de incorporar los recursos del propio consultante al proceso. De esta manera, los psicólogos de AP despliegan diversas estrategias de afrontamiento que

les permiten adaptarse a las exigentes condiciones de su trabajo. Un ejemplo de estas estrategias es reorganizar su agenda diaria, destinando el tiempo de los pacientes que han faltado a su sesión para alargar el tiempo estipulado para realizar entrevistas de ingreso. Esto facilita que se pueda hacer una entrevista más profunda, indagando sintomatología, historia clínica, gatillantes de la consulta actual, antecedentes relevantes y las redes sociales de los pacientes.

‘yo creo que los psicólogos de atención primaria hemos aprendido a adaptarnos a los recursos que tenemos, en realidad. Porque, por ejemplo los rendimientos de la atención es algo que es difícil de modificar porque viene estipulado desde el servicio de salud. En algunas partes lo han hecho, yo sé que en algunos consultorios, en Maipú por ejemplo atienden cada 45 minutos, nosotros no lo hemos podido hacer, pero en realidad uno, de alguna manera se, adapta (risa) al sistema, y, yo por lo menos, lo que hago es trabajar mucho con los recursos, como, un poco, claro, en realidad muchas veces uno se, sobre todo en la entrevista de ingreso, uno se demora más de la media hora, es difícil hacerla en media hora, pero ahí haces ciertos ajustes, siempre hay pacientes que faltan, entonces te alargas más con uno, después recuperas el tiempo con, el que faltó, y de alguna manera un se va ajustando, y, y logra hacer una entrevista de ingreso en la que puede indagar, la sintomatología, las redes, si hay algo gatillante, un poco la historia del paciente, y al final igual se logra (Entrevistada 5)’.

² Un secreto conocido por todos

Esta reasignación horaria no se pone en juego sólo en las entrevistas de ingresos, sino en múltiples actividades, como la implementación de intervenciones grupales:

'la primera adaptación súper importante que hay que hacer es al recurso hora- profesional, ¿ya?, te dicen que tienes que hacer un grupo y el grupo dura una hora, y tú te tienes que tomar dos, tres, porque tienes que prepararlo' (Entrevistada 3).

En el caso de la realización de grupos se estipula que el profesional dedique una hora de trabajo en llevar a cabo el grupo, sin embargo, no se destinan horas para su planificación. En consecuencia, los profesionales deben ajustar sus horas de trabajo para poder destinar, al menos dos horas, a programar, convocar e implementar la instancia grupal. Para ello, ocupan la estrategia de reasignar horas de atención individual para realizar actividades de atención grupal.

Otra estrategia habitual se relaciona con adaptar los materiales que entrega el servicio para trabajar con los pacientes. Se modifica el lenguaje técnico y formal de los materiales de trabajo proveídos por los servicios, adaptando el vocabulario que se utiliza en los documentos para ser trabajados con los pacientes en las sesiones grupales. En el caso de actividades que están planificadas para personas que saben leer los psicólogos intentan ajustar el material y las acciones a realizar para que su participación no dependa de su nivel educacional.

'igual tienes que siempre adaptarte, o sea, a ver pensemos en algo súper básico, el manual estaba hecho para gente que leía, el manual para hacer la intervención grupal (...) yo hice esa pregunta, ¿qué hacemos con las personas que no leen?... "no podían incluirse", (risas) esa fue la respuesta que me dieron, entonces nosotros hicimos adaptaciones, y, y la hicimos igual' (Entrevistada 3).

Junto a este reordenamiento de funciones individuales, hay otras estrategias de adaptación que ponen en juego elementos de corte institucional. Por ejemplo, repetir recetas médicas y subir dosis de fármacos son ejemplos de adaptaciones que implican pasar sobre la norma establecida por los servicios de salud. No obstante, los psicólogos significan esta adaptación como un proceso indispensable para poder dar una buena atención a sus pacientes, de modo que sin esas "trampas", el trabajo con los consultantes se vería perjudicado, y el logro de procesos

mínimos como proveer un tratamiento farmacológico de manera continuada, no sería logrado.

'Es que nosotros hacemos mucha trampa, en atención primaria si no haces trampa..."no se ñora sabe qué, vaya al médico para que le dé su medicamento", "es que me quedan dos", "es que tiene que ir al médico a control", entonces ya, va a esperar y eso significa un mes sin medicamento, por lo tanto el medicamento se fue "a las pailas" (pierde su efecto), entonces todas esas cosas te las tienes que saltar no más y tienes que resolver cosas en el pasillo, en la sala de espera (...) entonces yo por ejemplo, con la asistente social, repetimos recetas, eso es así, súper abierto, es normal, nosotros repetimos recetas sin ningún problema, en algunas ocasiones hasta subimos dosis...' (Entrevistada 3).

En este contexto, el hecho de solucionar dificultades en los pasillos y sala de espera del consultorio, alude a la urgencia con que se deben tomar decisiones que beneficien el tratamiento del paciente; incluso cuando estas decisiones no estén dentro del marco de su ámbito de atención, ni dentro de las funciones descritas para su cargo o de las competencias profesionales y reglamentos legales que regulan su práctica.

Estas estrategias de ajuste, aun cuando pasan por alto las normas establecidas, son realizadas reiteradamente y su adopción y repetición implican, para el clínico de AP, un proceso de aprendizaje que se profundiza a medida que el profesional va adquiriendo experiencia en el trabajo en su consultorio. Es por ello que, con el paso del tiempo, estas adaptaciones son asumidas con normalidad y son vivenciadas como parte integral de la manera de trabajar en este contexto:

'yo pienso que ninguna persona que no haga lo que siente que tiene que hacer, soportaría trabajar con ese nivel de presión, con esa cantidad de pacientes, con esos rendimientos, o sea yo creo que lo que nos sustenta tiene que ver con eso, con que igual... claro, tiene que ver con... con que, o sea, yo creo que si vas a seguir la norma al pie de la letra, no creo que nadie haga eso, o sea, te mueres, (risas) profesionalmente, porque además la norma ni siquiera la hacen psicólogos, se hacen mirando a Estados Unidos, a Francia, España, y se hace acontextualmente, y se hace en un escritorio...' (Entrevistada 6).

En este contexto, la norma es representada como ajena a la realidad particular de cada consultorio y aparece como impuesta desde los servicios de salud, sin considerar los matices y características de la población consultante. Por otro lado, si se sigue la norma al pie de la letra es imposible cumplir con todas las obligaciones que ella impone. Lo ajeno de la norma y la imposibilidad de cumplirla justifica y da fuerza a los mecanismos de adaptación.

Un caso paradigmático de esta adaptación es la realización de un diagnóstico que no corresponde con la realidad clínica del consultante, esto con el objetivo de procurarle atención a la cual no podría acceder si no fuera portador de ese rótulo. Por ejemplo, si un paciente es diagnosticado con depresión, será parte de una cobertura AUGE que le garantizará una canasta mínima de prestaciones:

‘hay otra cosa, y que ahí viene la trampa, ¿ya?, y que tiene que ver con...con de repente diagnosticar depresión por lo que puedes ofrecerle a la persona’ (Entrevistada 3).

Se plantea el diagnóstico de la depresión como un modo de ofrecer un tratamiento a los pacientes. Se pasa por alto la norma del servicio de ingresar casos que cumplan con los criterios diagnósticos estipulados para la depresión; incluso, el terapeuta pasa por alto su propio criterio clínico, haciendo un diagnóstico que no corresponde con la situación de su paciente. Todo esto porque esta decisión permite ingresar a un paciente a la atención de salud mental, y con ello, otorga acceso a las prestaciones básicas de este programa.

Hacer malabarismo

Los psicólogos de AP se encuentran en una constante tensión entre las metas que deben cumplir por exigencias de distintas instancias (como por ejemplo el Servicio de Salud) y el otorgamiento de prestaciones que sean efectivas para la población.

‘yo siempre digo que hago malabarismo (risas), porque de alguna manera, hago lo que yo creo que tengo que hacer...pero de alguna manera, eso que yo creo que tengo que hacer, de alguna manera tiene que encajar con lo que me dicen que tengo que hacer’ (Entrevistada 5).

“Hacer malabarismo” alude a las acciones para hacer calzar las actividades que realmente llevan a cabo con aquellas que les son solicitadas por parte de las instancias superiores. Esto implica que informan al Servicio de Salud que han realizado las actividades exigidas, pero, en su lu-

gar, han llevado a cabo intervenciones distintas, que son coherentes a las reales necesidades de los pacientes.

‘Yo creo que la realidad se maneja como día a día, en el box, es lo que uno hace, y él, y lo que me exigen se intenta demostrar a través de las estadísticas mensuales, se adecúa un poco, la intervención que uno hace, le pone, digamos, como que se le pone un nombre que esté dentro de lo que te piden’ (Entrevistada 6).

Estas modificaciones operan sobre el contenido (temas a tratar) y la implementación de las actividades (periodicidad y lugar donde se llevan a cabo), pero respetando su forma original (modalidad individual o grupal por ejemplo) o la población objetivo (adolescentes, adultos, madres primerizas). De modo que hay una variación moderada que permite encajar lo realizado en las categorías de acciones solicitadas.

‘Por ejemplo a mí me dicen que tengo que hacer dos actividades de prevención con grupos de autoayuda que trabajen con la problemática de violencia intrafamiliar, por ejemplo, que tengo que hacer esas intervenciones, y yo sé que hacer como dos intervenciones en un grupo no sirve para nada, es como perder el tiempo, entonces, yo voy a una sede con la que tengo un vínculo, hago un levantamiento de necesidades, hablamos de distintos temas que a ellos les competen, que no necesariamente es como exactamente la intervención preventiva en depresión o la intervención preventiva en violencia como viene pauteada (...) y desde ahí claro, yo informo que hice una actividad preventiva en depresión, grupo de autoayuda cuando en realidad hice un trabajo, depende cómo se entiende, no sé si me explico, en realidad es como traducir (risas) o hacer calzar’ (Entrevistada 5).

En esta operación de acomodación lo que prima es el criterio del profesional, quien determina lo que es más atingente para realizar como intervención. Para evaluar esto, se basa en su experiencia previa en el trabajo con esta población respecto de aquellas acciones de salud que resultan ser más efectivas. Si bien el terapeuta sabe que le están pidiendo una actividad, finalmente opta por hacer aquello que su criterio profesional le indica. Sin embargo, no deja de informar que lo que ha hecho es lo que se le exige, para así poder cumplir la meta correspondiente.

Otro modo de lograr las metas, son los intentos de ajuste de las prestaciones. Con ello, obtener bonos y recursos que impactarán directamente en el mantenimiento de los equipos de salud, entonces, a la vez que se beneficia a la

población consultante, se logra el beneficio de los profesionales del consultorio.

'Tratas de ajustar esa intervención, que no necesariamente es el correlato directo de lo que se está pidiendo, lo tratas de ajustar a la meta que se está pidiendo (...) entonces es como estar permanentemente ajustando para alcanzar lo que te piden, porque las metas son bonos, y los bonos son plata para los funcionarios, si tú no cumples metas no tienes bonos' (Entrevistada 8).

Es importante destacar que este proceso de adecuación, traducción, ajuste, o encaje es constante en tanto la AP funciona en torno a metas que deben cumplirse para obtener bonificaciones económicas. Por lo tanto, el "hacer malabarismo" es un territorio entre la búsqueda del logro económico y la prestación de un trabajo de calidad. Este es un modo de estar característico en salud pública, no exento de dificultades e interrogantes para los propios clínicos.

'Cómo hacemos que la trampa no interfiera en lo que estamos tratando de cuidar, que es la salud de la población que tenemos a cargo...entonces la trampita, yo siento que es un mal, que es un vicio, pero que es necesario para poder seguir funcionando, porque el no cumplir las metas implica recortes de plata para el año siguiente, o sea, si este año haciendo trampita lograste cumplirla a duras penas, el otro año, sin trampa y sin esa plata ya no lo vas a lograr cumplir nunca, lo que implica recursos de menos, entonces es macabro, es de las partes macabras de nuestro sistema de salud' (Entrevistado 4).

En este sentido, "hacer malabarismo" implica el constante peligro de perder el equilibrio entre ambos extremos de la tensión, poniendo en juego la continuidad laboral de los equipos y la salud de la población. De esta manera, los psicólogos de atención primaria se significan a sí mismos como insertos en un sistema macabro, que no concilia estabilidad laboral con la finalidad última de su trabajo que es procurar la salud mental de los consultantes. Se trata de un vicio necesario para subsistir en esta tensión constante: entre lo exigido a los terapeutas y aquello que es mejor para el paciente.

Un secreto a voces

"Hacer trampita" adquiere un matiz distinto cuando el objetivo es un beneficio para el terapeuta o los equipos

de salud. En este caso, se llevan a cabo acciones tendientes a influir directamente sobre los rendimientos de atención, para así lograr indicadores que cumplan con las metas estipuladas por el Servicio de Salud:

'Yo puedo hacer la comparación entre el consultorio que estoy ahora y el centro de salud familiar que trabajé anteriormente. En el consultorio sí se podía hacer y era muy fácil, para cumplir con las metas, y anotabas, y era como todo cumplido...' (Entrevistado 7).

En algunos centros de AP es posible informar que se han realizado prestaciones que en realidad no se han llevado a cabo, con el fin de que la estadística anual de rendimiento cumpla con la meta estipulada por el Servicio. En otros consultorios, la "trampita" se realiza informando una misma actividad para el cumplimiento de dos o más metas absolutamente diferentes y no relacionadas entre sí:

'Sí, lo veo mucho, lo veo mucho en general, ahora, tiene que ver también con cada profesional, yo soy re poco tramposa, en verdad me gusta trabajar y me gusta hacer las cosas bien, entonces si tengo que programar 5 talleres trato de hacer los 5 talleres y trato de ser organizada y ¿me entiendes? (...) pero si, lo veo, lo veo todo el tiempo, o sea, en el sentido de que "ah, hiciste esta actividad, ah entonces esta la podemos pasar por promoción y por meta de trabajador social, y por meta del cuadro de mando integral, no sé, o haces pasar un taller por meta de 3 cosas distintas' (Entrevistada 8).

El "hacer trampa" o no queda bajo el criterio particular de cada terapeuta, quien podrá modificar estadísticas de atención para el cumplimiento de una meta o, lo que es más habitual, hacer pasar una actividad por múltiples metas de manera simultánea.

Si bien estas maneras descritas para "hacer trampita" son comunes, el mayor secreto a voces de la atención primaria ha estado ligado, históricamente, al diagnóstico de la depresión. Ya que este estuvo asociado mucho tiempo a metas, diagnosticar a los consultantes con depresión se convirtió en una práctica habitual. Aunque no correspondiera realmente con su diagnóstico clínico, esta práctica se realizaba con la finalidad de poder cumplir las altas metas de cobertura exigidas:

'diagnosticar en el momento un paciente que, por supuesto tiene más de un motivo de consul-

ta, tratarlo por uno, predominantemente (...) probablemente lo que vaya en esa estadística sea la depresión, y no la disfunción familiar, no el trastorno de personalidad, no otra cosa digamos' (Entrevistado 4).

Se ingresaba a un paciente con un diagnóstico de depresión porque esto permitiría al equipo de salud mental lograr la meta de ingresos que era establecida por el Servicio de Salud. Esta realidad ha comenzado a cambiar, en tanto el diagnóstico de la depresión ha comenzado a ser financiado per-cápita. Sin embargo, la lógica de asignar recursos por metas sigue vigente en AP, ya sea ligada a nuevos diagnósticos o sujeta al cumplimiento de prestaciones específicas como actividades grupales, de prevención, autoayuda, etc.

'igual yo lo veo, o siempre lo he visto así, que, las metas son rendimiento, el rendimiento es bonificado a través de plata, suele suceder, y me parece, que igual los equipos actúan harto por los beneficios que puedes obtener a través de lograr las metas que se te están imponiendo, no tanto así como por una meta humanitaria de querer dar y brindar una mejor calidad de atención (...) lo veo mucho más como en términos de lograr como una, bonificación, una retribución económica más que por una cosa así como de querer hacer bien la pega, de mejorar realmente la calidad de la atención' (Entrevistada 8).

Los equipos de salud harían "trampita" buscando recibir los beneficios económicos asociados al cumplimiento de la meta, y no por un fin altruista de brindar una mejor atención a los pacientes. Inclusive, en términos de capacitación, algunos funcionarios del consultorio participarían de actividades formativas en tanto éstas les significan mayor bonificación en su carrera funcionaria, más que por el aprendizaje nuevo que podrían poner al servicio de su trabajo clínico. Es importante destacar que, no sólo quienes "hacen la trampita" están al tanto del problema, sino a quienes se les hace la trampa también. Se trata de un "secreto a voces" tan difundido que ha obligado a iniciar el cambio de muchas políticas asociadas al logro de metas:

'la gente que está de salud mental en el servicio, estaba súper consciente de que eso pasaba. En el fondo era un secreto a voces, todo el mundo sabía que todo el mundo estaba diagnosticando depresión a todos los pacientes, para justificar las atenciones' (Entrevistada 5).

Aunque la asociación entre metas y diagnóstico de depresión ha tendido a desaparecer, la lógica subyacente perdura asociada a nuevos diagnósticos como déficit atencional y violencia intrafamiliar. Esto significa que aquello que constituyó un "secreto a voces" en lo que respecta al diagnóstico de la depresión, se institucionalizó como una práctica y es una de las características intrínsecas de la AP.

Discusión y Conclusiones

Los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de Chile generan una alta prevalencia de problemas de salud mental, siendo la depresión uno de los diagnósticos de mayor presencia. Chile ha incorporado la salud mental a la AP, con el fin de proveer una respuesta de calidad a los pacientes. Este tratamiento se realiza en torno al trabajo de equipos multidisciplinarios, en los que el psicólogo se ha convertido en un actor central. No obstante, la alta demanda asistencial que los psicólogos deben responder, el bajo presupuesto Estatal y las condiciones de precariedad en las que trabajan, propician el despliegue de mecanismos individuales y colectivos de adaptación a este contexto, con el fin de entregar una adecuada atención a los usuarios y mantener su trabajo como profesionales de AP.

El "hacer trampita" emerge como la principal estrategia de adaptación a estas condiciones de fragilidad en la que psicólogos, y otros profesionales de la salud, trabajan a diario. Implica acomodar los criterios y parámetros exigidos por el Servicio de Salud para las prestaciones que el equipo de salud mental debe entregar. Lo central aquí, es que la "trampa" no es significada por los psicólogos como una acción inadecuada, por el contrario, su uso está normalizado en tanto permite cumplir con tres objetivos deseables para los equipos de salud: dar una mejor atención a los pacientes, cumplir las metas del servicio y recibir bonos de rendimiento profesional.

Esta estrategia podría responder, por una parte, a lo que Dimestein (2003) entiende como la flexibilidad en los conocimientos y capacidad de adaptación técnica requerida por los profesionales de la AP. O también, a lo que Rey-Gamero & Acosta Ramírez (2013) definen como un perfil de competencias idóneo para este contexto, esto es profesionales que poseen un saber que es puesto en práctica ante problemas concretos, al modo de un "saber hacer", disponiendo de los medios y recursos necesarios para transformarlo en un "poder hacer" efectivo. Situar el "hacer trampita" como una competencia profesional individual, a la vez que colectiva, permite entender cómo, a pesar de las dificultades, los psicólogos encuentran vías para hacer su trabajo en AP. Sin embargo, al mismo tiem-

po esta práctica normaliza la precariedad de nuestro sistema de salud pública e impide pensar soluciones definitivas.

El tratamiento de la depresión es un buen ejemplo de las fortalezas y debilidades del abordaje de la salud mental en AP, en tanto revela el interjuego de aquellas tendencias que la OMS (2008) definió como nocivas para el sistema. Si bien la decisión de tratar la depresión en AP es una medida que ataca directamente el hospitalocentrismo, al mismo tiempo refuerza la fragmentación de los servicios al focalizar muchos recursos en un solo problema, dejando fuera del sistema a quienes no padecen una enfermedad "prioritaria".

Por otro lado, aunque el tratamiento de la depresión como parte del AUGE va en contra de la mercantilización de la atención de los pacientes, lo hace en desmedro de los profesionales encargados de entregar esas prestaciones, quienes realizan su trabajo en torno a una lógica mercantilista de metas y bonos. El sistema genera incentivos perversos para los psicólogos, en tanto a mayor patología, mayores recursos y mientras más metas, más bonos. Esto genera que los profesionales consideren que el brindar un alto número de atenciones con recursos escasos es el único modo de obtener un mejor salario y estabilidad laboral.

Además, el "hacer trampita" no sólo es una práctica cotidiana en AP, sino que un modo de estar, persistir y resistir a las altas exigencias laborales y a la precariedad de recursos con los cuales llevar a cabo la labor. Estos esfuerzos terminan minando los recursos personales y grupales de los equipos de salud, exponiéndolos al desgaste profesional y a la sobre exigencia. Este esfuerzo no es solo un ejemplo del fuerte compromiso de los profesionales con la salud pública, sino que se debe entenderse, de acuerdo a lo que plantean Scharager & Molina (2007), desde un punto de vista sistémico, como una condición problemática del entorno institucional que determina la calidad de la práctica profesional y que afectan los resultados de la misma.

En este contexto, para lograr el fortalecimiento de la AP se deberían implementar medidas a distintos niveles. En términos de financiamiento, aumentando el monto per cápita en salud y modificándolo en función del perfil epidemiológico de la población. A nivel de recursos humanos, es necesario el aumento de sueldos y de la capacidad resolutoria de los profesionales (CPPUC, 2014). Por otro lado, es imprescindible que el Estado destine un mayor porcentaje del presupuesto público de salud a salud mental, para así alcanzar el 5% de gasto que se había pro-

puesto como meta para el año 2010. Además se debería evaluar la factibilidad de instaurar un sistema que exija la paridad en el tratamiento de la salud mental y la salud física (llamada Parity Law en EE.UU), tanto en el sector público como privado (Valdés & Errazuriz, 2012).

En términos disciplinarios, los psicólogos deberían generar las instancias de formación y de reflexión cotidiana para problematizar su labor en la salud pública, junto con exigir mejores condiciones laborales para que su continuidad no dependa de bonos asociados a metas. El lugar de la investigación en este contexto es central, en tanto permite visibilizar y caracterizar las prácticas de los psicólogos y la significación que ellos mismo le otorgan a sus acciones. En particular, la investigación cualitativa es indispensable para conocer en profundidad como los actores implicados en los sistemas sanitarios significan su realidad, con el fin de poder establecer las coincidencias, diferencias y discrepancias entre las percepciones de ciudadanos, profesionales y gestores en las dimensiones de la atención sanitaria que ellos mismos definen como relevantes (Iñiguez et al., 2009)

Si bien el presente estudio tuvo como limitaciones un número reducido de entrevistados y una amplia dispersión temática que complica la comunicación de sus resultados de manera sintética, se configura como un punto de partida válido para indagar en las significaciones que los profesionales de AP otorgan a sus prácticas y el modo en que esas significaciones inciden en la prestación de servicios a los usuarios del sistema público de salud.

Referencias

- Alvarado, R. & Rojas, G. (2011). El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Revista Médica de Chile*, 139, 592-599. doi: [10.4067/S0034-98872011000500005](https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500005)
- Araya, R., Alvarado, R. & Minoletti, A. (2009). Chile: An ongoing mental health revolution. *The Lancet*, 374(9690), 597-598.
- Bones, K., Rubin, L., Zambom, C., Ücker, P., Torres, F., Cerqueira-Santos, E., Schneider, J. & da Silva, A. (2009). La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 28. Disponible en <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902281>

- Centro De Políticas Públicas UC (2014). *Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno*. Disponible en <http://buenaspracticapsaps.cl/wp-content/uploads/2014/05/Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas-UC-2014-APS.pdf>
- Corbin, J. & Strauss, A. L. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21. doi: [10.1007/BF00988593](https://doi.org/10.1007/BF00988593)
- Díaz, F., Solano, N. & Solbes, I. (2013). Autobiografía y anorexia: Una alternativa cualitativa al modelo de estados del cambio de Prochaska y DiClemente. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 14(1), Art. 13. Disponible en <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1203209>.
- Dimenstein, M. (2013). Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(5), 341-345.
- Ministerio de Salud (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Documento técnico). Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2009). *Encuesta Nacional de Salud*. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Ministerio de Salud (2014). *Evaluación del sistema de salud mental en Chile* (Segundo Informe). Disponible en http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
- Giraldo, C. & Ceballos, G. (2011). Acostumbrarse a las barreras: Estudio cualitativo de las barreras del sistema de salud colombiano para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 12(2), Art. 5. Disponible en <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs110252>
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Iñiguez, L., Monreal, P., Sanz, J., del Valle, A. & Fusté, J. (2009). Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art.34. Disponible en <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902340>
- Minoletti, A., Rojas, G. & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440-447. doi: [10.1590/S1414-462X2012000400006](https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400006)
- Molina, G. (2009). An integrity perspective of the health sector decentralization in Colombia. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 5. Disponible en <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1309/2784>
- Morse, J. (2007). What is the domain of qualitative health research? *Qualitative Health Research*, 17, 715-717.
- Ochoa, J. (12 de julio de 12). Más de un millón de chilenos con depresión se han atendido por Auge. *El Mercurio*. Recuperado de <http://www.edicionesespeciales.elmercurio.com/hoy/detalle/index.asp?idnoticia=201207121045765&idcuerpo=1051>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Washington, DC: OMS.
- Rey-Gamero, A. & Acosta-Ramírez, N. (2013). El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 28-39.
- Scharager, J. & Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149-159.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Valdés, C. & Errázuriz, P. (2012). Salud mental en Chile: El paciente pobre del sistema de salud. En *Clave de Políticas Públicas*, 11, 1-10.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldívia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de Chile*, 130(5), 527-536. doi: [10.4067/S0034-98872002000500007](https://doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007)
- Von Unger, H. (2012). Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), Art. 7. Disponible en <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120176>
- World Federation for Mental Health (2012). *Depression: A global crisis*. Disponible en http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf