

Estudio de los ingresos primarios del Hospital Vilardebó, en 2007 y 2008, procedentes de Montevideo: un abordaje desde la Geografía de la Salud

Trabajo original

Resumen

Desde mediados del siglo xx se está de acuerdo en la necesidad de ampliar los enfoques en torno a la salud de las poblaciones, al reconocer que su dinámica se halla en función de factores biopsicosociales. La salud mental no escapa a ello. Se planteó como objetivo analizar la dinámica espacial de los ingresos primarios del hospital psiquiátrico Vilardebó, ocurridos durante 2007 y 2008, procedentes de la ciudad de Montevideo. Se realizó un estudio descriptivo, territorial y estadístico de la población objetivo, tomando como eje estructurante el enfoque territorial sanitario y los preceptos de la Geografía de la Salud como cuerpo conceptual. Se obtiene como resultado la visualización en la ciudad de Montevideo de espacios en los cuales coexisten factores socioterritoriales de alta vulnerabilidad desde los cuales se observaron las tasas de ingresos más elevadas al centro asistencial. El enfoque territorial en salud mental puede erigirse como una dimensión valiosa de análisis a la hora de establecer estrategias sanitarias.

Palabras clave

*Planificación sanitaria
Geografía de la salud
Territorio
Estrategias sanitarias
Cuencas sanitarias*

Summary

Since the mid-twentieth century the need to expand the approaches around the health of populations has been recognized, acknowledging that its dynamics is based on biopsychosocial factors. Mental health is not an exception to this. The objective was analyze the spatial dynamics of primary incomes to Vilardebó psychiatric hospital, for patients coming from Montevideo during 2007 and 2008. A descriptive, territorial and statistical study of the target population was conducted, taking as structural axis the Health Territorial Approach and the precepts of the Geography of Health as well as its conceptual body. The results showed the display of spaces throughout Montevideo in which socioterritorial high vulnerability factors co-exist, and from which higher rates of hospitalizations were observed. The territorial approach in mental health may emerge as a valuable dimension of analysis in establishing health strategies.

Key words

*Health planning
Geography of health
Territory
Health strategies
Watershed health*

Autor

Carlos Giraldez

Licenciado en Geografía.
Departamento de Estadística del Hospital Vilardebó.
Estudiante de maestría en Ciencias Ambientales de la Facultad de Ciencias.

Correspondencia:
Capitán Videla 2693/7
CP 11600
2706-6425 / 091-216544
giraldezg@gmail.com
ggiraldez@fcien.edu.uy

Introducción

Planificación sanitaria y Geografía de la Salud: un devenir de convergencias

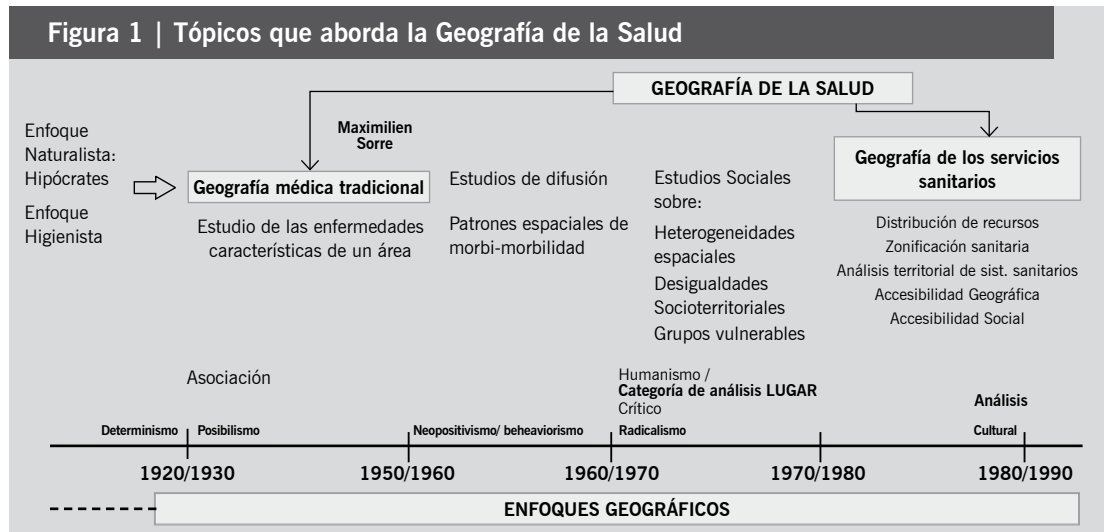
La planificación sanitaria (PS) es considerada un componente esencial en cualquier estructura asistencial. Es la concreción de políticas, planes y programas cuyo fin primario es alcanzar al conjunto de la población —lo que conocemos como la *universalización asistencial*— en procura de socorrer sus necesidades y reducir los vacíos sanitarios que pudiese existir. Errasti la define en breves palabras como «la asistencia sanitaria de una población».¹

Las complejidades que las sociedades vienen experimentando —cuanto más en lo referente a su salud-enfermedad— requieren que dicha PS considere profundamente aportes de todos los estamentos involucrados, gubernamentales, asistenciales, científicos, comunitarios, etc. Al respecto, asistimos hoy día a la conjunción de supuestos que consideran la *intersectorialidad*² y lo *multidisciplinar*³ como condición *sine qua non* para su pleno desarrollo. En ese sentido, dos hechos han contribuido respecto a la ampliación e integración de enfoques: el primero, la definición de salud adoptada por la OMS, firmada en 1946 y vigente desde 1948, que al considerarla «un estado de

completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»⁴ le esgrime un carácter plural más allá de lo biológico, incorporando aspectos sociales y culturales en su análisis; y el segundo, a partir del Informe Lalonde del año 1974, quien introdujo el pensamiento de que «el estado de salud de las personas debía ser comprendido desde *determinantes* relacionados con la biología de la persona, el ambiente, el sistema sanitario, los estilos de vida que le caracterizan y su cultura».^{5, 6}

En dicho escenario de *transformaciones conceptuales y necesidades sanitarias*, la Geografía del siglo XX —ya constituida como campo disciplinar— fue cimentándose pacientemente como un nuevo espacio de actuación en el ámbito sanitario. Su primer abordaje lo hará en la década del 30 desde una *Geografía Médica* —apoyada en los principios hipocráticos de la salud-enfermedad—,⁷⁻⁹ para realizarlo posteriormente desde una *Geografía de la Salud* nacida en la década del 70.^{10, 11} Esta nueva especialidad, Johnston y cols. la definen como «la aplicación de las perspectivas y métodos geográficos al estudio de la salud de los individuos, poblaciones y actividades relacionadas con la salud»,¹² «comprendiendo esencialmente dos objetos de estudio: *los patrones, causas y propagación de enfermedades y por otro, la planificación y prestación de servicios en salud*» (figura 1).¹³ Su evolución como

Figura 1 | Tópicos que aborda la Geografía de la Salud



ciencia incluye una fuerte preocupación sobre desigualdades en salud, el impacto espacial de la pobreza y la marginación,¹⁴ problemas ambientales,¹⁵ localización óptima de centros asistenciales,¹⁶ accesibilidad geográfica y social, disponibilidad de recursos y prestación de servicios, etc.^{17, 18} Sus abordajes de escala diferenciales, la perspectiva territorial de los procesos —en este caso sanitarios— y sus potencialidades cartográficas digitales en pleno desarrollo le han permitido ser integrada en algunos países como México, Cuba, Brasil y Argentina, entre otros, como nuevos componentes en los equipos de planificación.

Concomitantemente y en relación con los problemas en salud mental (SM) observados en la población general, Cooper¹⁹ ya consideraba en la década del 80 que estos habían cobrado una importancia creciente en cuanto a sus prevalencias y que para su atención era esencial adoptar todas las estrategias disponibles; en tanto, Harris & Harris²⁰ poco después expresaban que desde la psiquiatría y la epidemiología se reconocía la necesidad de ampliar la perspectiva de abordaje de los problemas en SM, y más cerca en el tiempo —pero no menos emparentado—, Ginés y cols. señalaban: «la incorporación de metodología científica supone un cambio de mentalidad y la creación de nuevos estilos de trabajo colectivo».²¹

El territorio y la planificación en Salud Mental en Uruguay

Los servicios y las estrategias en SM deben estar coordinados entre sí y con otros servicios, como los relacionados con la seguridad social, la educación, el empleo y la vivienda.²² En ese sentido, el *territorio* —sinónimo de expresiones socioespaciales— puede constituirse también como una dimensión de análisis a la hora de materializar las acciones sanitarias. Es con él y en él que podemos reconocer aspectos demográficos, económicos, educativos y epidemiológicos, entre otros, de las poblaciones, trascendentes a la hora de planificar asisten-

cialmente, imbricando consigo la implementación de programas, asignación de recursos, localización de unidades de atención en sus distintos niveles, etc.

El *enfoque territorial sanitario* (ETS) en la SM pública de Uruguay tuvo su máxima concreción a partir del año 1996, cuando la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) despliega 34 equipos comunitarios de salud mental (ECSM) en todo el territorio, 11 en Montevideo y 23 en el resto del país, entre otros servicios. «En el año 2002 todos los departamentos contaban con al menos un ECSM»²³ y a finales del año 2008 el número de equipos había ascendido a 41, 14 en Montevideo —con 13 centros de atención para mayores de 15 años— y 27 en el interior del país.²⁴ Superado el modelo asilar hasta entonces vigente, este nuevo paradigma de intervención comunitaria permite al usuario participar de una cadena asistencial con mayor retorno a la sociedad a partir de la acción de equipos interdisciplinarios conformados por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, nurses, etc., que pueden responder más integralmente a sus necesidades.²⁵ Dicha descentralización se sustenta en dos pilares esenciales, la redistribución de recursos sanitarios y la asignación de cuencas sanitarias (CS) de atención —también llamadas áreas de influencia asistencial— que, en función de sus límites administrativos, permiten a los gestores sanitarios cuantificar y caracterizar a la población objetivo de atención de cada equipo comunitario. La correcta implementación de estrategias dependerá en gran medida de cuanto sepamos sobre la población objetivo. En ese sentido, es sabido que la mayor parte de las enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas, está influida por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales,²⁶ y, como señala extensa bibliografía, la emergencia y evolución de los trastornos mentales y conductuales (TMYC) mantienen una particular relación con la pobreza, la exclusión social, el desempleo, el abuso de alcohol y drogas,²⁷⁻²⁹ y el bajo nivel educativo.³⁰

Por todo lo anteriormente dicho, y no solo considerando lo sensible de la problemática, sino habiendo vislumbrado un vacío de conocimiento —no solo a nivel nacional— en cuanto a estudios que relacionen la ocurrencia de TMYC y sus implicancias y expresiones territoriales, creemos de interés a partir de dicho enfoque estudiar a aquel grupo de personas que hubiesen transitado por un primer episodio de internación psiquiátrica. Para ello, seleccionamos al Hospital Vilardebó como espacio de internación de la población objetivo. La relevancia de ese centro hospitalario en el sistema de salud de los uruguayos desde 1880, que es hoy día el único en su especialidad y de carácter público desde el año 1996, y el acceso y disponibilidad de las fuentes de información requeridas —esencial para desarrollar cualquier tipo de investigación— fueron aspectos determinantes para su elección.

Hipótesis de trabajo

Los niveles socioeconómicos deprimidos o niveles educativos bajos, considerados como indicadores de vulnerabilidad socioterritorial, contribuyen en la identificación de grupos de población en riesgo de padecer algún trastorno mental o conductual.

Predicción. Se espera observar que las desigualdades socioterritoriales contribuyan en caracterizar la distribución espacial de las tasas de ingresos al centro asistencial.

Objetivo general

Analizar la dinámica espacial de los ingresos primarios del hospital psiquiátrico Vilardebó, ocurridos durante 2007 y 2008, procedentes de la ciudad de Montevideo.

Objetivos específicos

Determinar la tasa de ingresos al centro asistencial según barrios de Montevideo.

Describir la población a estudio en función de características demográficas, socioeconómicas y educativas.

Caracterizar espacialmente la población a estudio a partir de la tasa de ingresos hallada en función de aspectos socioeconómicos y educativos de los barrios de Montevideo.

Observar la relación espacial entre la tasa de ingresos hallada y la distribución de la Red de ECSM inserta en la ciudad de Montevideo.

Material y método

Tipo de investigación. Considera aspectos exploratorios, descriptivos y relacionales.

Tipo de diseño. Cuantitativo, no experimental, longitudinal (si bien en el extracto aquí presentado la información se presenta agrupada, lo que induciría a considerarlo erróneamente como transversal).

Determinación del objeto a estudiar

La población objetivo estuvo constituida por 871 casos. Para su obtención se llevaron a cabo tres etapas de depuración de información a partir de la revisión de historias clínicas (HC), boletas de hospitalización y el uso del Sistema informático Gestión Asistencial (SGA) que funciona desde 2007 en dicho centro (tabla 1).

Tabla 1 | Detalles de la población objetivo

Año	Hombres	Mujeres	Totales
2007	234	210	444
2008	209	218	427
Totales	443	428	871

Unidad espacial de análisis

La interpretación de la información se realizó en función de la división administrativa de Montevideo *barrio*, de acuerdo con un ID asignado por el INE.

Militar a escala 1:50.000 de Montevideo; archivos de calles, avenidas, centros comunales, manzanas, barrios según urbano-rural de Montevideo; imagen referente a Montevideo descargada desde Google Earth, versión libre 2010; guía de calles de Montevideo del año 2008 e información contenida en el SGA del centro asistencial (CA).

Representación cartográfica del fenómeno a estudio

Para ello se desarrolló un Sistema de Información Geográfica en Salud Mental (SIGSM) a partir de los programas de dominio público GV-SIG 1.11.0, QGIS 1.7.4 y SIGEPI, que poseen como atributo esencial la visualización, el análisis y salida cartográfica de información georreferenciada. Como insumos complementarios se utilizaron cartas topográficas K-28, K-29, J-28 y J-29 del Servicio Geográfico

Metodología utilizada para abordar el objetivo específico I

La determinación de la tasa de ingresos global según barrios (TIG^{2007-2008(Barrio i)}) al CA se determinó cada 10.000 habitantes. Se consideró para ello la frecuencia de ingresos y como denominador se utilizó la población de cada barrio igual o mayor a 15 años por ser la edad mínima de admisión para internación:

$$TIG^{2007-2008}(\text{Barrio } i) = (\text{N.}^\circ \text{ ingresos } (\text{Barrio } i) / \text{población } (\text{Barrio } i)) * 10.000.$$

La información de población se recabó desde el Instituto Nacional de Estadística (INE) según Censo del año 2004 en su fase I,³¹ y se indexó al archivo vectorial Ing_2007_2008 para posibilitar su visualización, análisis y posterior salida cartográfica desde el SIGSM.

Metodología utilizada para abordar el objetivo específico II

Para describir la población a estudio se consideró las variables edad, actividad laboral, nivel educativo e ingresos por subsidio, categorizadas según nivel de medición y definición operacional (tabla 2). La información

Tabla 2 | Dimensiones y variables consideradas para la descripción de la población a estudio

Dimensión	VARIABLES consideradas	N.º categorías	Nivel de medición	Observaciones
Demográfica	Sexo	2	Nominal	Para su categorización y sistematización se consultó variada bibliografía.*
	Edad	Rango entre 15 y 82	Discreta	
Socioeconómica y educativa	Nivel educativo	11	Ordinal	
	Actividad laboral	5	Ordinal	
	Ingresos por subsidio	3	Nominal	

* Fernández J, Sánchez M. La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales. *Intervención Psicosocial* 2003; 12(1):7-18. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818041007>>. (Consulta: diciembre de 2014.) Lafon L, Ronco A. Análisis de la distribución geográfica del cáncer en Montevideo. *Rev Med Urug* 2002; 18(1):36-47. Disponible en: <<http://www.rmu.org.uy/revista/18/1/2/es/5/>>. (Consulta: octubre de 2014.) Londoño N, Marín C, Juárez F y cols. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicol* 2010; 17(1):59-68. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812010000100005&lng=en&nrm=iso&tng=es>. (Consulta: febrero de 2015.)

sobre cada variable se extrajo a partir de la revisión de las 871 HC, se ingresó en tablas confeccionadas previamente para facilitar su lectura y análisis, a partir de su frecuencia absoluta y relativa en función del sexo, y se representó en diagramas de barras simples.

Se realizó también un análisis de correspondencia simple (ACS) según las variables nivel educativo y actividad laboral. Se excluyó del análisis aquellos casos en que la categoría «sin información» no era cero. La muestra con la cual se realizó el ACS quedó conformada por 546 casos de los 871 iniciales, lo cual representa el 63 % del total. Para realizar dicho tratamiento se utilizó el programa SPSS en su versión 20, licencia temporal.

Metodología utilizada para abordar el objetivo específico III

Para esta fase de la investigación se realizó dos correlaciones lineales simples en función del índice de correlación de Pearson (r).

Correlación i

Se consideró el par de variables TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ al CA/10.000 habitantes y un índice de nivel socioeconómico (INSE) en función de los barrios de Montevideo.

El INSE se construyó en función de información obtenida de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) del año 2006 que efectuó el INE, desde su capítulo Estratos, el cual establece una estratificación socioeconómica para los barrios de Montevideo en cuatro niveles: 1 bajo, 2 medio bajo, 3 medio alto, 4 alto, asignando el porcentaje de personas u hogares incluidos en cada categoría. Como forma de obtener un único valor representativo de la variable para cada barrio, el INSE fue determinado por:

$$\text{INSE}^{(\text{Barrio } i)} = [(\% \text{ personas en E1})^{(\text{Barrio } i)} * (-1) + (\% \text{ personas en E2})^{(\text{Barrio } i)} * (-0,5) + (\% \text{ personas en E3})^{(\text{Barrio } i)} * (+0,5) + (\% \text{ personas en E4})^{(\text{Barrio } i)} * (+1)]$$

Este INSE comprendió un rango de valores entre 0 y 4, en donde valores próximos a 4 señalan condiciones más favorables para la población. La información obtenida se indexó al archivo vectorial Estratos, lo que permitió su visualización, análisis y posterior salida cartográfica desde el SIGSM. Finalmente se realizó el cálculo del r.

Correlación ii

Se consideró el par de variables TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ al CA/10.000 habitantes y porcentaje de población mayor a 17 años que habiendo terminado primaria no culminó el Ciclo Básico, en función de los barrios de Montevideo. Esta última se construyó en función de información obtenida de la ENHA del año 2006 que efectuó el INE desde su capítulo E3: Educación. Esta variable comprendió un rango de valores entre 0 % y 14,1 %, en el que valores próximos a 0 % indican condiciones más favorables para la población en cuanto a la variable tratada. La información obtenida se indexó al archivo vectorial Nivel_educativo, lo que permitió su visualización, análisis y posterior salida cartográfica desde el SIGSM. Finalmente se realizó el cálculo del r.

Metodología utilizada para abordar el objetivo específico IV

Para ello se consideró el indicador TIG^{2007-2008(Barrio)} al CA/10.000 habitantes obtenido anteriormente y su archivo Ing_2007_2008 en conjunción con el archivo vectorial Red_Ecsm_Mdeo, el cual señala la localización de cada equipo en la ciudad de Montevideo. Cabe mencionar que desde agosto de 2008 se incorporó a dicha red el equipo Maracaná Sur, ubicado al oeste de Montevideo. En virtud de que de la población a estudio en su CS se

registraron 5 casos —0,57 % del total—, no se lo incluyó en la investigación. La visualización, análisis y posterior salida cartográfica de ambos archivos se realizó desde el SIGSM.

Resultados

La digitalización de los 871 casos considerados permitió el primer acercamiento al fenómeno a estudio desde su componente espacial (figura 2).

Resultados referentes al objetivo específico I

Al considerar la distribución de las TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) (figura 3 y tabla 3), se observó una región principal ubicada al este-noreste de Montevideo, en la cual no solo se dieron las tasas más elevadas al CA sino el mayor agrupamiento de barrios contiguos con valores de consideración —Jardines del Hipódromo (19,3), Casavalle (19), Cerrito (15,8), Punta de Rieles (15,2), Flor de Maroñas (14,9), Piedras Blancas (14,2), Villa Española (13,8),

Figura 2 | Domicilio de quienes ingresaron por vez primera al CA, entre 2007 y 2008

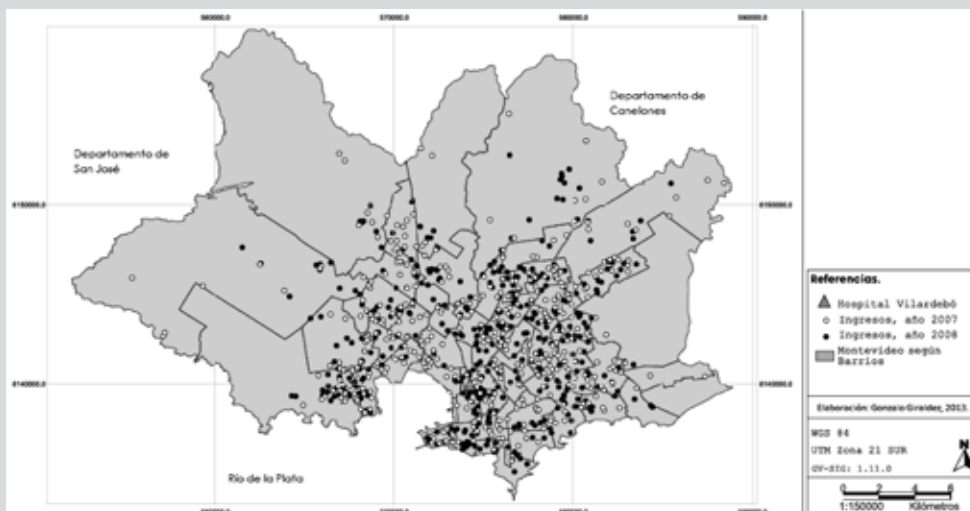


Figura 3 | Domicilio de quienes ingresaron por vez primera al CA, entre 2007 y 2008

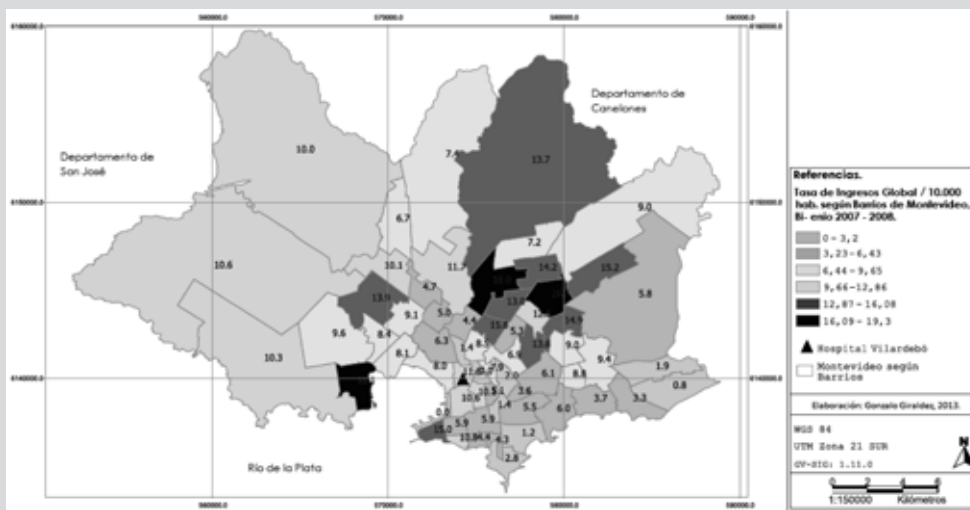


Tabla 3 | TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) al CA/10.000 habitantes

N.º barrio	Nombre del barrio	Población	TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸	N.º barrio	Nombre del barrio	Población	TIG ²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸
1	Ciudad Vieja	10.656	15,0	32	Manga, Toledo Chico	16.837	13,7
2	Centro	18.605	5,9	33	Paso de las Duranas	10.051	5,0
3	Barrio Sur	10.231	10,8	34	Peñarol, Lavalleja	25.537	11,7
4	Cordón	37.239	5,9	35	Cerro	22.614	18,1
5	Palermo	11.490	4,4	36	Casabó, Pajas Blancas	21.315	10,3
6	Parque Rodó	11.619	4,3	37	La Paloma, Tomkinson	27.095	9,6
7	Punta Carretas	21.351	2,8	38	La Teja	16.092	8,1
8	Pocitos	60.762	1,2	39	Prado, Nueva Savona	17.353	6,3
9	Buceo	31.907	6,0	40	Capurro, Bella Vista	13.822	8,0
10	Parque Batlle, Villa Dolores	27.305	5,5	41	Aguada	15.116	10,6
11	Malvín	24.358	3,7	42	Reducto	12.031	11,6
12	Malvín Norte	15.970	8,8	43	Atahualpa	7.088	1,4
13	Punta Gorda	12.251	3,3	44	Jacinto Vera	7.581	7,9
14	Carrasco	13.150	0,8	45	La Figurita	9.764	0,0
15	Carrasco Norte	10.341	1,9	46	Larrañaga	15.302	2,0
16	Bañados de Carrasco	5.150	5,8	47	La Blanqueada	8.238	3,6
17	Maroñas, Parque Guaraní	15.520	9,0	48	Villa Muñoz, Retiro	11.902	10,1
18	Flor de Maroñas	15.427	14,9	49	La Comercial	9.894	5,1
19	Las Canteras	18.165	9,4	50	Tres Cruces	14.197	1,4
20	Punta de Rieles, Bella Italia	17.711	15,2	51	Brazo Oriental	14.114	8,5
21	Jardines del Hipódromo	16.079	19,3	52	Sayago	12.634	4,7
22	Ituzaingó	11.095	12,6	53	Conciliación	13.914	10,1
23	Unión	34.244	6,1	54	Belvedere	17.571	9,1
24	Villa Española	18.890	13,8	55	Nuevo París	20.201	13,9
25	Mercado Modelo y Bolívar	13.115	6,9	56	Tres Ombúes, Pueblo Victoria	14.304	8,4
26	Castro, Castellanos	11.289	5,3	57	Paso de la Arena	17.862	10,6
27	Cerrito	14.574	15,8	58	Colón (sureste), Abayubá	12.227	7,4
28	Las Acacias	16.891	13,0	59	Colón (centro y noroeste)	20.963	6,7
29	Aires Puros	13.535	4,4	60	Lezica, Melilla	12.926	10,1
30	Casavalle	23.740	19,0	61	Villa García, Manga rural	18.960	9,0
31	Piedras Blancas	16.170	14,2	62	Manga	13.896	7,2

Manga, Toledo Chico (13,7) y Las Acacias (13)—. Cerro (18,1), ubicado al suroeste del departamento; Ciudad Vieja (15), ubicado al sur de Montevideo, al igual que Nuevo París (13,9) resultaron tres enclaves puntuales con tasas de importancia. Las tasas más elevadas se observaron en varios casos sobre espacios que ofician de transición entre Montevideo urbano y Montevideo rural, en donde se desarrollan dinámicas periurbanas con una alta complejidad socioterritorial.

En cuanto a las tasas menos elevadas, pudo observarse que estas presentaron un patrón de distribución sobre barrios ubicados en el centro del departamento y en dirección sur-

sureste, sobre espacios próximos o sobre la faja costera. Dicha distribución de TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio) permitió observar la existencia de cierta *zonificación o gradiente de tasas*.

Resultados referentes al objetivo específico II

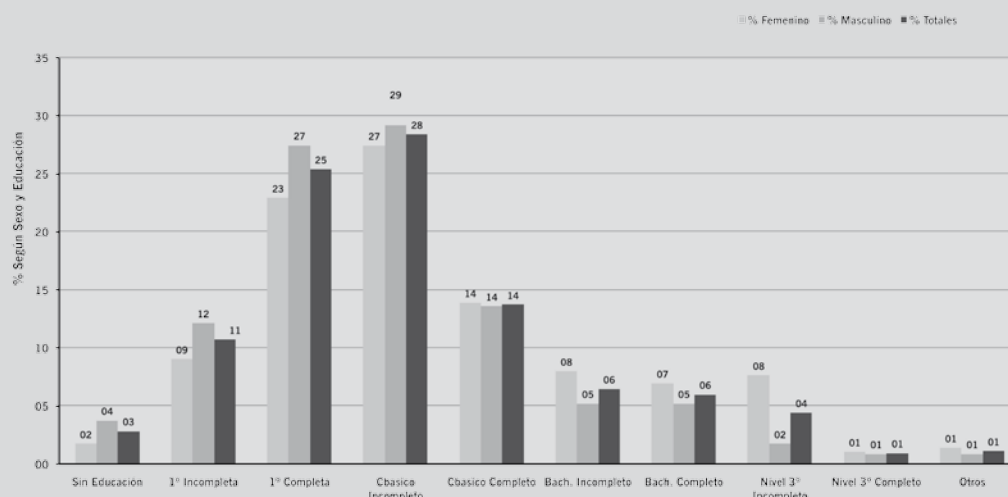
Población en función de la edad

Se observó que los episodios de primera internación ocurrieron en una población masculina sensiblemente más joven que la población femenina considerada —seis años

Tabla 4 | Distribución de la población en función de la edad

Indicador	Año 2007			Año 2008			Bienio 2007-2008		
	Masculino	Femenino	Global	Masculino	Femenino	Global	Masculino	Femenino	Global
Promedio	33,8	41	37,2	36	41,4	38,8	34,9	41,2	38
Mediana	28,5	39	34	32	39	35	30	39	35
Moda	20	33	33	21	30	21	21	33	21
Mínimo	15	15	15	16	15	15	15	15	15
Máximo	76	80	80	80	82	82	80	82	82
Desv. st.	14,7	15	15,2	15,3	15,9	15,8	15	15,4	15,5

Figura 4 | Distribución de la población en función del nivel educativo según sexo: bienio 2007-2008



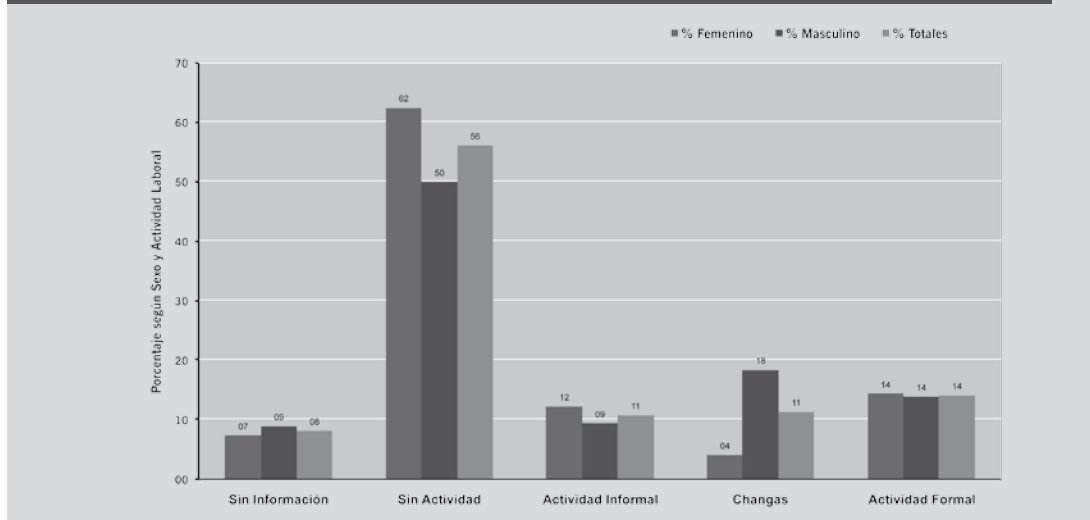
al promediar edades y doce años al tomar en cuenta las modas respectivas—, acentuándose durante el año 2007. Tal comportamiento se condice con lo observado regularmente en el CA (tabla 4).

Población en función del nivel educativo

La variable nivel educativo fue la que más dificultades presentó en el momento de acceder a su registro y categorización desde las HC. Dado que en el 27,2 % de los datos—237 casos— no se obtuvo la información pretendida, fueron excluidos del análisis. A partir de ello pudo observarse que el 67,3 % de la población considerada presentó niveles

de instrucción por debajo de la categoría Ciclo Básico completo (CBC). En ese sentido, en cada categoría con instrucción inferior a dicho nivel—incluida sin educación— el porcentaje de hombres fue siempre mayor al porcentaje de mujeres. En cambio, en aquellas categorías cuya instrucción fue superior al CBC—18 % de la población considerada— el porcentaje de mujeres fue siempre mayor al porcentaje de hombres. En líneas generales se observó un bajo nivel de instrucción, agravado este hecho en la población masculina. (Figura 4)

Figura 5 | Distribución de la población en función de su actividad laboral según sexo: bienio 2007-2008



Población en función de su actividad laboral

Se observó un elevado porcentaje de esta que no realizaba actividades laborales, 56 %. A su vez, el porcentaje de mujeres superaba en 12,5 puntos a la población masculina —62,4 % y 49,9 %, respectivamente—, acentuándose durante 2008, cuando alcanzó los 17 puntos. Respecto a las categorías actividad formal y actividad informal, los porcentajes en función del sexo fueron similares, aun cuando en ambos prevalecieron las mujeres. Los hombres preva-

lecieron claramente en la categoría *changas*, 18,3 % y 4,0 %, respectivamente (figura 5).

Población en función de sus ingresos por subsidio

Se constató que quienes percibían algún ingreso por subsidio representaban un poco más de un cuarto de la población a estudio, 26,1 %. Al desagregar dicha categoría, se observó que lo recibían una de cada tres mujeres y uno de cada cinco hombres (figura 6).

Figura 6 | Distribución de la población en función de sus ingresos por subsidio según sexo: bienio 2007-2008

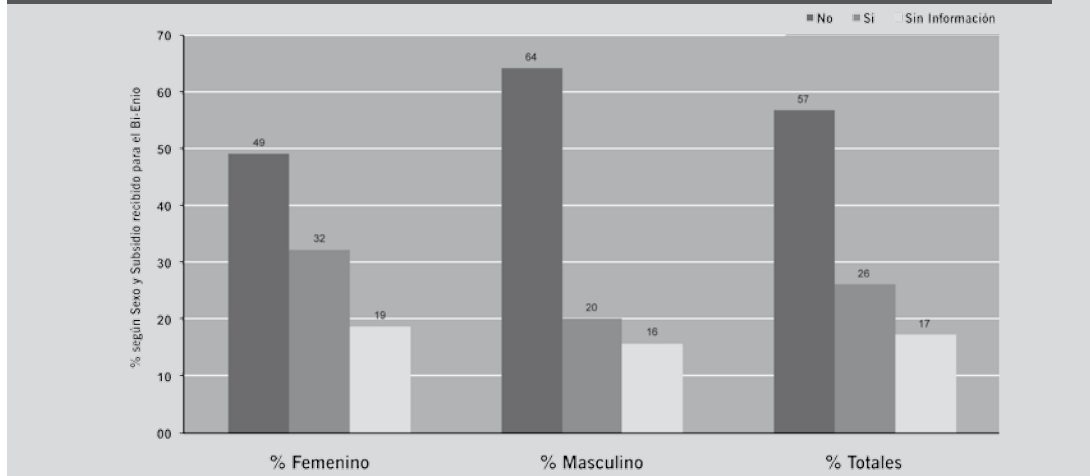
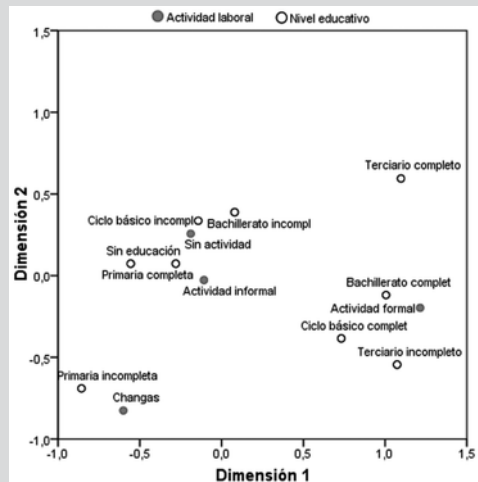


Figura 7 | ACS: actividad laboral en función del nivel educativo de la población a estudio



o superior y que, por el contrario, quienes poseían empleos informales, eventuales o inclusive dijeron estar inactivos presentaron una escasa educación o nula, lo que introduce la complejidad de que, asociado a la ocurrencia de un TMYC, los aspectos desfavorables de ambas variables estarían indicando un agravamiento de dicha problemática, relacionado esencialmente con el modo de vida y las posibilidades de integración social (figura 7).

Resultados referentes al objetivo específico III

Correlación i

El valor de r de -0,694 para el par TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ al CA/10.000 habitantes en función del INSE, según barrios de Montevideo, denota una correlación negativa y significativa entre ambas variables (figura 8 y tabla 5).

Análisis de correspondencia simple

Se observó que personas con empleos formales presentaron un nivel educativo medio

Figura 8 | Correlación lineal i

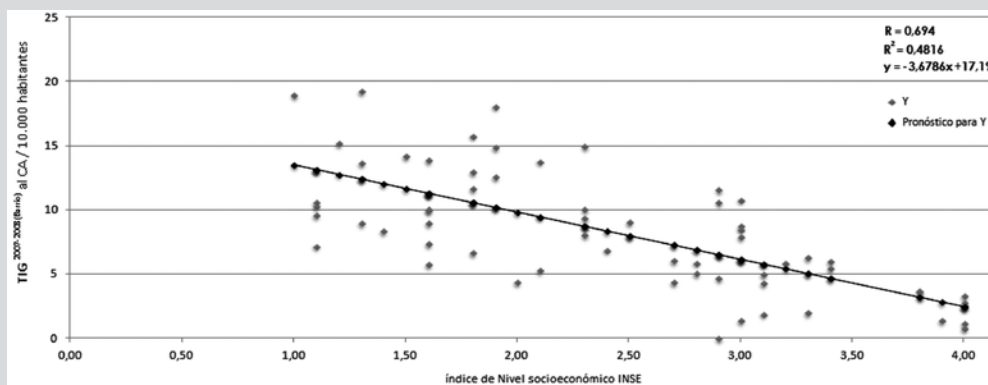


Tabla 5 | Estadístico de la correlación lineal i

Coeficiente de correlación múltiple	0,694
Coeficiente de determinación R ^ 2	0,4816
Error típico	3,3943
Casos	62

Las tasas mayores se dieron con mayor frecuencia en aquellos espacios en los cuales el INSE presenta características menos favorables para la población.

Correlación ii

El valor de r de + 0,677 para el par TIG²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸ al CA/10.000 habitantes en función del porcentaje de población mayor a 17 años que, habiendo terminado primaria, no culminó ciclo básico, según barrios de Montevideo, denota una correlación positiva y significativa entre ambas variables (figura 9 y tabla 6). Las tasas mayores se dan con mayor frecuencia en aquellos espacios en los cuales la variable educativa presenta características menos favorables para la población.

Resultados referentes al objetivo específico IV

Un último abordaje permitió observar la distribución geográfica de las TIG^{2007-2008(Barrio)/10.000 habitantes al CA, en función de la Red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo (figura 10). Al respecto, se visualizaron dos situaciones. La primera, en virtud de la concentración de cinco de los doce ECSM sobre un espacio acotado de territorio al este-noreste del departamento, región en la cual sobre un núcleo de barrios contiguos se presentaron también las tasas más elevadas al CA; la segunda, desarrollada sobre la región oeste del departamento, visualizándose que un único ECSM, INVE 18, comprendiera en su CS el 20,7 % de la población estudiada —datos de la investigación original—. De allí lo relevante que desde finales de agosto de 2008 sobre dicha región se incorporara el ECSM Maracaná Sur (figura 11).}

Figura 9 | Correlación lineal ii

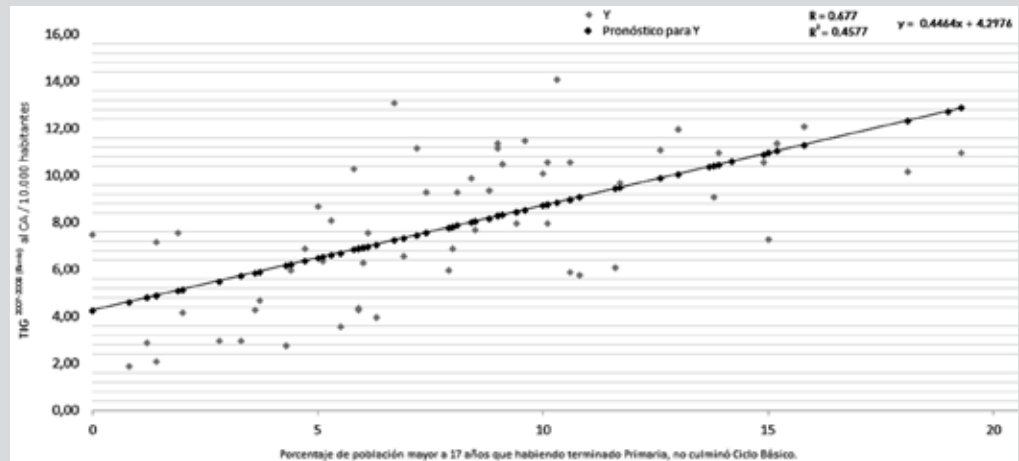


Tabla 6 | Estadístico de la correlación lineal ii

Coefficiente de correlación múltiple	+ 0,677
Coefficiente de determinación R ²	0,4577
Error típico	2,2905
Casos	62

Figura 10 | Red de ECSM de ASSE inserta en la ciudad de Montevideo, en función de las TIC²⁰⁰⁷⁻²⁰⁰⁸(Barrio)

Trabajo original

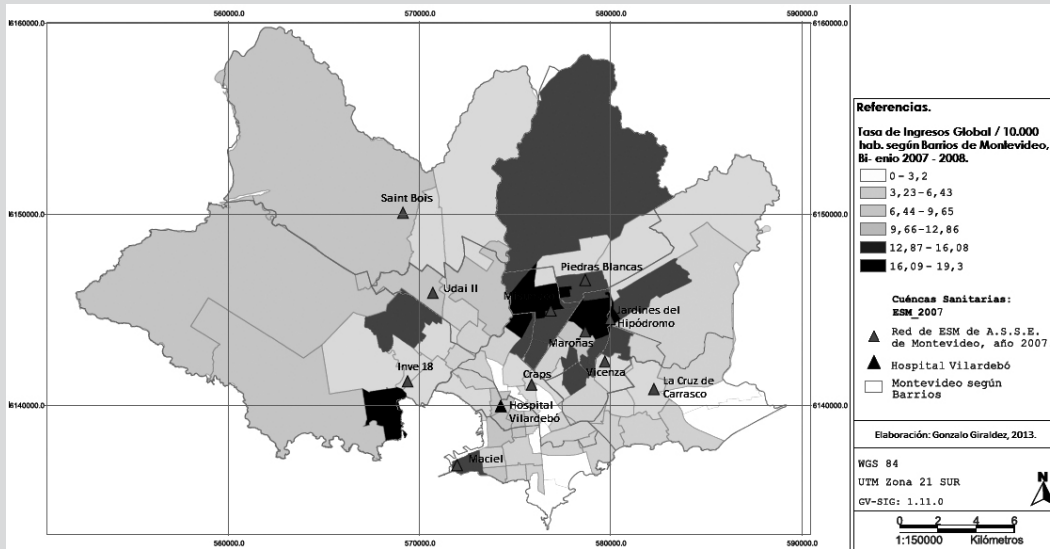
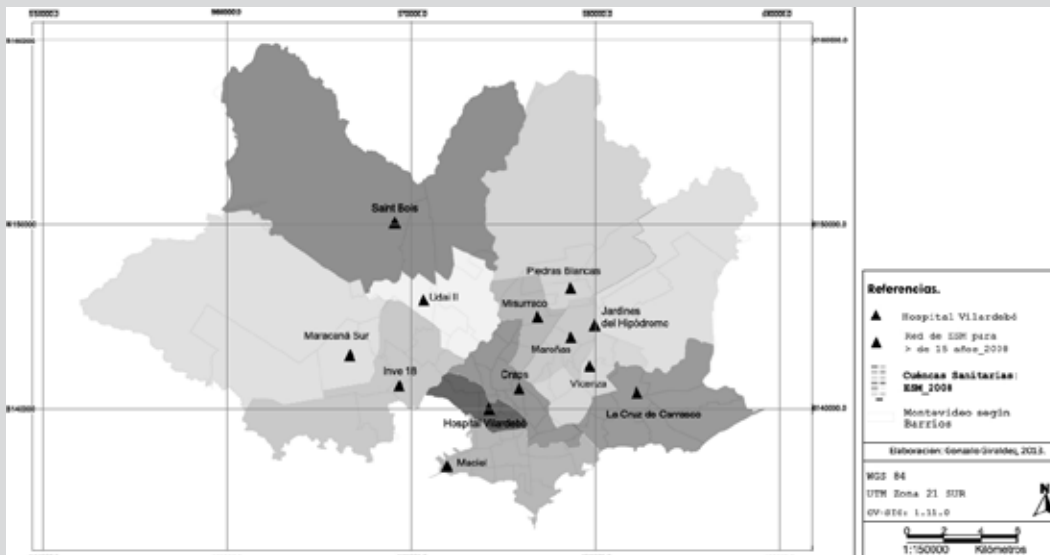


Figura 11 | Red de ECSM de ASSE de Montevideo en función de sus cuencas sanitarias, año 2008



Discusión

Los resultados obtenidos comprueban la hipótesis planteada desde los tres escenarios considerados. El primero, en función de las características de la población a estudio, observándose al respecto un bajo nivel de instrucción —acentuado en hombres—, un elevado porcentaje de personas sin actividad laboral —acentuado en mujeres—, a lo que se agrega un pequeño porcentaje que lo hace formalmente y el hecho de que tan solo una cuarta parte de la población percibe algún ingreso por subsidio. El segundo, emergente desde lo territorial, identificándose al respecto barrios que no solo presentaron las tasas de ingresos más elevadas al CA sino que, según Espíndola y Leal,³² dichos barrios, en el año 2006, integraban un conjunto mayor que concentraba el 64,7 % de la población de Montevideo incluida en estratos socioeconómicos bajo y muy bajo. Las menores tasas de ingresos al CA se observaron sobre barrios próximos o ubicados en la faja costera del departamento, asociados con niveles socioeconómicos más favorables. Un tercer escenario en virtud de correlaciones estadísticas entre las TIG^{2007-2008(Barrio)}/10.000 habitantes al CA en función de las variables INSE y porcentaje de población mayor a 17 años que, habiendo terminado Primaria, no culminó el Ciclo Básico. En ese sentido, se observa que tasas de ingresos elevadas al CA condicen con un INSE menos favorable ($r -0,694$), y con espacios en los cuales se observa un mayor porcentaje de personas con niveles educativos menos desarrollados ($r +0,679$), lo que fortalece las posibles causalidades mencionadas en la hipótesis planteada. Estos resultados se hallan alineados con múltiples estudios, los cuales, adoptando técnicas y metodologías diversas, dejan entrever la estrecha relación entre algunos factores intrínsecos a las sociedades, como la pobreza, el bajo nivel educativo y la ocurrencia de trastornos mentales.³³⁻³⁷

Si bien la articulación y asignación de recursos sanitarios desde ASSE hacia la SM

parece ir en consonancia con la distribución territorial de aquellas personas que requieren internación primaria en el Hospital Vilardebó, es sabido que la lógica asistencial es mucho más amplia. Sin embargo, este hecho no invalida el considerar incluir dicha variable como un posible indicador sanitario, no sin antes profundizar en su conocimiento a partir de nuevas investigaciones, más actuales, de mayor alcance y permanentes. La identificación y el seguimiento de quienes padecen su primer episodio de internación psiquiátrica, al considerar su contexto socioterritorial, podría aportar información vinculada a cambios emergentes en la salud de la población, aspectos esenciales en el momento de considerar la asignación de recursos sanitarios, tanto humanos, profesionales como materiales. Según Gispert y cols., «para la planificación de los servicios sanitarios es fundamental conocer cómo se distribuye la morbilidad por trastornos mentales a nivel del territorio, con el fin de valorar las necesidades de atención y en qué medida estas están satisfactoriamente cubiertas».³⁸

Conclusiones

Resulta necesario profundizar en el conocimiento de las relaciones existentes entre aspectos socioterritoriales, características individuales y familiares de las personas y el posible desarrollo de TMYC.

Considerar la dimensión territorial como estructurante de salud y la perspectiva geográfica como un nuevo eje de caracterización y abordaje puede constituirse como un importante componente a la hora de establecer estrategias sanitarias.

Dada la relevancia de tan sentida problemática, que hoy afecta a gran parte de la población mundial, es imprescindible para su integral comprensión la conformación de equipos pluridisciplinarios —médicos, planificadores, epidemiólogos, sociólogos, geógrafos, etc.—, para alcanzar el mayor conocimiento.

Dada la importancia de la SM y el lugar que ocupa en el sistema sanitario el Hospital Vilardebó —único en su especialidad y de carácter público—, es esencial que se realicen todos los esfuerzos para incorporar nueva información asistencial en pos de maximizar integralmente sus capacidades y potencialidades.

En función de los tres pilares que desde la Geografía de la Salud se pretende observar, alcanzar y explicar: la identificación de grupos de población en riesgo de padecer enfermedades, el estudio del sistema sanitario y el hallazgo de heterogeneidades socioterritoriales como estructurantes de salud, fue posible comprender un poco más sobre el vasto campo de la SM, quedando aún mucho camino por recorrer.

Agradecimientos

Al cuerpo editorial de la prestigiosa *Revista de Psiquiatría* por abrir sus puertas a esta nueva disciplina y sus contribuciones al vasto campo de la Psiquiatría y Salud Mental.

Al Dr. Lizardo Valdez y a las Dras. Andrea Acosta y Patricia Labraga por su apoyo en la realización de esta investigación y permitir acceder a las fuentes de información necesarias.

Al cuerpo de tutores que acompañó el desarrollo de mi tesis, Dr. Marcel Achkar, Dra. Psiq. Carina Ricciardi y Dra. Gabriela Eguren. Al tribunal actuante en la defensa, Dr. Eduardo Werneck y Dra. Psiq. Sandra Romano, por brindarme su excelencia.

A todos, gracias.

Referencias bibliográficas

1. **Errasti F.** Principios de gestión sanitaria. 1.ª ed., Madrid: Díaz de Santos; 1996, 348 pp.
2. **Sosa Lorenzo I, Rodríguez Salvá A, Álvarez Pérez A, Bonet Gorbea M.** Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud

en Cuba. *Medisan* 2013; 17(4):650-660. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400012&lng=es&nrm=i>. (Consulta: enero de 2015.)

3. **Sánchez E, García A.** Argumentos para un «maridaje» entre medicina y geografía. *Medio-ambiente y salud. Territoris* 2005; 5:49-60. Disponible en: <www.raco.cat/index.php/Territoris/article/download/117013/147935>. (Consulta: enero de 2015.)
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf?ua=1>. (Consulta: enero de 2015.)
5. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. *Rev Esp Salud Pública [online]* 1997; 71(3):317-320. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_3_317.pdf>. (Consulta: enero de 2015.)
6. **Vergara M.** Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia promoc. Salud.* 2007; 12(1):41-50.
7. **Arredondo A.** Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad Saúde Pública* 1992; 8(3):254-261.
8. **Choza J.** Medicina, Geografía y Geometría. Los espacios de la salud y la enfermedad. *Thémata. Revista de Filosofía* 2008; 40: 155-166.
9. **Hurtado Gómez L.** Sinopsis de la historia universal de la medicina. *Arch Boliv Hist Med* 2000; 6(1):19-28.
10. **Olivera A.** Geografía de la Salud. 1.ª ed., Colección Espacio y Sociedades. Madrid: Síntesis; 1993, 160 pp.
11. **Curto S.** De la Geografía Médica a la Geografía de la Salud. *Rev Geogr* 2008; 143:9-28.
12. **Johnston RJ, Gregory D, Smith DM (eds).** Diccionario Akal de Geografía Humana. 1.ª ed., Madrid: Akal; 2000, 592 pp.

13. **Jones K, Moon G.** Health, disease and society: an introduction to medical geography continued. London: Routledge & Kegan Paul; 1987, 376 pp.
14. **Asthana S, Curtis S, Duncan C, Gould M.** Themes in British health geography at the end of the century: a review of published research 1998-2000. *Soc Sci Med* 2002; 55(1):167-73.
15. **Rupke NA (ed).** Medical geography in historical perspective. *Medical History* 2000; 44:1-5. London: Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL, 2000. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1017/S0025727300073208>>. (Consulta: enero de 2015.)
16. **Ramírez M.** ¿Dónde localizar hospitales públicos? Las nuevas tecnologías -SIG- como herramientas de apoyo a la planificación territorial. Un caso de estudio aplicado a la provincia del Chaco-Argentina. *Ser Geogr* 2002; 10:(121-130). Disponible en: <<http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/1166/OK-08-Revista-Articulo-Liliana%2520Hospitales-Argentina%2520-121%2520a%2520130%5B1%5D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. (Consulta: enero de 2015.)
17. **Puebla J, García J.** Accesibilidad peatonal a la red sanitaria de asistencia primaria en Madrid. *An Geogr Univ Complut* 2002; vol. extraordinario: 269-280. Disponible en: <<http://revistas.ucm.es/index.php/AGUC/article/viewFile/AGUC0202220269A/31143>>. (Consulta: enero de 2015.)
18. **Alan Dever GE.** Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Aspen Publisher; 1991, 417 pp.
19. **Cooper C.** The stress of work: an overview. *Aviat Space Env Med* 1985; 56(7):627-632.
20. **Harris D, Harris B.** Psicología del deporte. Integración mente-cuerpo. 1.ª ed. en español. Barcelona: Hispano Europea; 1987, 237 pp.
21. **Ginés A, Porciúncula H, Arduino M.** El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Rev Psiquiatr Urug* 2005; 69(2):129-150.
22. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado 2004. Ed. Ginebra. Suiza. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf>. (Consulta: enero de 2015.)
23. **Romano S, Novoa G, Gopar M y cols.** El trabajo en equipo: una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. *Rev Psiquiatr Urug* 2007; 71(2):135-152.
24. Dirección de Salud Mental. Administración de Servicios de Salud del Estado -ASSE-2009. Disponible en: <http://www.asse.com.uy/index_1.html>. (Consulta: enero de 2015.)
25. **Giraldez C.** Análisis espacial en salud mental: el caso del Hospital Vilardebó de Montevideo-Uruguay. *Hygeia* 2009; 5(9):138-150.
26. Organización Mundial de la Salud. Project Atlas: Resources for Mental Health 2005. Ed. Ginebra. Suiza. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas>. (Consulta: enero de 2015.)
27. **Caldas de Almeida J.** Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. *Rev Psiquiatr Urug* 2007; 71(2):111-116.
28. **Bolton W, Oakley K.** A longitudinal study of social support and depression in unemployed men. *Psychol Med* 1987; 17(2):453-460.
29. **Mendoza C.** Sociología y salud mental: una reseña de su asociación. *Rev Colomb Psiquiatr* 2009; 38(3):555-573.
30. **Patel V, Kleinman A.** Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81: 609-615. Disponible en: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/81/8/Patel0803.pdf>>. (Consulta: enero de 2015.)
31. Instituto Nacional de Estadística. Censo oficial Fase I año 2004. Disponible en: <<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2004/uruguay%20en%20cifras%2020042008.asp>>. (Consulta: enero de 2015.)
32. **Espíndola F, Leal G.** ¿En qué barrios de Montevideo se redujo la pobreza

y la indigencia? El territorio como factor que también explica el acceso a las oportunidades. Reseña sobre la evolución de la pobreza y la indigencia en los barrios de Montevideo. Período 1999-2006. Observatorio Montevideo de Inclusión Social. Tercer Informe de Coyuntura Social 2007. Disponible en: <<http://www.montevideo.gub.uy/observatorio>>. (Consulta: enero de 2015.)

33. **Ortiz L, López S, Borges G.** Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(6):1255-1272.
34. **Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S.** Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. *Rev Med Chile* 2002; 130(5):527-536.
35. **Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, et al.** 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from

the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; (420):28-37. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128385>>. (Consulta: enero de 2015.)

36. **Lima MS, Soares BGO, Mari JJ.** Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clín (São Paulo)* 1999; 26:225-235.
37. **Ludermir A, Lewis G.** Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(3):101-107.
38. **Gispert R, Puig Oriol X, Palomera E y cols.** Factores individuales y del entorno asociados a la variabilidad geográfica de los trastornos psicológicos entre áreas pequeñas: un análisis multinivel. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80(4):335-347.