

# LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: UNA MIRADA CRÍTICA SOBRE LAS PARADOJAS DEL DERECHO A LA SALUD

*The accessibility to the psychopharmacological treatment in Primary Health Care. A critical look at the paradoxes of the right to health*

Ana Cecilia Augsburger<sup>1</sup>  
Sandra Silvana Gerlero<sup>2</sup>

Artigo encaminhado: 19/04/2017  
Aceito para publicação: 12/06/2017

**RESUMEN:** Argentina, al sancionar la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 asume un enfoque que promueve descentralizar la atención de los problemas de salud mental, brindar tratamiento territorializado y desinstitucionalizar a los usuarios de hospitales monovalentes. La legislación no permanece ajena al debate en el seno del cual el discurso y la relevancia de los derechos humanos ocupan un lugar predominante. Este artículo expone aspectos de un estudio que analiza las características del acceso a tratamiento psicofarmacológico en un municipio de la Argentina que implementa una política sanitaria centrada en la Atención Primaria. En ese marco se instala la accesibilidad y la prescripción de psicofármacos como componente de la capacidad resolutive y del acceso equitativo a los cuidados de salud en los Centros de Atención Primaria. Metodológicamente se adopta una estrategia descriptiva y transversal sobre los centros de salud de la Secretaría de Salud Pública municipal. Se analizó la estructura y dinámica organizativa de la prescripción y dispensación de psicofármacos en Atención Primaria, se identificaron los psicofármacos prescritos, sus características según género y los profesionales que los prescribieron. Los resultados permitieron interrogar la calidad de los procesos de cuidado atendiendo a los tiempos prolongados en que las personas reciben psicofármacos. Se examinó la existencia de normativas para el consentimiento informado de las personas en relación con la atención que reciben. Y se debatieron las características contradictorias entre las posibilidades efectivas de acceso a la medicación y el proceso social creciente de intervenir medicalizando la vida cotidiana de las personas.

**Palabras clave:** Salud Mental. Atención Básica. Centros de Atención Psicosocial. Desinstitucionalización

**ABSTRACT:** By enacting the National Mental Health Law No. 26.657, Argentina adopts an approach that promotes the decentralization of attention to mental health problems, providing territorialized treatment and deinstitutionalizing the users of monovalent hospitals. The law does not stay

<sup>1</sup> Psicóloga. Magister en Salud Pública, UNR. Investigadora y docente en la Universidad Nacional de Rosario.

<sup>2</sup> Psicóloga. Magister en Salud Pública, UNR y Magister en Salud Mental, UNER. Investigadora y docente en la Universidad Nacional de Rosario.

outside of the debate in which the discussion and relevance of human rights have a predominant place. This article exposes aspects of a study that analyzes the characteristics of access to psychopharmacological treatment in a city of Argentina that carries on health focused politic's on Primary Care. Within this framework, it applies the accessibility and the prescription of psicopharmacs, as a component of resolution capacity and equal access to health care in the Primary Attention Centers. Methodologically, this research adopts a descriptive and transversal strategy about health care centers in the Municipal Health Care Public Secretary. The structure and organizational dynamics of prescribing and dispensing psycho-pharmaceuticals in Primary Care were analysed. The prescribed psycho-pharmaceuticals, their characteristics according to gender and the professionals who prescribed them were identified. The results allowed the interrogation of the care taking process quality, attending to the prolonged times in which people receive psychotropic drugs. The existence of regulations for the informed consent of people about the attention they receive was analysed. The contradictory characteristics between the effective possibilities of access to medication and the growing social process of medicalizing the daily life of people, was debated.

**Keywords:** Mental Health. Primary Care. Deinstitutionalizing. Psychosocial attention Centres.

## 1 INTRODUCCIÓN

Hace ya más de medio siglo que la salud mental se constituye en una cuestión social que va adquiriendo visibilidad progresiva e instalando profundos y movilizadores debates de orden ideológico, teórico y técnico. Transcurren varias décadas durante las cuáles se configuran diferentes intervenciones y respuestas socio-sanitarias frente a los problemas vinculados a la salud mental y el sufrimiento psíquico. Sin embargo, la visión de cuáles son los principales problemas, cuestionamientos, y prioridades mantiene un continuo dinamismo que va dotando de características particulares cada momento. En tanto cuestión social, delimita un conjunto de problemas y acontecimientos que interpelan al conjunto social, es decir al Estado, pero también a la sociedad civil, poniendo en juego los conflictos y contradicciones entre los valores y principios sociales, culturales y jurídicos y las condiciones concretas de protección o de desprotección de miembros o grupos particulares del conjunto de la sociedad. Al mismo tiempo toda cuestión social toma formas particulares en las distintas formaciones sociales, y sus características solo se pueden

captar relacionándolas con la trama de las situaciones históricas en las que se originaron (CASTEL, 1997).

En ese sentido, cobra valor identificar los impulsos y condiciones destacadas en el campo de la salud mental desde su surgimiento y en cada momento histórico, como estrategia para una mejor comprensión y análisis de las condiciones y los conflictos del momento presente. Distintos autores establecen y distinguen tres períodos de construcción y reforma para la salud mental. (GERLERO et al., 2012; VASCONCELOS, 2008; DESVIAT, 1994). Una primera etapa donde se reconoce el anacronismo y la ineficiencia del hospital psiquiátrico como institución hegemónica para el tratamiento de los problemas mentales. Distinguiendo en ella dos respuestas, una más radical de crítica e impugnación a la psiquiatría, tanto en el plano del saber cómo de las prácticas y otra más técnico eficientista de modernización del saber y humanización institucional para el tratamiento de los enfermos mentales. De manera general, puede afirmarse sin dudar que en el transcurso de este período se consolida la noción de “campo” de la salud mental estableciendo las transformaciones en el plano de los saberes legitimados para comprender el padecimiento mental, las prácticas adecuadas para intervenir sobre éste, las instituciones con las que generar respuestas sociales y sanitarias, y los agentes técnicos dotados de capacidad para intervenir y actuar en este espacio social. (GALENDE, 1994). La segunda etapa se inaugura a partir del hito histórico que significa la Declaración de Caracas (OPS, 1991) formulada en la Conferencia para la Reestructuración de la asistencia psiquiátrica en América Latina, y se extiende por más de una década. Allí los gobiernos se comprometen a que en sus Estados nacionales estimularán la integración de la salud mental en los sistemas locales de salud, con especial énfasis en el desenvolvimiento de la atención primaria. Bajo el principio de garantizar cuidados accesibles, integrales, participativos y de índole preventiva, se reformula la centralidad de hospital psiquiátrico monovalente y se desarrollan servicios de atención comunitaria. Un aspecto destacado de este período es la trascendencia que adquiere la protección de los derechos humanos y civiles de las personas afectadas por problemas de salud mental en la legislación internacional. Se

formulan distintos instrumentos internacionales elaborados por las Naciones Unidas (ONU), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que guardan relación con la temática de Salud Mental y Derechos Humanos, y son publicados durante las dos décadas que siguen a la Declaración de Caracas del año 1990.

El nuevo milenio inaugura un tercer momento con características específicas para los países centrales y para América Latina. En el marco de un fuerte impulso a la cooperación internacional pueden destacarse tres elementos en esta etapa que le otorgan el carácter distintivo. En primer lugar, se reconoce que pese a la formulación de directrices claras para impulsar nuevas modalidades de cuidado, y nuevas instituciones de base comunitaria, el hospital psiquiátrico continuó siendo una institución medular del sistema sanitario para la respuesta en salud mental. Este diagnóstico lleva a insistir en que se implementen efectivamente las directrices políticas formuladas de integrar la salud mental a la estrategia de atención primaria, garantizar mayor acceso a los servicios y cuidados en salud mental, y mejorar la capacitación de los profesionales para detectar y resolver los problemas psíquicos. En segundo lugar, especialistas, autoridades sanitarias, y otros actores de la sociedad civil sostienen la necesidad de subrayar y jerarquizar la salud mental como problema prioritario dentro de la salud pública. En el Informe de Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001) se coloca la alta prevalencia de las problemáticas psicosociales, y la agudización de la carga económica, sanitaria y social las enfermedades mentales severas como una situación destacada y visible que merece atención. Por último, y en tercer lugar se resalta la existencia de grandes inequidades en el acceso a los cuidados entre los distintos países, una brecha importante de atención y acceso a los servicios de salud mental, al tiempo que se pone de relieve la constante violación de los derechos, la segregación y el estigma de las personas con sufrimiento psíquico.

Así propuesto, y utilizando el concepto de “problematización” que plantea Castel (1997, p.16) el núcleo de este tiempo al que se asiste, acumula para su comprensión rasgos distintivos del proceso histórico que lo moldea, y en el que convergen la emergencia de nuevas expresiones de malestar

psíquico, las transformaciones del modelo asistencial requiriendo su expansión y promoviendo mayor accesibilidad a las instituciones de asistencia y cuidado, y el fortalecimiento de los principios de protección y resguardo de los derechos de las personas.

Aun con reconocimiento del alto grado de autonomía que el campo de la salud mental mantiene, sus acontecimientos más destacados y los rasgos particulares que lo definen no permanecen ajenos a un conjunto de debates de carácter más amplio y en el seno del cual el discurso y la relevancia de los derechos humanos viene ocupando un lugar predominante. Con el siglo XXI, y en el transcurso del proceso de globalización, los gobiernos y organizaciones internacionales enfatizan la adopción de políticas generales y sectoriales conforme un marco internacional de derechos individuales y colectivos. Seguramente ese impulso, como señala Stolkiner (2010, p. 89) denota una búsqueda dual en la que convergen el establecimiento de sociedades más justas, junto a la legitimación social de nuevas formas de poder de cara a la crítica y las crisis de los modelos políticos.

La fortaleza que el discurso y los principios de promoción y protección de los derechos ha ganado en la última década no es suficiente para opacar la fuerte contradicción que lo alimenta, y que Boaventura de Souza Santos señala como la genealogía dual del derecho y los derechos en la sociedad occidental moderna. Así, tras el lenguaje emancipatorio de los derechos humanos se conseguiría opacar las tensiones que habitan su dimensión teórica y pragmática y construyendo una visión hegemónica y formal de los derechos. (SOUZA SANTOS, 2014)

En el campo de la salud mental, el enfoque de derechos ha cumplido una tarea destacada, sirviendo de soporte no sólo a las condiciones de denuncia en instancias de violación de derechos humanos básicos, de libertad y seguridad, identidad, integridad personal, discriminación, y estigma, sino propiciando también una visión positiva asentada en formas y principios de protección. El reconocimiento del derecho a la salud cumple en este sentido una función estratégica, y acompaña el impulso por garantizar modelos de atención sanitaria accesibles a la población. Sin embargo, la capacidad de

ejercicio efectiva de este derecho requiere de una política integral de promoción y protección de salud que excede al sector sanitario. Al mismo tiempo coloca el desafío de problematizar y construir una noción compleja del proceso de salud- enfermedad-cuidado, que reconstruya e integre las condiciones socio-históricas y de la vida cotidiana en que se produce la salud y la enfermedad.

Si bien los países de América Latina han avanzado en un paradigma de derechos superando el paradigma tutelar no lo han hecho de manera homogénea. Aun cuando en su gran mayoría han formulado políticas y planes de salud mental, los procesos de implementación efectiva son incipientes en muchos de esos países. En particular, como señala Caldas de Almeida (2007, p. 27) en el libro en que se analiza el proceso de reforma de los servicios de salud mental, la integración entre salud mental y atención primaria no se ha generalizado lo suficiente y sólo una pequeña parte de la población tiene acceso a cuidados de salud mental en servicios con base comunitaria. Mayores aún son las dificultades de acceso a esos servicios para las personas con trastornos mentales severos, donde la información disponible señala que solamente en el 60% de los países de América Latina se ofrecen opciones de tratamiento en el nivel de atención básica.

Argentina se encuentra en una situación sin duda favorable en el contexto latinoamericano, a pesar de la enorme heterogeneidad entre provincias que existe al interior del país. En el año 2010 se aprobó la Ley N° 26.657, y tres años, en 2013 después se sancionó el Decreto N° 603 que la reglamentó. Con ello, el país presenta una legislación en materia de política en salud mental fundado en los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud mental. Como expresa en publicaciones relativamente recientes el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2013) se plantea un nuevo paradigma divergente del que lo antecedió, promoviendo el pasaje de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de

sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo o la restitución de sus derechos.

La legislación instituida, y el Plan Nacional de Salud mental que se formula en el año 2013 establecieron que las modalidades de abordaje para los problemas de salud mental privilegiaran los servicios de carácter comunitarios y en particular aquellos basados en los principios de la atención primaria. Asimismo, fijaron pautas claras para los procesos terapéuticos que requieren tratamiento psicofarmacológico, estableciendo criterio para la prescripción de medicación, de información adecuada y de autonomía en las decisiones y consentimiento informado para las personas que los reciben.

En ese contexto, el artículo que aquí se presenta expone los aspectos más destacados de un estudio reciente que analiza las características del acceso a tratamiento psicofarmacológico en Atención Primaria en un municipio de tamaño mediano de la Argentina. En Rosario (Argentina), desde hace más de dos décadas, se implementa una política sanitaria centrada en la Atención Primaria, que integra acciones de cuidado frente a problemas de salud mental.

En consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, la directriz de descentralizar la atención de los problemas de salud mental, brindar tratamiento territorializado y contribuir a desinstitucionalizar a los usuarios de hospitales monovalentes, instaló la problemática de la accesibilidad y la prescripción de psicofármacos como componente nuclear de la capacidad resolutive y del acceso equitativo a los cuidados de salud en los Centros de Atención Primaria. De manera que la posibilidad de obtener y/o continuar con el tratamiento psicofarmacológico en estos servicios de base comunitaria se constituyó en una premisa básica para facilitar la accesibilidad de las personas a los cuidados. Más aún, frente a patologías severas la disponibilidad de estos medicamentos constituye un recurso valioso para disminuir los mecanismos de institucionalización de los usuarios en los establecimientos monovalentes, y para fortalecer y facilitar la continuidad de la atención en los servicios ambulatorios.

## 2 LA PRESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS: REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES EN LA TEMÁTICA

El interés por comprender y analizar la relación entre la prescripción, la utilización y el acceso a la medicación para los problemas mentales vinculado a las condiciones de salud de la población, se inaugura en el momento mismo de emergencia de los psicofármacos en los años '50, pero se extiende y profundiza con las transformaciones posteriores surgidas en el campo de la salud mental. Este proceso sinérgico que, por un lado capitaliza los avances de la psicofarmacología en los tratamientos y la fuerza expansiva del mercado farmacéutico, y por otro las reformas en los procesos de atención de los problemas psíquicos tendientes a la desinstitucionalización y la atención de los pacientes en servicios comunitarios, se acelera en las dos últimas décadas produciendo un importante desarrollo de diversos estudios que asumen un gran variedad de enfoques, acompañando las nuevas normativas y legislaciones que regulan los cuidados de salud mental de las poblaciones.

Como resultado de esa preocupación investigaciones recientes son coincidentes en señalar que la utilización de psicofármacos se ha expandido en las últimas décadas. Entre las razones diversas que explicarían ese incremento destacan la frecuencia y aumento de problemas psiquiátricos en la población, la elaboración de nuevas drogas y nuevas recomendaciones de usos terapéuticos para las existentes, así como la expansión y fuerza del mercado farmacéutico. (RODRIGUEZ et al., 2006;NOTO et al., 2002)

Una revisión del estado de la cuestión en torno a esta temática permite identificar tres grandes núcleos de problemas que direccionan los diversos interrogantes y la producción de estudios particulares. Un primer grupo de trabajos focaliza sobre el fenómeno creciente denominado “medicalización” (ILLICH, 1975; FREITAS, AMARANTE, 2015), “medicalización social” (CONRAD, 1982), y/o “medicalización indefinida o ampliada” (FOUCAULT, 1996; 2001; CAPONI, 2015). Problematizan y analizan los procesos de normalización a través de los cuáles el conocimiento y las prácticas sanitarias intervienen en las medidas de higiene, las normas morales y la regulación de

comportamientos sociales, alimentarios, sexuales y de convivencia. Estos trabajos pioneros y sus derivaciones en múltiples estudios, en general adoptan una visión reflexiva y crítica en torno del incremento del consumo de psicofármacos como respuesta a la resolución de problemas de la vida cotidiana. (FARAONE, BARCALA, TORRICELLI, 2008; IRIART, IGLESIAS RÍOS, 2012)

Un segundo grupo de investigaciones examina los criterios y las modalidades de la prescripción y utilización de medicamentos que contiene psicotrópicos, buscando indagar el uso racional de los mismos, la adecuación de su indicación conforme diagnósticos, los costos sanitarios y sociales de su utilización, así como el cumplimiento de las pautas legales que rigen su indicación y dispensación. (FALCÃO et al., 2007; LÓPEZ PEIG et al., 2006; ANDRADE, GARCÍA DE ANDRADE, DOS SANTOS, 2004)

Por último, un numeroso conjunto de investigaciones se organizan en torno de la accesibilidad y el consumo de psicofármacos en la población general y en particular en la red sanitaria o en los diferentes servicios de salud. Estos trabajos responden a la preocupación por padronizar las principales características socio demográficas de la población usuaria de estos fármacos, por interrogar la equidad de la población en el acceso a los tratamientos, o por evaluar el efectivo desplazamiento de los procesos de atención de los hospitales monovalentes a los servicios comunitarios. (ALMEIDA et al., 1994; SECADES VILLA et al., 2003; GERLERO et al., 2011)

En el contexto de estos antecedentes, este trabajo se encuentra más fuertemente ligado a este último conjunto de estudios, ya que interroga las características que presenta la situación actual de la accesibilidad a los tratamientos con psicofármacos en la población adulta usuaria en los Centros de Salud de Atención Primaria del municipio de Rosario.

En el ámbito local del municipio de Rosario son escasos los estudios que permiten evaluar la participación del sistema de salud y de los servicios y profesionales, en facilitar la disponibilidad y utilización de los psicofármacos en la población usuaria. En función de ello, este estudio aspiró analizar el acceso

al tratamiento psicofarmacológico en la población general en los centros de salud dependientes de Atención Primaria de la ciudad de Rosario.

### **3 PUNTUALIZACIONES METODOLÓGICAS SOBRE EL ESTUDIO**

Se realizó un estudio descriptivo y transversal sobre un total de 41 centros de salud dependientes de la Dirección General de Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública municipal. Representan la mayoría de los centros de salud (41/54), seleccionados según disponibilidad de profesionales especializados, y recursos organizativos de farmacia para la provisión y dispensación de los psicofármacos. Estas organizaciones sanitarias se distribuyen estratégica y territorialmente en seis distritos de la ciudad. Cuentan con equipos de profesionales multidisciplinarios –médicos clínicos y/o generales, pediatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos entre otros, junto a profesionales de otras especialidades médicas que actúan bajo una modalidad organizativa y funcional de equipos matriciales de referencia territorial, entre los que se halla un grupo de profesionales psiquiatras para brindar mayor capacidad resolutive a los equipos de atención primaria.

Para la evaluación de la accesibilidad al tratamiento psicofarmacológico en la población adulta usuaria se consideró la obtención de datos de fuentes primarias y secundarias, relevados durante el año 2014.

Las primeras a través de una encuesta institucional *ad hoc* aplicada a los actores claves de cada centro de salud comprendiendo indicadores de: estructura organizativa de los servicios de salud, instalaciones físicas y/o dispositivos de dispensación de medicamentos, procedimientos de registros institucionales, disponibilidad de recursos humanos; y procedimientos de acceso de la población y características de los circuitos de provisión de fármacos. Como fuente secundaria se analizaron los registros de provisión de drogas psicofarmacológicas provistos por la Farmacia Centralizada de la Secretaría de Salud municipal, correspondientes a semestre del año 2013.

La clasificación de los psicofármacos se elaboró en base a la taxonomía que señala la Organización Mundial de la Salud, que establece grupos de fármacos

conforme a los trastornos mentales según la CIE–10 (Tabla 1). La totalidad de los datos recabados se procesaron con Software Estadístico SPSS (versión 11.5/ Windows XP); y el análisis contempló el uso de herramientas de estadística descriptiva.

Tabla 1. Clasificación de drogas psicofarmacológicas según diagnóstico

<b>Grupo de fármacos</b>	<b>Recomendaciones de uso según diagnóstico de trastorno mental</b>
Grupo I	Trastornos psicóticos
Grupo II	Trastornos depresivos
Grupo III	Trastornos bipolares
Grupo IV	Ansiedad y trastornos del sueño
Grupo V	Trastornos obsesivo-compulsivo y pánico
Grupo VIII	Otros – Trastornos convulsivos

Fuente: Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. OPS, 2010

## **4 LOS RESULTADOS MÁS RELEVANTES**

### **4.1 Estructura y dinámica organizativa de la prescripción y dispensación de Psicofármacos en Atención Primaria**

En consonancia con la dirección de la política sanitaria asumida en el municipio de Rosario, se destaca una muy importante distribución territorial de los servicios de atención primaria. Esta es una situación histórica que lleva más de dos décadas de desarrollo, por lo cual en la ciudad se dispone de una amplia cobertura sanitaria para el conjunto de la población a través del sistema de salud pública, sin que tenga costo directo para los usuarios. Asimismo, los

equipos profesionales en los centros de atención primaria tienen responsabilidades definidas sobre áreas de actuación sanitaria.

El sistema de salud bajo jurisdicción política-administrativa de la municipalidad de Rosario acompañó el proceso más amplio a partir del cual se establecieron distritos en el ámbito del municipio, lo cual permitió organizar la red de servicios a través de seis distritos sanitarios: Norte, Noroeste, Sur, Sudoeste, Centro, y Oeste. Cada uno de ellos con características poblacionales, demográficas, y epidemiológicas heterogéneas. En cada Distrito se ubican entre 7 y 13 centros de salud a excepción del distrito Centro que cuenta con un único establecimiento dependiente de atención primaria.

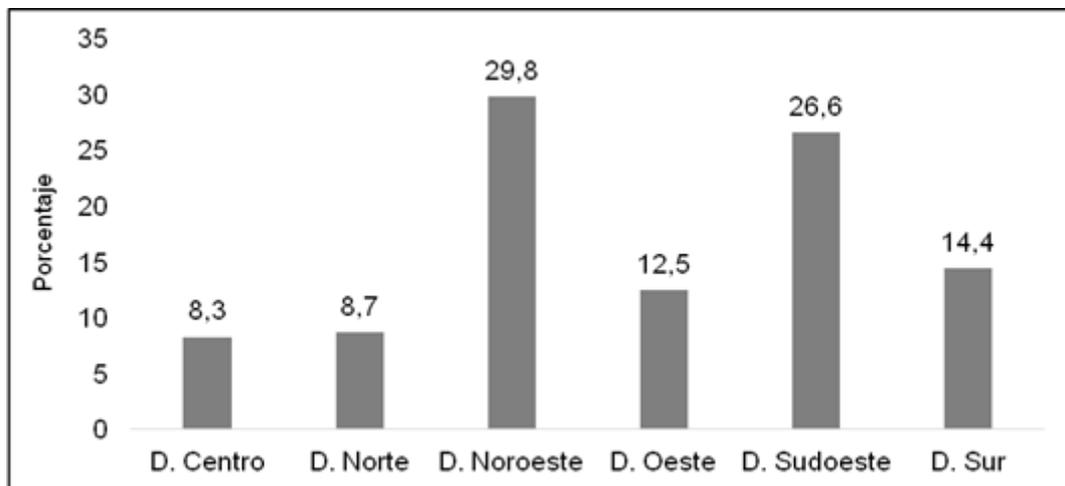
La encuesta institucional que se realizó en 41 centros de salud permitió describir aspectos de la estructura y la dinámica organizacional. La gestión de la provisión y circulación de los medicamentos, así como la dispensación a los usuarios de atención primaria estaban bajo responsabilidad, en todos los Centros de Salud, de profesionales farmacéuticos, es decir, con alto nivel de calificación profesional para esa tarea. En el conjunto de los centros, el 80% contaba con lugares exclusivos para el almacenamiento y la entrega de medicamentos. Sobre la existencia de condiciones de privacidad para la dispensación de los medicamentos, espacios que fueran confortables, aislados, o con puertas cerradas, sólo el 60% contaban con esas características de estructura.

La disponibilidad de computadoras en el área de Farmacia para confeccionar y mantener registros precisos y accesibles sobre la disponibilidad y prescripción de medicamentos, y para agilizar la producción de información mostró que el 60% de los centros de salud disponía de computadora para esa área, y también de conexión a Internet. Por tanto, sólo 6 de cada 10 Centros de Salud podían llevar adelante registros digitales de los medicamentos. El resto, en un siglo marcado por el desarrollo tecnológico, los confeccionaba manualmente en planillas registradas a cargo de los profesionales farmacéuticos.

#### **4.2 Características de las prescripciones de Psicofármacos**

En el primer semestre del año 2013 fueron 41 centros de salud que recibieron psicofármacos de la Farmacia Centralizada, a partir de la realización de 22.166 prescripciones. La distribución entre los seis distritos que organiza la atención sanitaria en el municipio reveló heterogeneidad entre ellos. El distrito Noroeste acumuló la mayor proporción de prescripciones, con casi un tercio del total, seguido del distrito Sudoeste, que acumuló un cuarto de las prescripciones, con más del 25 por ciento (Gráfico 1). El análisis tomando en cuenta cada uno de los centros de salud destaca que un centro de salud denominado “Martin”, situado en el distrito Centro, es el que produjo la mayor magnitud de prescripciones en el conjunto de atención primaria (1.829/8,3%). Con valores semejantes se hallaron otros centros de salud “San Martin” del distrito Noroeste (1.631/7,4%) y “Pasteur” del distrito Sur (1.361/6,1%).

Gráfico 1. Psicofármacos prescritos según distritos sanitarios. Rosario, Argentina

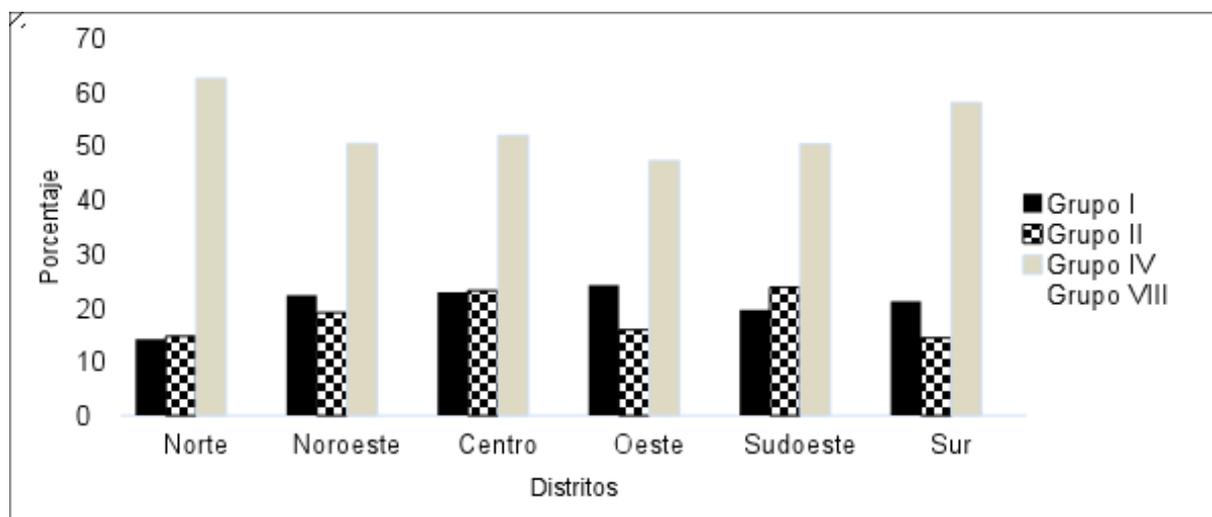


Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Farmacia Centralizada de Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

Interesó poner en relación la distribución de las prescripciones de psicofármacos, según los grupos establecidos por la OMS, con la organización territorial de los centros de salud en los seis distritos del municipio. Se observó que en todos los distritos los medicamentos con mayor caudal de solicitudes

fueron los ansiolíticos. La prescripción de medicación para los trastornos psicóticos fue mayor en los distritos Noroeste, Centro y Oeste; mientras los antidepresivos prevalecieron en el Centro y en el Sudoeste. Los centros de salud que pertenecen al distrito Oeste fueron los que realizaron mayor proporción de solicitudes de antiepilépticos. Mientras que los fármacos incluidos en el Grupo III y en el Grupo V, tuvieron muy baja frecuencia de solicitud (Gráfico 2).

Gráfico 2. Psicofármacos prescritos según Clasificación de OMS por distritos sanitarios, Rosario; Argentina



Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Farmacia Centralizada de Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

Se analizó la duración del tratamiento psicofarmacológico de la población consultante según los distritos sanitarios. Para ello se estableció el

tiempo transcurrido –en años- entre el momento de inicio del tratamiento y la fecha del último retiro de la medicación prescrita conforme la información disponible en el estudio.

Tabla 2. Período entre el inicio del tratamiento y último retiro de medicación de psicofármacos según distrito

<b>Distrito</b>	<b>N</b>	<b>Mínim o</b>	<b>Máxim o</b>	<b>Medi a</b>	<b>Median a</b>	<b>Desvío estándar</b>
<b>Norte</b>	181 7	0	10,8	1,9	1,3	2,02
<b>Noroeste</b>	643 2	0	10,8	2,1	1,6	1,7
<b>Centro</b>	177 0	0	7,5	1,5	0,9	1,6
<b>Oeste</b>	267 3	0	10,8	2,6	1,9	2,4
<b>Sudoest e</b>	565 7	0	10,8	1,8	1,3	1,9
<b>Sur</b>	301 9	0	10,8	1,7	1,2	1,8

Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Farmacia Centralizada de Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

La Tabla 2 muestra que en la red de atención primaria hay usuarios de psicofármacos que llevan más de una década en los tratamientos prescritos. El promedio de tratamiento en el conjunto de usuarios de los centros de salud es de casi dos años (1,9 años) con algunas variaciones en cada distrito. El centro de salud “Martin” presentó el menor promedio, aunque debería atenderse a que su creación es más reciente (D. Centro). Mientras en los otros distritos el lapso promedio de tratamiento se prolongó desde un año y 7 meses en el Sur hasta el valor más alto, de dos años y medio, en el distrito Oeste.

Los profesionales que realizaron la prescripción de psicofármacos pertenecían a distintas especialidades médicas. El grupo se integró con 319 profesionales, entre médicos generalistas, clínicos, psiquiatras, pediatras y neurólogos. La tabla 3 muestra la distribución de las especialidades médicas atendiendo a la ubicación distrital de las unidades de atención en que se solicitó la medicación.

Tabla 3. Profesionales que prescribieron psicofármacos según especialidad médica y Distrito sanitario.

Distrito	Perfil profesional según especialidad médica						Total
	Generalista	Clínico	Psiquiatra	Pediatra	Neurólogo	S/D	
Sur	21	10	7	7		4	49
Sudoeste	32	11	13	10		5	71
Oeste	30	10	10	15		6	71
Noroeste	37	17	11	12	2	4	83
Norte	20	10		4			38
Centro	2	3	1			1	7
	142	61	42	48	2	20	319

Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Farmacia Centralizada de Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

Los resultados según el tipo de fármaco prescripto, atendiendo a la clasificación propuesta por la OMS, señalan que los ansiolíticos fueron el principal grupo de psicofármacos con más del 50% de las prescripciones realizadas en el conjunto de los centros de salud. En segundo lugar, se encontraron los medicamentos indicados para trastornos psicóticos; y en tercer lugar, aquellos indicados para trastornos antidepresivos. La tabla 4 describe la magnitud de prescripciones conforme la recomendación para cada uno de los grupos propuesta por OMS.

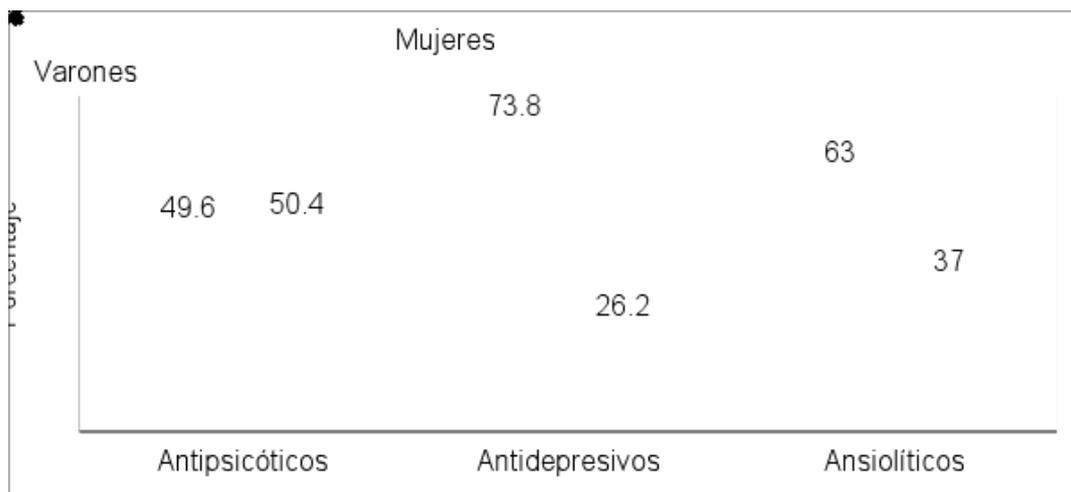
Tabla 4. Frecuencia de prescripciones según categoría de psicofármacos y trastornos mental

<b>Grupo de fármacos OMS (2010)</b>	<b>Recomendaciones de uso según diagnóstico de trastorno mental</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Grupo I</b>	Trastornos psicóticos	4654
<b>Grupo II</b>	Trastornos depresivos	4262
<b>Grupo III</b>	Trastornos bipolares	20
<b>Grupo IV</b>	Ansiedad y trastornos del sueño	11595
<b>Grupo V</b>	Trastornos obsesivo-compulsivo y pánico	6
<b>Grupo VIII</b>	Otros – Trastornos convulsivos	1629
<b>Todos los grupos</b>		22.166

Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Farmacia Centralizada de Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

Cuando se analizó la situación para cada uno de los grupos de psicofármacos los hallazgos pusieron en evidencia que los medicamentos utilizados como antipsicóticos, fueron indicados en la misma magnitud entre varones y mujeres, se distribuyeron casi el 50% para cada uno. Los medicamentos clasificados como antidepresivos, se indicaron con mayor magnitud en las mujeres, casi el 74% contra el 26% en los varones. Por último, los medicamentos ansiolíticos, igual que los antidepresivos, mostraron en la distribución por sexo que también fue más frecuente su prescripción a las mujeres (Gráfico 3).

Gráfico 3. Prescripción según tipo de psicofármacos por sexo



Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Farmacia Centralizada de Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

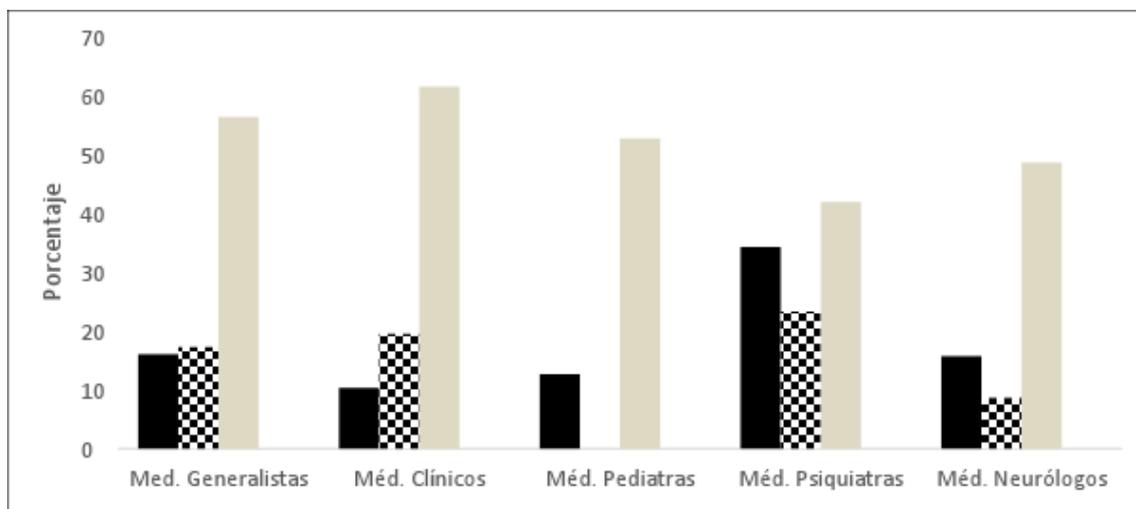
La distribución por sexo indicó que las mujeres recibieron el 60% de las prescripciones de medicamentos psicofarmacológicos mientras que los varones el 40%. Los resultados permitieron observar que los ansiolíticos fueron la principal indicación tanto en los varones como en las mujeres. Aunque para las mujeres el segundo lugar lo ocuparon los antidepresivos; mientras que para los varones el segundo grupo lo concentraron los medicamentos antipsicóticos.

La prescripción conforme el perfil del profesional que realizó la indicación se analizó tomando en cuenta la relación entre el grupo de medicamentos y la formación o especialidad médica. Los médicos neurólogos representan un grupo muy menor en atención primaria, sólo hay en dos centros de salud, y son quizás los más grandes.

Para todas las especialidades médicas fueron los ansiolíticos el grupo de psicofármacos más prescritos. No sucedió lo mismo con las otras categorías de psicofármacos donde se observaron diferencias ligadas al perfil de la formación del profesional. Mientras que los medicamentos antipsicóticos tienen una mayor magnitud de prescripción por parte de los psiquiatras; los antidepresivos se hallaron en forma más o menos similar entre médicos clínicos y médicos generales, al igual que los medicamentos antipsicóticos para esas dos especialidades. Se identificó asimismo la prescripción de ansiolíticos

por parte de médicos pediatras siendo estos responsables de la atención de la población infantil, hasta los 12 años de edad.

Gráfico 4. Prescripción de psicofármacos según especialidad médica



Fuente: Elaboración del estudio conforme información de Farmacia Centralizada de Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

## 5 LAS CONCLUSIONES Y LA DISCUSIÓN

### 5.1 Claroscuro de la accesibilidad a los psicofármacos en Atención Primaria

En el marco de los resultados obtenidos se señala que la cobertura de los medicamentos esenciales en salud mental en la población de Rosario es muy amplia y que esto podría ubicarse como un logro de los años de expansión y de consolidación de la atención primaria a nivel local.

Se puso en evidencia, asimismo, la existencia de dispositivos y normas institucionales que favorecen la accesibilidad a los psicofármacos; es decir que en ese sentido, y conforme un parámetro de equidad, podría sostenerse que la población de Rosario tiene garantía de acceso a la disponibilidad de estos medicamentos; y que la distribución territorial que se visualiza en la provisión y prescripción de estos medicamentos se halla consolidada. Sin duda podría profundizarse en la evaluación de la heterogeneidad territorial, que no se halla necesariamente ligada a condiciones epidemiológicas, sino más bien podría

estar ligada a la cantidad de profesionales prescriptores, al número de centros de salud, a la magnitud de la población que se asisten en cada centro, es decir a un sinnúmero de variables, que merecerían mayor detenimiento.

En coincidencia con otros estudios la mayor magnitud de prescripciones estuvo dada en el grupo de mujeres. Tal situación podría estar directamente relacionada con que constituyen la principal proporción de usuarias de los centros de salud. Sin embargo, las características diferenciales del tipo de psicofármaco que éstas reciben y la situación de ser blanco de un mayor número de prescripciones merecerían ser profundizadas. (VEDIA URGELLA et al., 2005; KANTORSKI et al., 2011)

Fue considerable la frecuencia de medicamentos psicofarmacológicos prescritos en el conjunto de los centros de salud. La magnitud de medicamentos se concentró en tres grupos principales: ansiolíticos, antipsicóticos, y antidepresivos y fueron variadas las especialidades profesionales que operaban como prescriptores. Ello parece ser indicativo que las intervenciones sobre los problemas de salud mental están involucrando a un conjunto de profesionales de la salud que no son sólo aquellos con formación especialidad en el campo de la salud mental.

En base a esa información y atendiendo a los criterios de mejoramiento de la calidad de la atención en salud mental, podría ser de utilidad considerar los procesos de formación de los profesionales que generan las prescripciones; y a partir de ello establecer cuáles son las necesidades de formación que estos grupos tienen conforme su especialidad, las características epidemiológicas de los grupos de población y los problemas de los usuarios a los que brindan asistencia.

El conjunto de hallazgos coloca la necesidad asimismo de debatir algunos interrogantes y contradicciones que el acceso y la facilitación de obtención de la medicación supone para los servicios de salud y para la situación de salud de la población.

En primer lugar, se formula un interrogante respecto de la calidad de los procesos de cuidado y de las decisiones terapéuticas referidas a la indicación de psicofármacos. Podría ser necesario revisar con más detenimiento los

criterios diagnósticos a partir de los cuales se realizan las indicaciones de consumo de los medicamentos. Pero sobre todo, y en virtud de los tiempos prolongados en que las personas reciben la indicación de utilización de psicofármacos, merecería mayor detalle identificar cuáles son las instancias de evaluación y re-evaluación diagnóstica que permiten el cese en el uso de la medicación. Esto significa interrogar los criterios de curación o las estrategias terapéuticas con que se responde al malestar o a los padecimientos de los usuarios que consultan en los centros de salud. La observación de la dinámica de estas organizaciones podría indicar que, en muchos casos, se producen procesos de renovación automática de las prescripciones generando así largos períodos de consumo.

Estos hallazgos podrían ser indicativos de la brecha entre los principios declamatorios de los derechos y su efectivo ejercicio. Conforme establece el artículo 12 de la Ley Nacional Nº 26.657 la indicación y renovación de prescripciones de medicamentos debería realizarse siempre acompañada de evaluaciones profesionales, y promoviendo que estas además sean de carácter interdisciplinario. De manera que la preocupación gira en torno de que una mayor accesibilidad no conduzca a naturalizar la cronicidad en los problemas psíquicos.

En segundo lugar, sería importante destacar la existencia de normativas que valen para el consentimiento informado de las personas en relación con la atención que reciben, a la información que se les brinda, a las estrategias y alternativas terapéuticas que se les proponen y a los efectos perjudiciales que pueden generar las decisiones terapéuticas que incluyen tratamientos psicofarmacológicos. Estudios recientes en Brasil ligados al creciente uso de psicofármacos tanto en su cantidad cuanto en la duración de las terapias mostraron que muchas veces el tratamiento se reduce a la prescripción de estas drogas, y que la comunicación entre profesionales de salud y usuarios en cuanto al tratamiento es deficitaria. Son reveladores asimismo del bajo conocimiento que los usuarios tienen respecto de los motivos de la medicación, del tiempo en que hacen deberían hacer uso de ella y del bajo nivel de autonomía para las decisiones sobre su propio tratamiento (ONOCKO, 2012).

En este sentido, la Ley N° 26657 en el capítulo IV que enumera los derechos de las personas con padecimiento mental, especifica que las personas deben ser informadas de manera adecuada y comprensible de los derechos que las asisten y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado. También agrega que las personas tienen derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. Y de manera explícita en el capítulo V señala que rige el consentimiento informado para todas las intervenciones, de manera que está incluyendo, sin duda, la indicación de psicofármacos. Estos aspectos normativos, y de protección de los derechos requerirían una mirada más detenida que permitiera evaluar en qué medida se están implementando, y si rigen de manera efectiva al momento de indicar tratamiento con psicofármacos. Se vinculan asimismo con el principio de equidad en el acceso a la información y a la comunicación que se establece a partir del vínculo terapéutico y que instituye un valor que cualifica y jerarquiza la relación entre usuarios y profesionales en los servicios de salud.

Por último, en tercer lugar, merece detenerse en un aspecto conflictivo y contradictorio que refiere a la medicalización del sufrimiento psíquico. Aunque el proceso que permite tanto establecer un diagnóstico como indicar una medicación es un acto sanitario-técnico, no puede desconocerse la subordinación que ese acto mantiene respecto de la hegemonía de la industria y las corporaciones farmacéuticas. Se instala una relación de carácter asimétrica no sólo entre usuarios y profesionales, sino también de estos últimos con la industria de medicamentos y los ámbitos donde se produce el conocimiento farmacológico. Resulta crucial debatir sobre las características contradictorias y paradójicas que parecen establecerse entre las posibilidades efectivas de acceso a la medicación, como expansión y cumplimiento de servicios de salud mental integrados en la estrategia de atención primaria, y el proceso social creciente, cada vez más aumentado, de intervenir medicalizando la vida cotidiana de las personas. Conforme señalan otros estudios en Latinoamérica, se trata de reflexionar sobre la características y el compromiso de los servicios de salud en torno de las respuestas que se

elaboran sobre los procesos vitales como la vejez, la sexualidad, el dolor y la muerte y las circunstancias sociales y políticas vinculadas a la violencia, la incertidumbre, el trabajo etc., todos ellos productores de sufrimiento (LIMA et al., 2008; KNOBLOCH, 2015; AMARANTE, 2015).

En tal sentido la información obtenida y el análisis de los procedimientos de accesibilidad a los psicofármacos, muestran la necesidad de mantener activa la reflexión y la valoración de las condiciones favorables de acceso y equidad en el abordaje de los problemas de salud mental, como de identificar los procesos socio-culturales en que se deciden e implementan las estrategias sanitarias en atención primaria. Las ansiadas transformaciones en el campo de la salud mental no pueden ser reducidas a intervenciones asistenciales en las personas con sufrimiento mental, sino que es imprescindible que integren acciones más allá del campo de los servicios de salud, y que comprometan los espacios sociales, culturales, económicos, políticos, que intervienen en la producción del malestar y el sufrimiento psíquico.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Liz María; COUTINHO Evandro; PEPE Vera Lucia. Consumo de Psicofármacos em uma Região Administrativa do Rio de Janeiro: A Ilha do Governador. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, n.1, p5-16, 1994. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a02>

ANDRADE, Marcia de Freitas; GARCIA DE ANDRADE, Regina Celia; DOS SANTOS, Vania. Prescrição de Psicotrópicos: avaliação das informações contidas em Receitas e notificações. *Revista Brasileira de Ciências Farmacéuticas*, v.40, n4, p471-479, 2004. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n4/v40n4a04.pdf>

CALDAS DE ALMEIDA José Miguel. Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas. En: Rodríguez J. (ed.) *La*

*reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas.* Washington: OPS. 2007. p21-43.

CASTEL, Robert. *La metamorfosis de la cuestión social.* Buenos Aires: Paidós, 1997.

CAPONI, Sandra. *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada.* Buenos Aires: Editorial Lugar, 2015.

CONRAD, Peter. Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En David Ingleby (ed.) *Psiquiatría Crítica: La política de la salud mental.* (p. 129-154). Barcelona: Crítica-Grijalbo. 1982.

FALCÃO, Isabel Marinho; MONSANTO, Ana; BALTAZAR Nunes, J; MARAU Josefina FALCÃO, José Marinho. Prescrição de Psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede médicos-sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* v. 23, n1,p17-30, 2007.

FARAONE, Silvia; BARCALA, María Alejandra; TORRICELLI, Flavia; BIANCHI, Eugenia; BALLESTEROS, Isabel; LÓPEZ CASARIEGO, Virginia; et al. Medicalización/medicamentación de la infancia: acerca de las prácticas y discursos médicos. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencia Sociales, 2009.

FOUCAULT, Michel. *La vida de los hombres infames.* Buenos Aires: Editorial Altamira, 1996.

FOUCAULT, Michel. *Los Anormales.* Argentina: Fondo de Cultura Económica, 2000.

FREITAS, Fernando y AMARANTE, Paulo. *Medicalização em Psiquiatria.* Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015.

GALENDE, Emiliano. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós, 1994.

GERLERO, Sandra; AUGSBURGER, Ana Cecilia; DUARTE, Paula; YANCO, Débora Ingrid y GÓMEZ, Raúl. Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud de grandes centros urbanos en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. v.2, n9, p24-29, 2011. Disponible en: <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-IX.pdf>.

ILLICH, Iván. *Némesis Médica: la expropiación de la salud*. México: Barral editores. 1975.

IRIART, Celia e IGLESIAS RÍOS, Lisbeth. Biomedicalización infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 16 (43), 1011-23. 2012. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop5112.pdf>

KANTORSKI, Luciane Prado; JARDIM Vanda Maria da Rosa; PORTO, Adrize Ruth; SCHEK, Gabriele; CORTES, Jandro Moraes. y OLIVEIRA, Michele Mandagara. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v.45, n6, p1481-7, 2011.

KNOBLOCH, Felicia. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicología USP*, v.26, n2, p169-174, 2015. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140015>

LÓPEZ-PEIG, C.; SERRANO-FUENTES, R.C.; VALVERDE-TRILLO, A.; CASABELLA-ABRIL, B. y MUNDET-TUDURÍ X. ¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicotropos en atención primaria? *Atención Primaria*,

v.37, n.8,p446-451, 2006. Disponible en:<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-quien-controla-los-enfermos-tratados-13088884#elsevierItemBibliografias>

MIELKE, Fernanda Barreto; OLSCHOWSKY, Agnes. Acciones de salud mental en la estrategia salud de la familia y las tecnologías en salud. *Escuela Anna Nery*, v.1, n.4, p762-768, 2011.

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN. Secretaría de Derechos Humanos. *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación, 2013.

NOTO, Ana Regina; CARLINI, Elizaldo.; MASTROIANNI, Patricia; ALVES, Vanete GALDURÓZ, José Carlos; KUROIWA, Wagner; et al. Analysis of prescription and dispensación of psychotropic medications in two cities in the State of Sao Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, n.2, p68-73, 2002. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n2/a06v24n2.pdf>

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresita; PALOMBINI, Analice de Lima.; SILVA, André do Eirado; PASSOS, Eduardo; LEAL Erotildes Maria; SERPA JÚNIOR, Octavio Domont; et al. Adaptación multi-céntrica del guía para la gestión autónoma de la medicación. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 16,n.43, p967-80, 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Declaración de Alma-Ata. 1978. Disponible en:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=2518](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. 2007. Disponible en:

[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primeria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La APS más necesaria que nunca. Resumen del Informe sobre la salud en el mundo, 2008. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/summary\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf?ua=1)

RODRIGUEZ, María Aparecida; FACCHINI, Luis Augusto; y SILVA DE LIMA Mauricio. Modifications in psychotropic drug use patterns in a Southern Brazilian city. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p1-7, 2006. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/en\\_27123.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/en_27123.pdf)

SECADES VILLA, Roberto; RODRÍGUEZ GARCÍA, Elías.; VALDERREY, Julio; FERNÁNDEZHERMIDA José.; VALLEJO SECO, Guillermo y JIMÉNEZ GARCÍA, Juan. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*; v. 15, n. 4, p650-655, 2003.

SOUSA SANTOS, Boaventura. *Derechos Humanos, democracia y desarrollo*. Colombia: Editorial Dejusticia, 2014.

STOLKINER, Alicia. Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Revista de Medicina Social*, v.5, n1,p89-95, 2010.

VEDIA URGELLA, C.; BONET MONNEB, S.; FORCADA VEGA, C. y PARELLADA ESQUIUS, N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Atención Primaria*, v.36, n5, p239-47, 2005.