



Accesibilidad a los Servicios de Salud Mental del Área Metropolitana de Gran Resistencia



Gobernador del Chaco

Cdr. Jorge Milton Capitanich

Vicegobernadora

Ab. Analia Rach Quiroga

Ministra de Salud Pública

Dra. Carolina Centeno

Subsecretaría de Salud Comunitaria

Entornos Saludables y No violentos

Lic. Josefina Bittel

Dirección de Salud Mental

Lic. Diego Collantes

Observatorio Provincial de Salud Mental

y Consumo de Sustancias

Equipo técnico:

Lic. Diego Rotundo

Lic. Julieta Kraemer

C.Social. Natalia Trecco

Acompañamiento y Revisión

Equipo Técnico del Observatorio Argentino de Drogas

Resumen

El presente trabajo de titulación expone el nivel de accesibilidad en el área metropolitana del Gran Resistencia -localidades de Resistencia, Fontana, Barranqueras y Puerto Vilelas- los servicios y efectores de Salud Mental, siendo éste el objetivo principal de la investigación.

Los objetivos específicos de la misma, han sido la caracterización de las diversas dimensiones de la accesibilidad entre las cuales se hallan la dimensión geográfica, económica, simbólica y organizacional. El otro objetivo ha sido detectar y realizar un análisis de las barreras que dificultan el acceso; estas barreras se desprenden de las anteriores categorías. Por último se ha intentado estimar el grado de información de los y las ciudadanas respecto de los dispositivos de salud mental.

Los datos de la investigación han sido recabados mediante la herramienta de google form, a partir de la cual se ha realizado un cuestionario autoadministrado a personas del área metropolitana.

La investigación arroja en líneas generales que la accesibilidad a los efectores de Salud Mental es posible en varios ejes de sus dimensiones, denotando la cercanía entre el estado y la población en las mismas. Aunque se han hallado ciertas barreras en todas las dimensiones estudiadas en esta investigación. Al respecto se aduce que las lógicas de la organización institucional no logran sincronizar con las necesidades de las personas; debiéndose adaptar a las disposiciones de la institución para lograr acceder al derecho a la salud.

Palabras Clave: Derechos Humanos- Salud mental- Accesibilidad.

Abstract

The present degree work exposes the level of accessibility in the metropolitan area of the Great Resistance -localities of Resistencia, Fontana, Barranqueras and Puerto Vilelas- to the services and effectors of Mental Health, this being the main objective of the research.

The specific objectives of the same have been the characterization of the various dimensions of accessibility among which are the geographical, economic, symbolic and cultural dimension. The other objective has been to detect and carry out an analysis of the barriers that hinder access that arise from the previous categories and finally to estimate the degree of information of citizens regarding mental health devices.

The data of the research have been collected through the google form tool, from which a self-administered questionnaire has been carried out to people in the metropolitan area.

In general terms, the research shows that accessibility to mental health providers is possible in several of its dimensions, showing the closeness between the state and the population in these dimensions. However, certain barriers have been found in all the dimensions studied in this research. In this regard, it is argued that the logics of the institutional organization are not able to synchronize with the needs of the people; having to adapt to the provisions of the institution to achieve access to the right to health.

Keywords: Human Rights- Mental Health- Accessibility

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....pág.7

Capítulo I

1. Estado del Arte/Antecedentes.....pág. 8

Capítulo II

2. Marco Teórico.....pág 13

2.1. Hacia un nuevo paradigma.....pág 13

2.2. Accesibilidad y Equidad.....pág 16

2.3. Efectos: ¿los accesos están garantizados?.....pág 16

2.4. Distinciones necesarias.....pág 16

2.5 La accesibilidad como concepto en
el ámbito de la salud.....pág 19

Capítulo III

3. Metodología.....pág 21

3.1. Problema de investigación

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo principal

3.2.2. Objetivos secundarios

3.3. Implicancias y problemas de investigación

Capítulo IV

4. Resultados.....pág 24

4.1. Descripción de la población alcanzada

4.2 Dimensión geográfica

4.3 Dimensión administrativa-organizacional

4.4 Dimensión Simbólica-cultural

4.5 Dimensión Económica

4.6 Grado de información de los y las ciudadanas respecto de la red de Promoción, tratamiento y cuidado en salud mental

Capítulo V

5. Conclusiones finales.....pág. 48

6. Sugerencias para el fortalecimiento de políticas públicas en salud mental.

7. Referencias Bibliográficas.....

Introducción

El observatorio provincial de salud mental y consumos de la provincia del chaco desarrolló el Primer Sondeo de Accesibilidad los Servicios de Salud Mental del área metropolitana de la ciudad de Resistencia. La recolección de los datos se realizó en el periodo diciembre (2021) -mayo (2022) a través de un cuestionario autoadministrado por medio de la plataforma google form. El mismo fue difundido a través de las redes sociales del Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Salud Comunitaria Entorno Saludables y No Violentos y Dirección de Salud Mental de la Provincia del Chaco. Potenciando su difusión a través de medios de información local (portales de noticias, programas de tv y radio).

Esta investigación arroja información respecto de la accesibilidad de la ciudadanía a los dispositivos y servicios de salud mental en el área metropolitana, tomando ésta como un concepto de base para la construcción de un estado justo e igualitario. Se realizó entonces una investigación a la opinión y/ o percepción respecto de la accesibilidad a servicios de salud mental, entendiendo esto como un derecho básico a ser garantizado por el Estado. Pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000).

CAPÍTULO I

1- Antecedentes- Estado del Arte

Para comenzar, se expondrán un total de cinco investigaciones que abordan la temática vinculada a la salud y a la accesibilidad.

Se dispondrá y ordenará la información de manera tal que el lector logre captar la esencia e importancia de estos antecedentes; a la par que acercándonos a la mayor concordancia y convergencia con esta investigación daremos cuenta de la importancia de su realización, y fundamentalmente de su pertinencia debido a que, si bien existen en Latinoamérica y en Argentina diversas investigaciones que nuclean los conceptos de accesibilidad y salud mental, ninguna se ha realizado en el NEA, ni tampoco en la zona metropolitana de Resistencia-Chaco.

Desde el Departamento Medicina Legal Poder Judicial de la Universidad de Costa Rica, Flores-Sandí Grettchen (2012), en un artículo titulado "*Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud*", definen la accesibilidad como *la relación entre los servicios de salud y los usuarios en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse* (Flores-Sandí 2012). Los autores plantean la necesidad de comprender la dinámica de los elementos implicados en el acceso a la asistencia sanitaria (tales como las desigualdades y la equidad en salud, la vulnerabilización de ciertos grupos, los factores determinantes de su salud y las dimensiones del acceso a los servicios) y determinar el papel de la gestión para mejorar el acceso. Como aspectos cruciales se identifican: la disponibilidad de evidencia sobre desigualdad en el acceso, el liderazgo local efectivo, la identificación de una intervención apropiada, el control y evaluación de gestión e impacto y la identificación de recursos adicionales que contribuyan a eliminar la exclusión.

Se concluye que para lograr las mejoras en el acceso, es preciso comprender que quienes prestan la atención directa a los usuarios y los propios pacientes

son elementos clave a considerar en la dinámica de la atención y esto requiere a su vez del compromiso de las autoridades sanitarias, considerando el derecho a la salud como un tema transversal de las intervenciones destinadas a incrementar el acceso a los servicios.

En Ecuador, Edgar Javier Panchi Quinatoa (2016), en *"Accesibilidad a los servicios de salud de personas con discapacidad desde la perspectiva de los usuarios en la unidad especializada fisco misional "Nuestra señora del Carmen" en los Ríos- Urdaneta-Riacaurte"*, pretende analizar desde la perspectiva de las personas con discapacidad que asisten a un dispositivo, del personal de salud y el personal docente, las barreras que perciben para que personas con discapacidad puedan acceder a los servicios salud. Realiza esta investigación que utilizó métodos de carácter cualitativo como el trabajo de campo, la observación participante y entrevistas a profundidad entre los meses de Febrero y Marzo del año 2016 recolectando 18 entrevistas, el análisis se realizó mediante el enfoque etnográfico, el cual expone como principales barreras la falta de recursos económicos, largas distancias para encontrar atención de especialidad, falta de recursos humanos específicamente especialistas en diferentes áreas médicas acompañado de otros factores como mala calidad de caminos para trasladarse a los centros de salud, transportes inaccesibles para personas con discapacidad, deficiente relación médico paciente, inadecuada educación sanitaria, y largos periodos de tiempo para acceder a citas médicas, concluyendo en la falta de acceso a la salud para el colectivo tomado como muestra de estudio.

En la ciudad de Rosario Gerlero, Augsburger , A. , Duarte , M. , Gómez , R., & Yanco, D. (2011) investigan *"La salud mental y atención primaria en su dimensión vinculada a la accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud de Argentina"*. El objetivo ha sido evaluar la accesibilidad a los servicios de salud mental en grandes centros urbanos de la Argentina. Para ello han realizado un estudio multicéntrico (Ciudad de Buenos Aires,

Córdoba, Paraná y Rosario) en 2010, que articuló abordajes cuantitativos y cualitativos.

Como resultado general obtienen y plantean que la expansión de los servicios de salud mental en la atención primaria y su integración en servicios de salud general señalan una dirección ya consistente asumida en las políticas sanitarias.

Los procesos de territorialización contribuyen a facilitar la accesibilidad a los cuidados requeridos. En las ciudades analizadas se ha sostenido en los últimos años un incentivo estratégico para favorecer la accesibilidad de la población a los cuidados de salud mental y se ha impulsado, según cada contexto político-sanitario y bajo diversas modalidades, la expansión de la red de servicios, la ampliación de las prestaciones y la integración de los cuidados específicos a la atención primaria. Sin embargo, siguen existiendo desafíos y deudas.

Por otro lado, Cecilia Carolina Carrizo Villalobos (2014) trabaja en Alta Gracia, acerca de la *"Accesibilidad a los servicios de Salud mental con perspectiva de género"*, teniendo como objetivo principal de esta investigación, identificar los obstáculos y facilitadores de Accesibilidad a los Servicios de Salud Mental del Primer y Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Alta Gracia de las personas con identidades LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros e Intersexuales). A tal efecto, se trabajó desde la Metodología Cualitativa con un Estudio de Tipo Interpretativo y se realizaron entrevistas en profundidad a tres grupos de personas: profesionales de los equipos de Salud Mental, Organizaciones Socio-Políticas de Diversidad de Género y personas que se autodefinen como LGBTI. Las principales conclusiones de este estudio dan cuenta de una mayor cantidad de obstáculos en la Accesibilidad Psico-Socio-Cultural a los Servicios de Salud Mental por parte de las personas LGBTI, se identificaron como principales factores: las características asistenciales y heteronormativas de las Políticas Públicas de Salud, el desconocimiento de las perspectivas de diversidad de Género de los equipos de Salud Mental y el desencuentro/invisibilización

entre las Organizaciones Socio-Políticas de Diversidad de Género y los Servicios de Salud Mental.

Por último, y abordando la temática de forma más específica Bocco y Galíndez (2018), en una investigación titulada: "*el derecho a la atención en salud mental: un análisis desde la accesibilidad*", estudian la accesibilidad a partir del nuevo enfoque propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Plantean que en este marco, la accesibilidad a los servicios de salud mental se torna relevante al momento de establecer aquellas condiciones de posibilidad que permitan la paulatina sustitución del modelo centrado en el hospital monovalente. El objetivo general de la investigación fue analizar la accesibilidad a efectores públicos de salud mental pertenecientes a la Zona de Integración Sanitaria "C" de la Provincia de Córdoba. Como objetivos específicos se establecieron: distinguir las dimensiones de la accesibilidad; identificar barreras a la accesibilidad; especificar las características locales que adquiere el proceso de atención en salud mental en la zona delimitada. Metodología: Metodología cualitativa con diseño exploratorio. Las unidades de análisis fueron 6 (seis) efectores públicos pertenecientes a la zona "C" y la unidad de observación contempló los datos obtenidos mediante entrevistas realizadas a autoridades, trabajadores y usuarios de los servicios. Como resultado, se ha reconocido a la accesibilidad como un proceso complejo que involucra las dimensiones geográfica, económica, administrativa y simbólica. Las mismas delimitan oportunidades, a la vez que imponen barreras en el acceso a las prestaciones. En el contexto local, se ha evidenciado la presencia perdurable del hospital psiquiátrico como centro del engranaje asistencial, al tiempo que se han reconocido diferentes procesos de readecuación de la atención.

Por lo antes expuesto, podemos dar cuenta que al momento no existen investigaciones sobre la accesibilidad a los servicios de salud mental en

nuestra provincia, puntualmente con la especificidad del área metropolitana del gran resistencia.

CAPÍTULO II

2- MARCO TEÓRICO

En este apartado, detallaremos la conceptualización teórica que ha servido de apoyatura para dicho trabajo. Definiremos entonces, la accesibilidad en sus diversos matices y dimensiones. Para tal fin, realizaremos un recorrido que aborda de manera breve el cambio de paradigma en salud mental desde la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) promulgada desde el 2010.

2.1. Hacia una un nuevo paradigma

El cambio de paradigma de atención en salud mental (LNSM 26.657/2010) pone el foco en la importancia de abordar el proceso de atención y cuidado en cercanía del barrio en donde la persona vive y en la protección de los derechos de las personas con problemas en salud mental. Además, enfatiza que los abordajes sean de carácter interdisciplinarios y cuyas estrategias terapéuticas sean en articulación con otras áreas del estado y de la sociedad civil, basadas en los principios de la atención primaria.

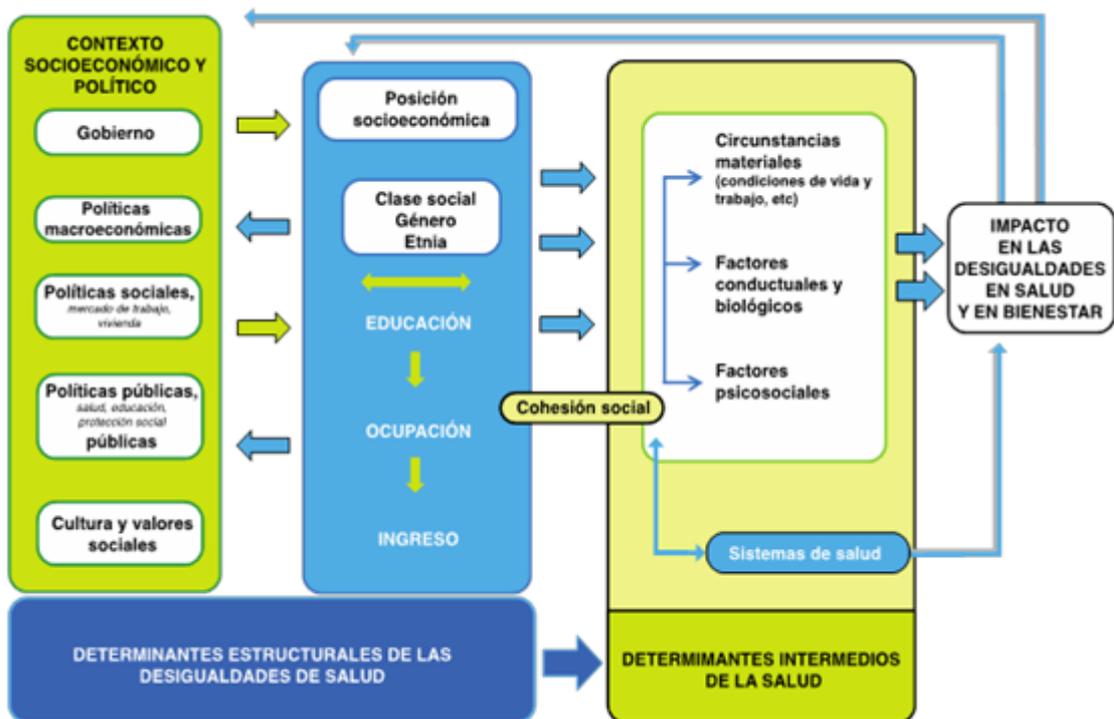
La Ley Nacional N° 26.657 da cuenta del compromiso asumido por el Estado para avanzar en la transformación del modelo manicomial hacia abordajes territoriales articulados desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). En este marco, la accesibilidad a los servicios de salud mental se torna especialmente relevante al momento de establecer aquellas condiciones que posibiliten la paulatina sustitución del modelo centrado en el hospital monovalente- como forma de abordaje hegemónico de los

padecimientos subjetivos- a abordajes comunitarios centrados en la persona.

2.2. Accesibilidad y Equidad

Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, en el documento *Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses (1974)*, enunció un modelo que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores:

- El medio ambiente
- Los estilos y hábitos de vida
- El sistema sanitario
- La biología humana



1

¹ De La Guardia Gutiérrez, M Y Ruvalcaba Ledezma, J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria (2020).

Con el movimiento de la medicina social o "Salud Colectiva" se comienza a debatir y pensar el fenómeno de la salud relacionada con las condiciones sociales. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008 definió a los Determinantes Sociales de la Salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud"².

Si definimos a la inequidad como "desigualdad injusta y evitable, modificable por las políticas públicas" (Schneider y otros, 2002), la equidad consistiría en la posibilidad de superarla (Whitehead, 1992).

Varios autores sostienen la argumentación que el camino para avanzar hacia procesos de mayor equidad requiere una distribución de recursos -a través de una discriminación positiva- que favorezca a los más perjudicados y disminuya las desigualdades que resulten de factores que se encuentran por fuera del alcance y el control individual (García, E y otros, 2021).

El desafío sería el de incorporar en la definición de equidad las diferencias entre las personas, no solamente vinculadas a sus condiciones sociales sino también a las sanitarias "de esta manera una acción equitativa en el campo de lo sanitario debería proporcionar a cada persona la satisfacción de sus necesidades sociales y atención de su padecimiento físico (o subjetivo)". La equidad sanitaria debe ser abordada de manera integral -no sólo responsabilidad de un sector, en este caso salud- y trabajada desde el ámbito más amplio de la justicia social, incluyendo la distribución económica y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y libertad humana.

Entonces, la equidad en salud enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son el resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud (OMS). Por ello, la

2

equidad en salud está directamente vinculada a la identificación de necesidades de los distintos colectivos sociales con el propósito de garantizarles las mismas oportunidades, a través de las políticas públicas y acciones sanitarias destinadas a minimizar los factores que producen esas desigualdades.

2.3. Efectos: ¿los accesos están garantizados?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el derecho a la salud abarca cuatro elementos fundamentales: disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad. En esta aproximación comenzaremos por escuchar que opinan los y las ciudadanas que utilizan -o no- los servicios públicos de salud mental tomando en cuenta las cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad administrativa, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.

La accesibilidad la hemos definido como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.

El proceso de territorialización cumple una función crucial si se pretende mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, organizacional, económica y social de las personas con problemas en salud mental. Conceptualizaciones recientes lo definen como un espacio social de vida de una población y un área de actuación de un equipo o un servicio que tiene por misión materializar la acogida, el vínculo con las personas y las condiciones indispensables para garantizar un tratamiento, en la medida que éste esté disponible en cualquier momento.

2.4. Distinciones necesarias

El reconocimiento de que la salud es un derecho humano, y la equidad debe regir las políticas y sistemas de salud en vista de mejorar el desarrollo humano y social (OPS 2007). Si bien nuestro país ha trazado en los últimos años lineamientos y acciones que estimulan la inclusión de la salud mental

en el marco de políticas sanitarias más integrales, se expresan fuertes inequidades en el cuidado y la protección de la salud de las distintas poblaciones; son recurrentes las dificultades de acceso y obtención de prestaciones continuadas de salud mental por la persistencia de déficit en áreas urbanas de servicios de atención primaria y modelos descentralizados de atención sustentados sobre bases comunitarias. (Gerlero et. al. 2010)

Una primera condición para que las personas accedan, sin distinción, a satisfacer su necesidad de atención médica es la disponibilidad, es decir, contar con centros de atención médica, servicios de salud y personal que atienda las necesidades de la población.

Ahora bien, la sólo existencia del servicio no significa que la persona realmente pueda hacer uso de él. En la accesibilidad a los servicios de atención médica interactúan condiciones como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios Testa (1995) refiere a la accesibilidad como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad. El mismo concepto ha sido definido también como "el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios" (Barcala & Stolkiner, 2000 p. 282).

Para su abordaje analítico, a partir de Stolkiner (2006), la categoría "accesibilidad" fue desagregada en las siguientes cuatro dimensiones:

- **Accesibilidad Geográfica:** Vinculada a la posibilidad de traslado hacia el centro de salud, a través de los distintos medios de transporte. Es definida como la facilidad con que el paciente puede utilizar el servicio en el momento en que lo desee o necesite.

●**Accesibilidad Económica:** es aquella que involucra la capacidad de pagar los costos que implica el servicio (desde el traslado hacia la consulta, hasta el acceso a medicamentos y horas con especialistas). Posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos. Capacidad financiera para acceder a los servicios.

●**Accesibilidad Administrativa - Organizacional:** dimensión que ha mostrado ser la de mayor densidad. Relacionada a las dificultades que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. Esta dimensión se refiere a los obstáculos que se originan en los modos de organización de los recursos de asistencia a la salud

●**Accesibilidad Sociocultural- Simbólica:** referida a la manera en que se perciben y se posicionan los actores involucrados en la relación asistencial estudiada.

Los servicios de salud son productores de subjetividad, ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos. (Comes, 2006).

Entre la población que llega a los servicios de salud en situación de "intemperie" subjetiva y social y los/as trabajadores/as que también se encuentran en la intemperie institucional pero que se valen de sus saberes y principios éticos para hacer de la atención un lugar de "acogimiento" se produce un encuentro, dado fundamentalmente por la accesibilidad simbólica, expresada en lo que Stolkiner describió como "condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios".

La accesibilidad adquiere entonces una dimensión que es la subjetiva. Para este trabajo se la denominará simbólica aludiendo al universo simbólico construido por cada sujeto.

2.5 La accesibilidad como concepto en el ámbito de la salud

Según Comes, Yamila; Stolkiner, Alicia (2005) El concepto de Accesibilidad surge a partir de los años 60, en plena época de desarrollo del campo de la Salud Pública. Se trataba de un momento histórico en el que se consideraba la planificación como la herramienta para diseñar sistemas de salud y se otorgaba gran importancia al desarrollo de instrumentos técnicos dentro de la Salud Pública.

La herramienta de la accesibilidad, es utilizada por la mayoría de los investigadores y técnicos del Sistema de Salud para medir fenómenos. Algunos autores han desarrollado formulaciones matemáticas que operacionalizan dicho concepto. Estas formulaciones, en muchos casos, dan por sentado la definición de la misma, es decir, la citan en los textos sin precisar previamente que es lo que se entiende como accesibilidad.

G. Hamilton la define como *"la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole"*. (Hamilton 2001)

Se define entonces a la accesibilidad como la "posibilidad de ser atendidos" (Azevedo, 2001)". Otros autores incluyen que la atención debe ser de "manera oportuna".

La mayoría de los autores coinciden en que cuando alguna de estas dimensiones se transforma en un obstáculo, se lo denomina "barreras de accesibilidad".

Queda claro que en el concepto de accesibilidad se articulan dos actores del Sistema de Salud: los sujetos y los servicios y lo que se expresa en este concepto es la posibilidad que tienen los sujetos para acceder a los servicios cuando lo necesitan. Si esto es así, también se pondría de manifiesto, de parte de los servicios, la disponibilidad para contener "*sujetos necesitados de atención*".

La posibilidad de plantear en éstos términos es la que permite pensar que la accesibilidad se construye, por lo tanto el encuentro entre ambos actores es el que nos estará informando acerca de la calidad del vínculo.

Partiendo de estos supuestos la accesibilidad poseería una dimensión subjetiva que sería necesario investigar, es decir, en la posibilidad de acceso a los servicios de salud los sujetos y los mismos servicios reproducirían saberes construidos, sentires, percepciones, representaciones.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Problema de investigación:

¿Cuáles son los niveles de acceso a los efectores de salud de la ciudadanía del área metropolitana?

3.2 Objetivos de investigación:

3.2.1 Objetivo General:

Evaluar la accesibilidad a los efectores de salud respecto de los y las ciudadanas del área metropolitana.

3.2.2 Objetivos Específicos:

- Distinguir las dimensiones geográfica, organizacional, económica y simbólica de la accesibilidad, en los efectores públicos de salud mental investigados.
- Identificar barreras de accesibilidad
- Estimar el grado de información de los y las ciudadanas respecto de los dispositivos de salud mental

3.3. Implicancias y problemas de la investigación

Este apartado, pretende explicitar cuáles han sido las dificultades que el proceso mismo de investigación ha deparado. Entre ellas es importante destacar que la temática sondeada no ha resultado convocante a los encuestados, habiendo iniciado con una muestra poblacional de 600 personas y finalizado con el 65% de la muestra completa, lo cual nos

conduce a un margen de error irreductible de un 5.5% y un nivel de confianza del 95%.

Según el informe sobre "Acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación" (INDEC 2021)³ indican que en el cuarto trimestre -del 26 de septiembre al 18 de diciembre de 2021- se registró que el 64,2% de los hogares urbanos tiene acceso a computadora y el 90,4%, a internet. Además, los datos muestran que, en la Argentina, 88 de cada 100 personas usan teléfono celular y 87 de cada 100 utilizan internet. El cuadro 1⁴ nos permite observar el porcentaje de la población que tiene acceso a internet y, subraya que es el celular la tecnología de mayor uso. Con estos números, podríamos apresurarnos en afirmar que no existiría brecha tecnológica (si consideramos a esta sólo desde el aspecto de contar o no con alguna TICs) en el área metropolitana que pudiera justificar la baja participación en responder el sondeo de accesibilidad. Ahora, contar con la herramientas de comunicación ¿basta para afirmar que no existen barreras o brecha tecnológica? ¿Estamos todos en las mismas condiciones de aprender y manipular los nuevos formatos, las nuevas plataformas de comunicación?

Área Geográfica	Computadora		Internet		Tel. celular	
	Si	No	Si	No	Si	No
Gran Resistencia	44%	55.1%	83.3%	16.5%	86.5%	13.6%

Cuadro 1

³ Acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación. EPH Cuarto trimestre de 2021 Ciencia y tecnología Vol. 6, n° 1 (INDEC) -

https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/mautic_05_22843D61C141.pdf

⁴ Realizado con los datos arrojados del informe del INDEC- sobre Población de 4 años y más en hogares, por utilización de bienes y servicios de las TIC -celular, computadora o internet.

Por otro lado, pensando en los niveles de alfabetización al momento, sólo contamos con los datos del censo del 2010 en donde los indicadores muestran solo un 5,5 % de analfabetos en una población de 852.752 . Es muy probable que estos datos hayan cambiado como consecuencia tanto de la políticas neoliberales como de los efectos de la pandemia por covid-19.

Para la difusión del formulario se utilizaron las redes sociales más usadas en la Argentina (whatsapp, facebook e instagram- cuadro2). Además, se divulgó el propósito de la encuesta de opinión por el canal estatal: "chaco TV", radio nacional y portales de noticias como "Norte Digital".

Red social más usada en Argentina

	%
YouTube	95
WhatsApp	92
Facebook	90
Instagram	76

cuadro 2⁵

Debemos resaltar que ha sido de gran ayuda la difusión mediática del sondeo, aunque no suficiente. Por lo tanto, el equipo técnico del Observatorio de Salud Mental y Consumos de Sustancias se ha trasladado - en varias oportunidades- al Servicio de Salud Mental del Hospital Perrando, para administrar el formulario a usuarios/as y familiares para lograr aumentar la muestra poblacional.

Por último, se solicitó la colaboración de los dispositivos de salud mental que dependen de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud; los cuales

⁵ <https://www.way2net.com/2021/05/estadisticas-de-redes-sociales-en-argentina-2021/>

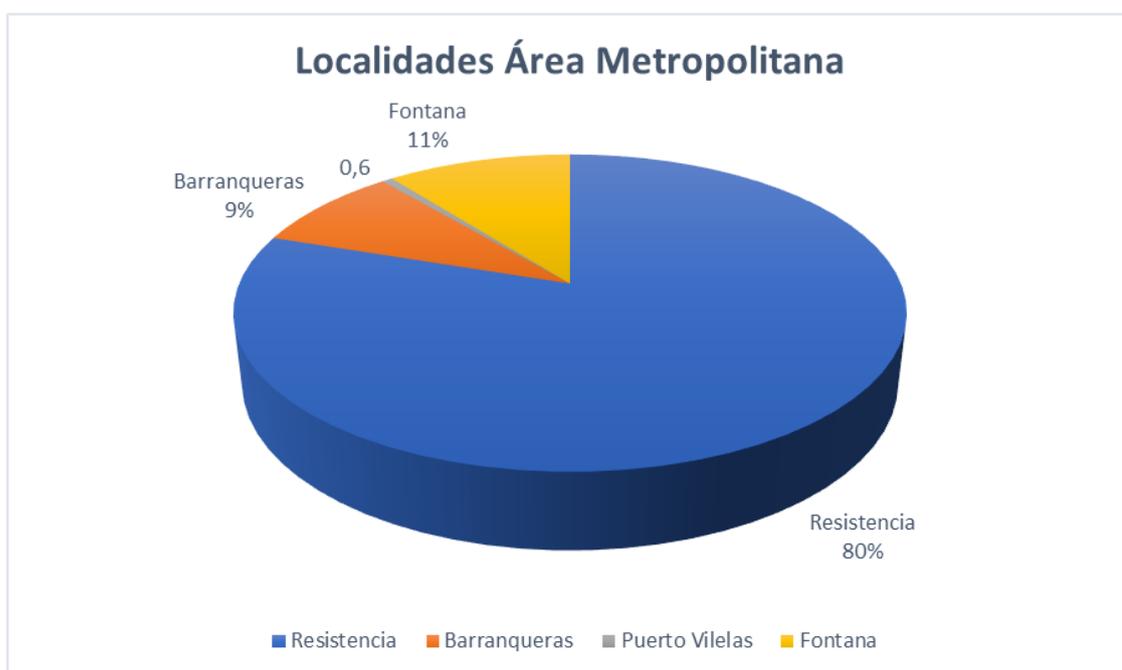
muy pocos publicaron desde sus redes sociales el link del sondeo; pudiéndose observar baja participación y aplicación del cuestionario desde

sus instituciones. Otra dificultad que se deberá sortear en próximas intervenciones, será la de evaluar la manera de vincular y hacerlos partícipe a los y las trabajadoras de los dispositivos en los objetivos, propósitos y metas de investigación.

CAPÍTULO IV

Resultados / Análisis de datos

Antes de comenzar a describir y analizar las diferentes dimensiones que hacen a la accesibilidad, debemos mencionar las localidades que han participado.

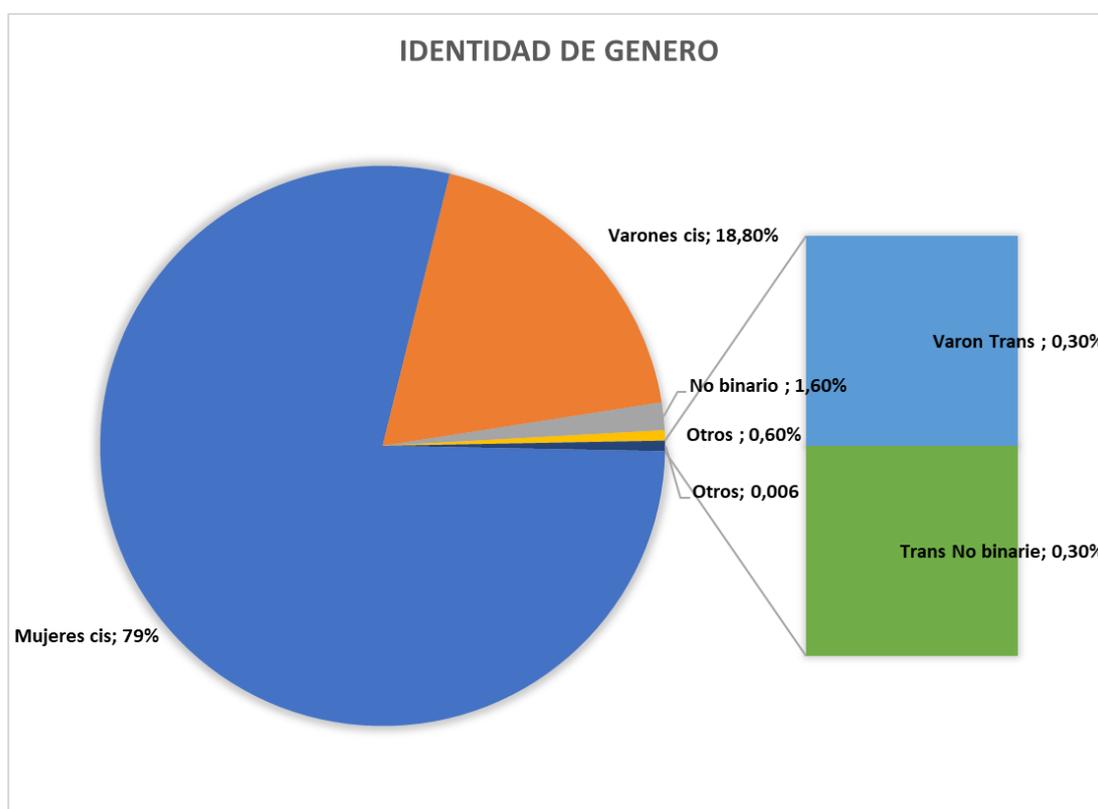
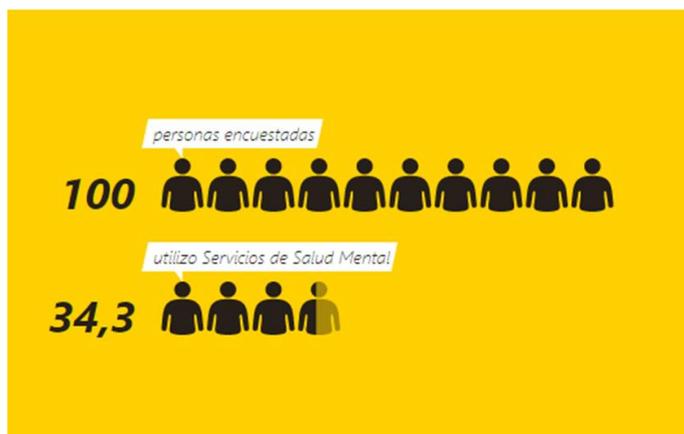


4.1 Descripción de la población alcanzada

En cuanto a los y las ciudadanas que han respondido 319 personas la encuesta, de las cuales podemos mencionar que han participado ampliamente las mujeres cisgénero⁶ (79%) y en menor proporción, los

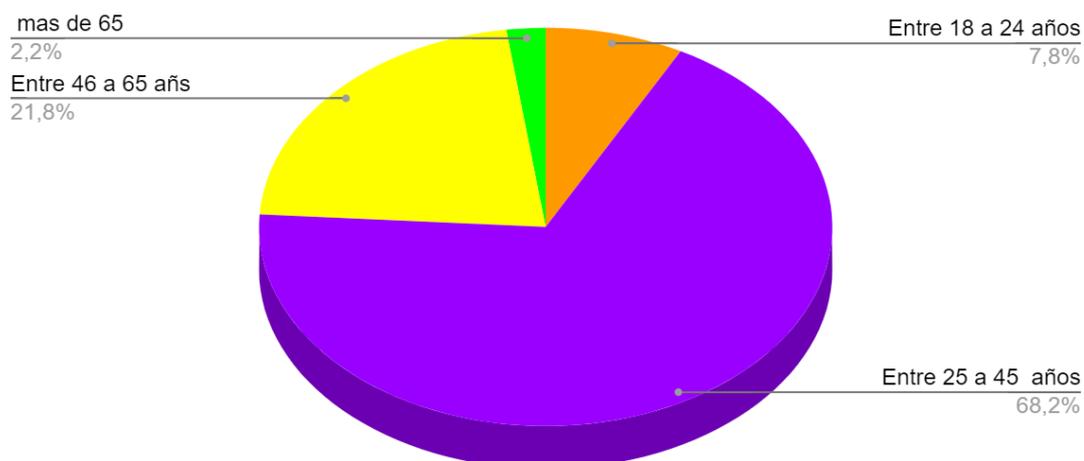
⁶ Cisgénero es una palabra utilizada para describir a una persona cuya identidad de género y sexo asignado al nacer son el mismo

varones cis con un 18.8%, no binarios con 1.6% , trans no binarie 0.8% y varon trans 0.3%



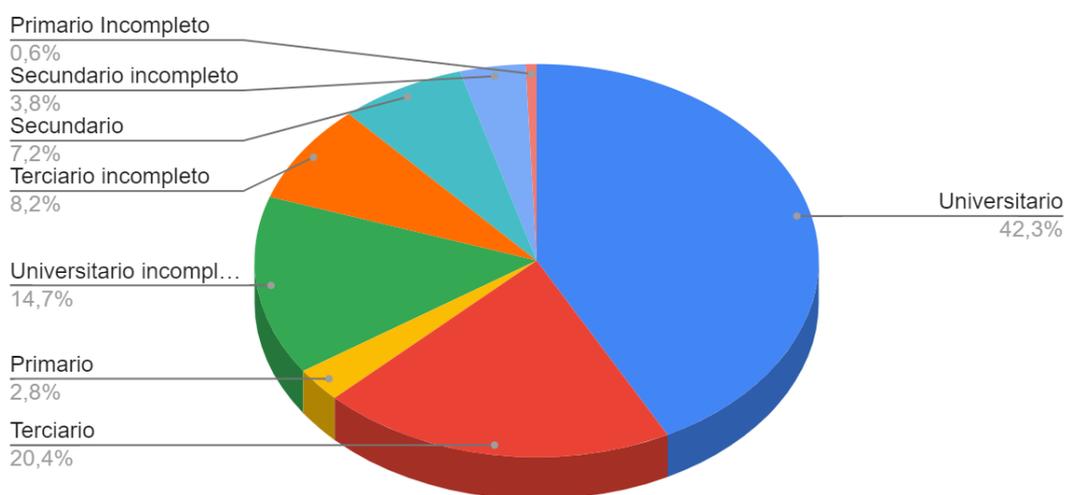
Otro dato que contribuye a describir la población que respondió el cuestionario, indica que más del 50% fueron adultos jóvenes cuyo rango de edad se encuentra entre 25 a 45 años. Le sucede en cantidad adultos de 46 a 65 con el 21.8% y en menor medida, jóvenes y adolescentes, al igual que adultos mayores de 65 años.

Rango de Edades



Respecto al grado o nivel de instrucción alcanzado, el 42.3% poseen estudios universitarios completos, le siguen en cantidad quienes han alcanzado el nivel terciario completo con 20.4% y universitarios incompletos con el 14.7%.

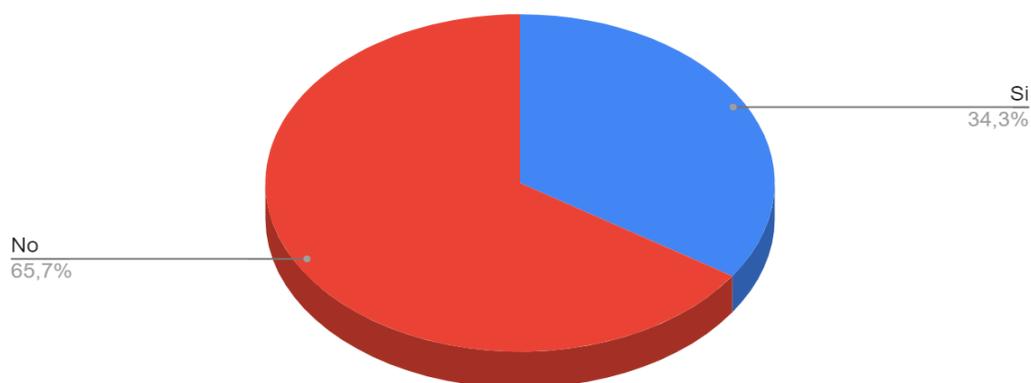
Nivel de Instrucción



Por lo tanto, se ha podido llegar en mayor proporción a las mujeres cis, jóvenes adultas que han completado su educación universitaria.

4.2 DIMENSIÓN GEOGRÁFICA

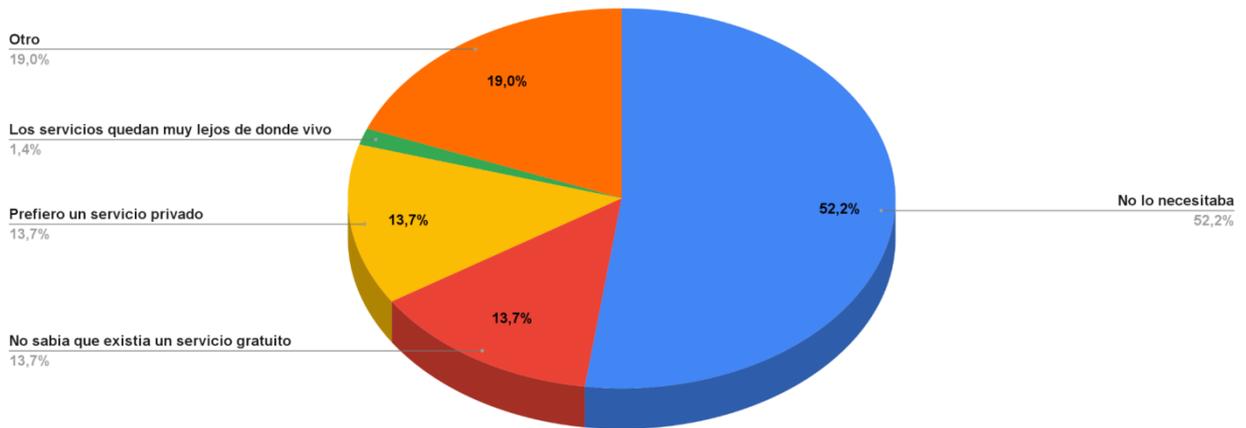
Utilizó alguna vez Servicio de Salud Mental de la provincia



A la pregunta: si alguna vez necesitaron utilizar algún servicio de salud mental, del 100% de la muestra el 34,3% utilizó los servicios de salud mental del área metropolitana alguna vez.

De las personas que no han utilizado ninguno de los centros de abordajes en salud mental de la provincia, más del 50% han referido no haber necesitado este tipo de atención, otros indican que prefieren el privado (13,7%) y algunos comentan que no sabían que se podían hacer tratamientos de estas características en el ámbito público (13,7%). Solo el 1,6 % enuncian que los servicios quedan muy lejos de donde viven denotando que la accesibilidad geográfica no indica un impedimento para utilizar el servicio de salud mental en el área metropolitana.

No utilizaron ningún servicio de salud mental
Razones mencionadas



Resulta de vital importancia destacar que el **61%** de los encuestados - independientemente de su localidad de referencia y residencia- han recurrido a los servicios de salud mental del Hospital Julio C. Perrando, centralizando la atención del área metropolitana.

En segundo lugar, **el 5 %** de las atenciones han sido en el Hospital de día con Alas⁷, y el otro **5%** en la localidad de Barranqueras en el Hospital Eva Perón.

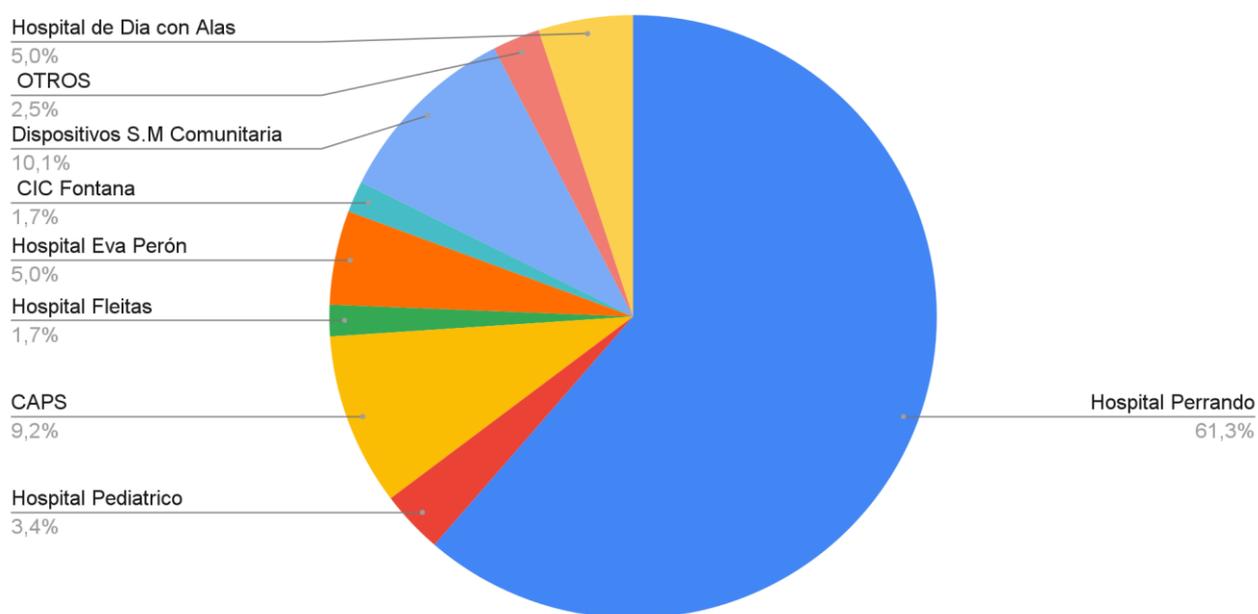
El **3,4 %** de las atenciones se focalizan en el Hospital Pediátrico y en el Centro de Referencias de consumos problemáticos de sustancias ubicados ambos, en la zona céntrica de la ciudad de Resistencia.

⁷ Hospital de día “Con Alas” es un dispositivo intermedio, ambulatorio y grupal de salud mental que depende del servicio de salud mental del hospital polivalente Julio C. Perrando. Se trabaja de forma interdisciplinaria a través de talleres expresivos, artísticos y terapéuticos orientados hacia una inclusión social..

Por último, el único CAPS con un porcentaje diferencial ha sido registrado con un **1,7%** ubicado en Villa Alvear en la zona sur de la ciudad de Resistencia.

En Barranqueras, el **2,5 %** de las atenciones fueron registradas en CISMA y el **1,7** en el Centro de Salud Mental "La Lomita".

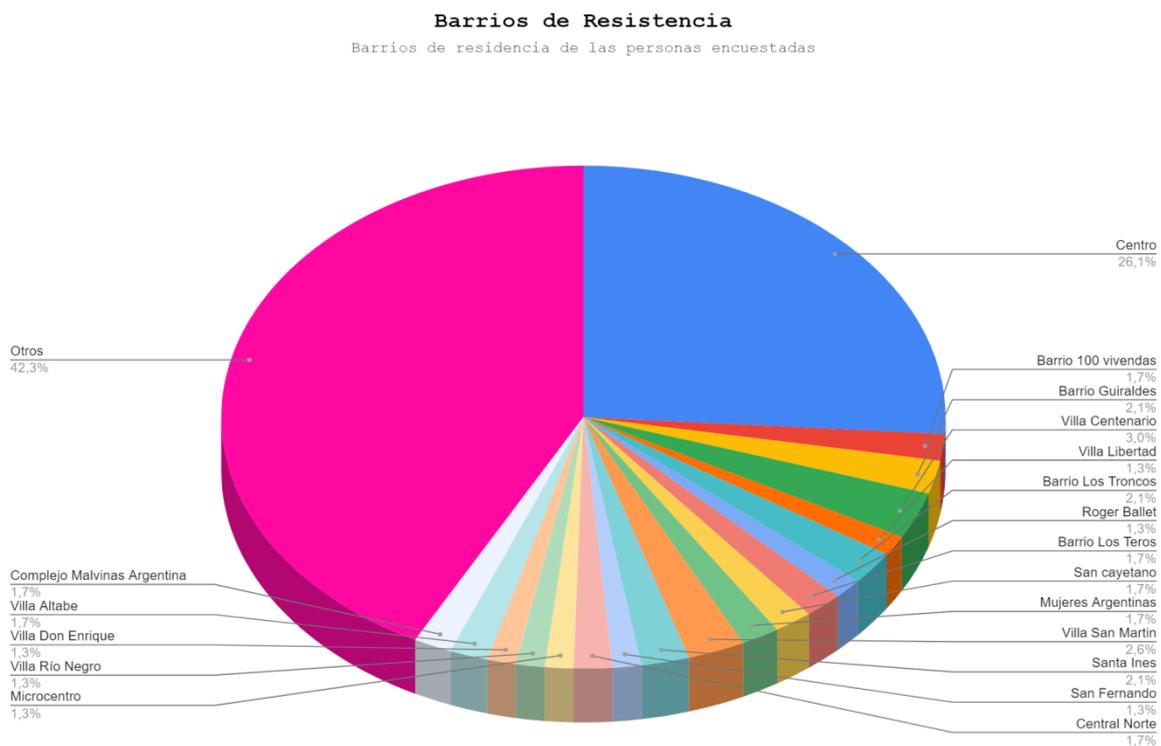
Servicios Utilizados por los y las encuestadas



Dimensiones geográficas por Localidad

a) Resistencia

Una de las preguntas del cuestionario es la de identificar el barrio y localidad de quien responde; arrojando que la mayor participación es de personas que viven en el centro o microcentro de la localidad de Resistencia **23,9%** y el **77%** restante está distribuido por diversos y variados barrios (ver gráfico).



Con esta información, realizamos un entrecruzamiento de los datos para saber si las personas conocen y utilizan la red de servicios de cuidado, atención, contención en salud mental disponibles. Filtramos todas las respuestas por localidad y, a posteriori, una nueva selección respecto de quienes Sí utilizan algún dispositivo de salud mental y cuál fue. De esta selección notamos que alrededor del **66%** conocen y hacen uso de los centros de abordajes y servicios específicos de salud mental más cercano a su domicilio y sólo el **34%** -teniendo Caps con atención en salud mental y/o algún dispositivo específico cercano a su hogar- en algunos casos ya sea

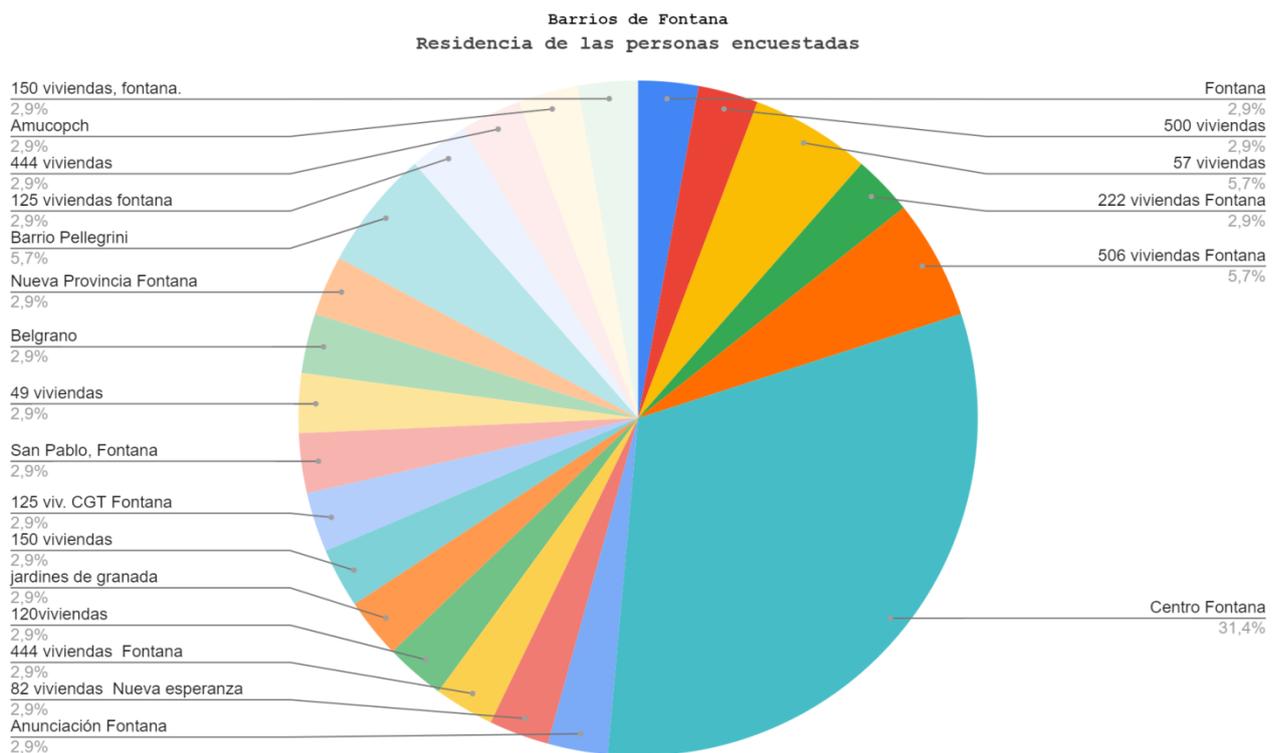
porque desconocen la existencia de la red de dispositivos cercana o por elección, se atiende en el servicio del Hospital Perrando.

Por otro lado, cabe mencionarse que cuatro localidades no incluidas en el sondeo, cuyas personas se encontraban en los servicios del hospital, participaron de la encuesta (La leonesa, Castelli y Pampa del Indio); dejando entrever que, ante la urgencia o la necesidad de realizar tratamiento psicopatológico, debieron trasladarse a la ciudad capital.

Además de este entrecruzamiento, notamos que de diferentes barrios de Resistencia se acercan al único servicio específico destinado al abordaje integral para él y la adolescente, que se encuentra en el Hospital J. C. Perrando

b) Fontana

De la totalidad de personas que respondieron las preguntas del sondeo propuesto por el Observatorio de Salud Mental el **25%** asiste a algún dispositivo de salud mental provincial, el **44,5%** es atendido en centros de asistencia de su localidad y el **55,5%** lo hace en dispositivos de la ciudad de Resistencia. Por otro lado, puede observarse que las respuestas corresponden a varios barrios de la localidad de Fontana.

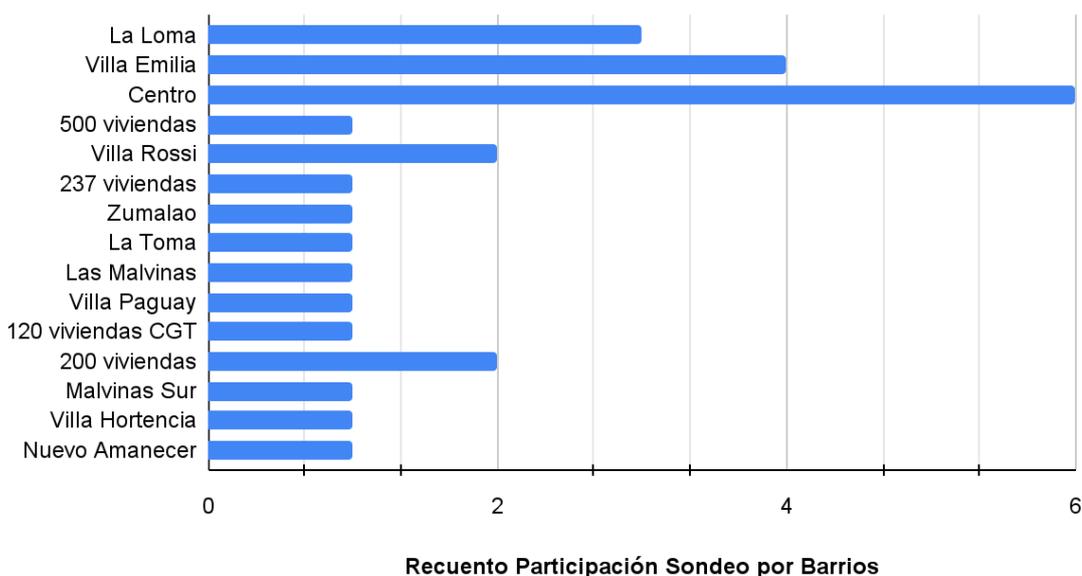


- **c) Barranqueras**

Los y las encuestadas pertenecían a diferentes barrios de la localidad portuaria de Barranqueras (15 diversos barrios, ver gráfico) . El **48%** han mencionado haber sido usuarias/os de servicios y/o dispositivos de salud

mental. Por otro lado, se realizó un entrecruzamiento entre las categorías servicio utilizado, barrio y dispositivos de la localidad de residencia ; de este cruce se desprende que el **28%** utiliza los servicios de Resistencia - específicamente del Hospital Perrando- teniendo conocimiento de la red de atención y cuidados cercanos a su barrio de residencia.

Barrios Barranqueras



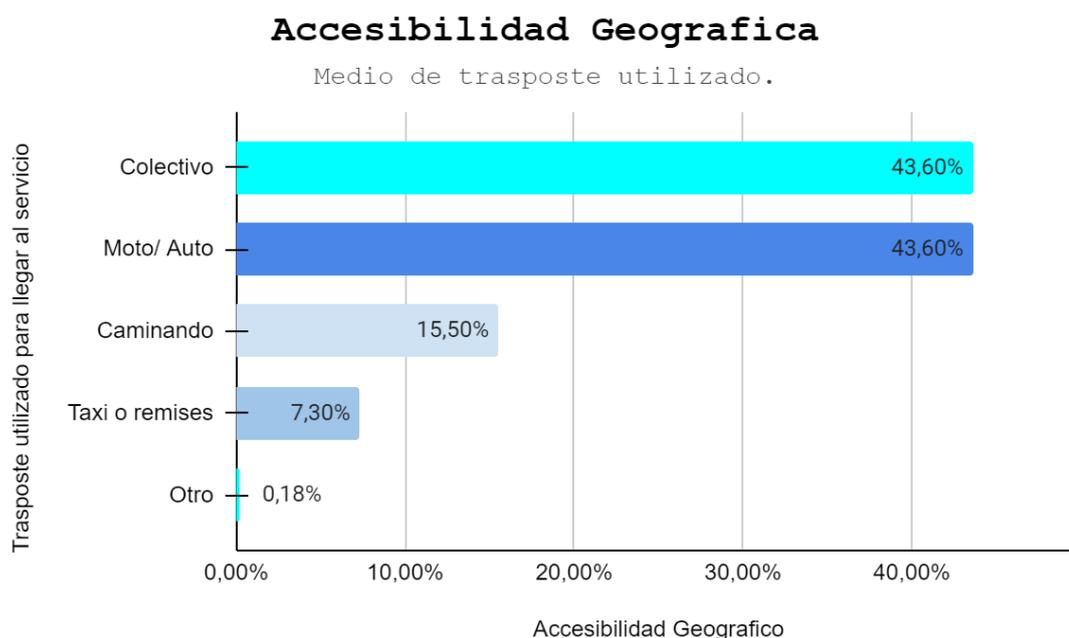
d) Puerto Vilelas

Respecto de esta localidad, hemos tenido un bajo nivel de respuestas. De ellas, solo una es usuaria del servicio del Hospital Eva Perón, el cual es el más cercano dentro de la red de abordaje en salud mental del Ministerio de Salud; cabe resaltar que actualmente no se brinda atención en salud mental en el Centro Integrador Comunitario.

Variable transporte

En cuanto a la pregunta sobre los medios de transporte más utilizados para acercarse a los servicios de promoción, tratamiento y cuidado de la salud mental -teniendo la posibilidad de marcar más de una opción- los más nombrados han sido colectivo y movilidad propia (auto, moto); ambos, con el **43,6%**. Luego, con el **15,5%**, las personas consultadas dicen

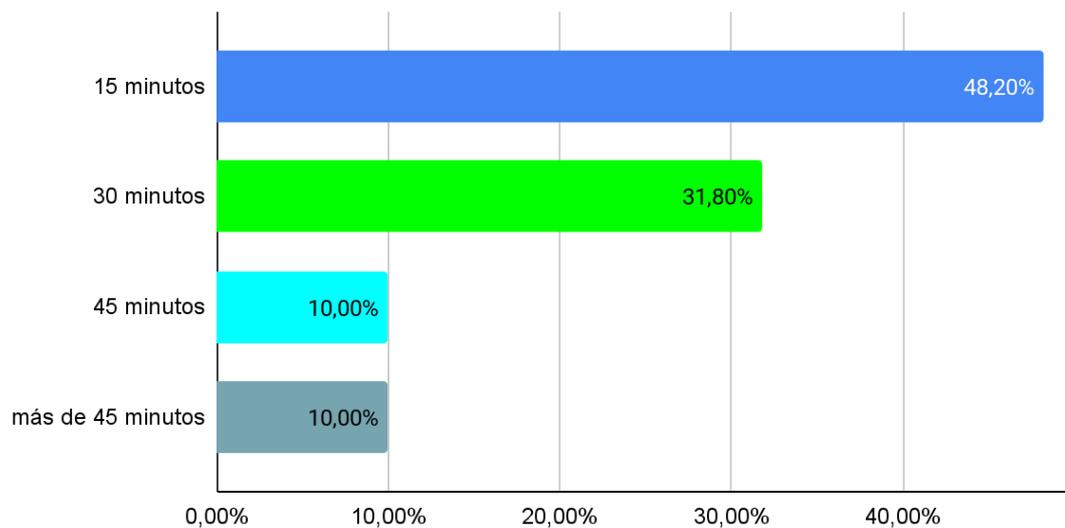
movilizarse hacia los servicios caminando; otro recurso de transporte que utilizan son los remises o taxis, con el **7,3%**.



En cuanto al porcentaje de personas que se trasladan en colectivo en la ciudad capital, el **25%** tarda 15 minutos en llegar y alrededor del **50%** tarda 30 minutos; denotando que las distancias dentro de la ciudad no son extensas. En cuanto a las personas que viajan en moto ocurre algo similar, en su gran mayoría tardan entre 15 a 30 minutos. Respecto de la ciudad de Barranqueras, el **74%** viaja en colectivo y llega en 15 minutos a los dispositivos que utilizan.

Accesibilidad Geográfica

Tiempo para llegar al servicio

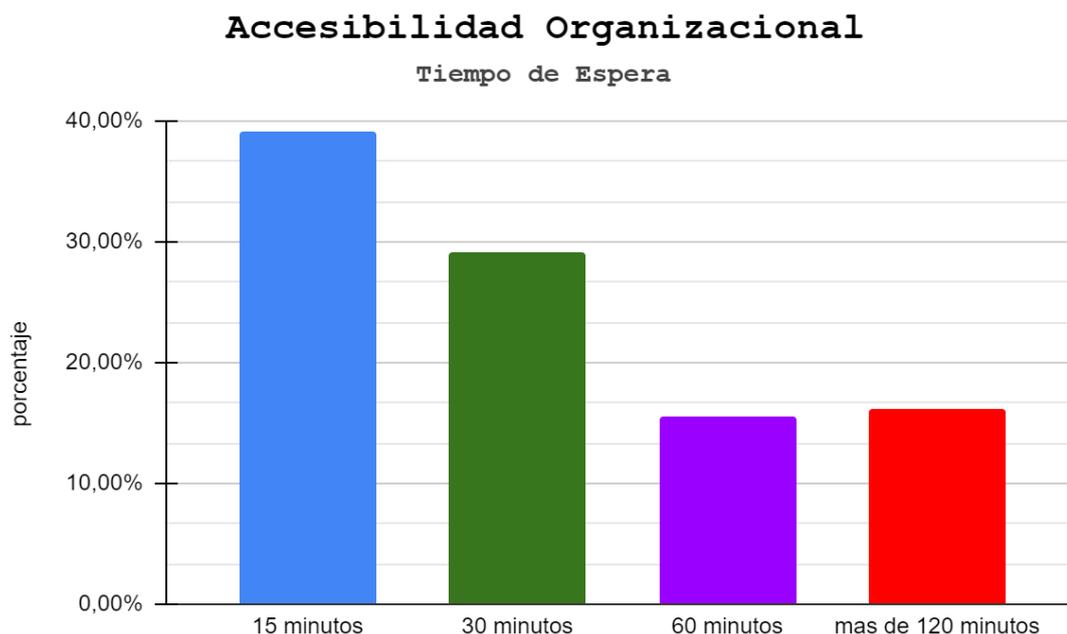


Los datos ilustrados en el gráfico nos permiten visualizar que el **80%** de las personas que han respondido este cuestionario acceden con facilidad a los dispositivos en relación a sus necesidades; mientras en el **20%** restante encuentra dificultades o barreras relacionadas con la accesibilidad geográfica, teniendo en cuenta las variables de distancia y tiempo empleado.

4.3. Dimensión Administrativa-Organizacional

Esta dimensión se refiere a los obstáculos que se originan en los modos de organización de los recursos de asistencia a la salud. A la pregunta realizada respecto del tiempo que deben aguardar antes de ser atendidos, el **68,2%** de las personas -del área metropolitana- respondieron que deben esperar entre 15 a 30 minutos, mientras que el porcentaje restante debe aguardar

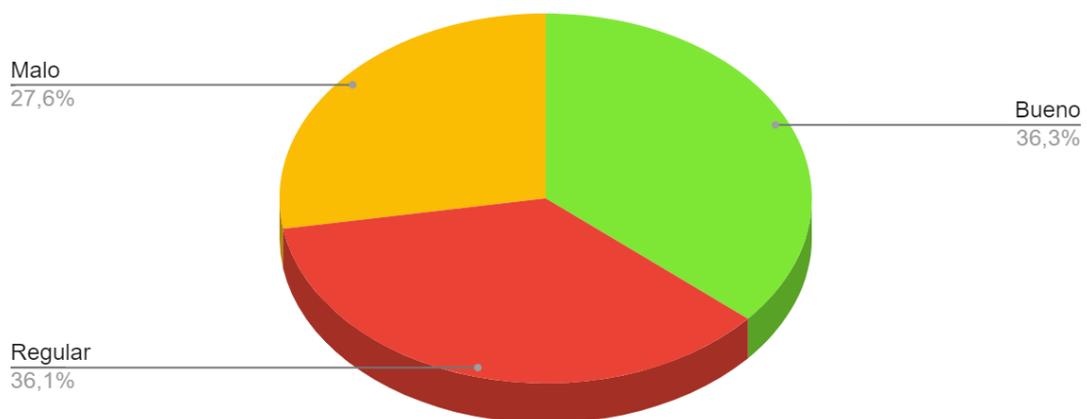
más de una hora para ser atendidas en los dispositivos de atención y cuidado del sistema público.



Para complementar la información obtenida respecto de los tiempos que regulan las dinámicas organizacionales, siendo estas a su vez determinantes en los tratamientos y acompañamientos, se evalúa la correlación de los nuevos turnos, habiendo los encuestados referido que los mismos se otorgan con mucha distancia unos de otros, indicando un **64%** de la muestra, que la asignación de turnos posteriores es de regular a mala.

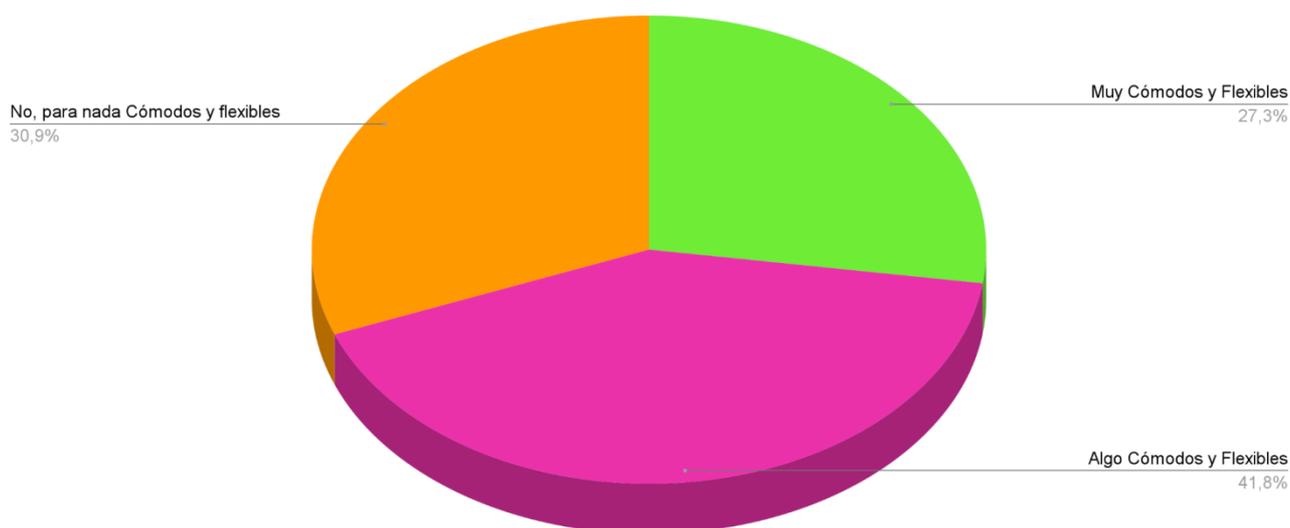
Accesibilidad Organizacional

Tiempo Asignacion Turno



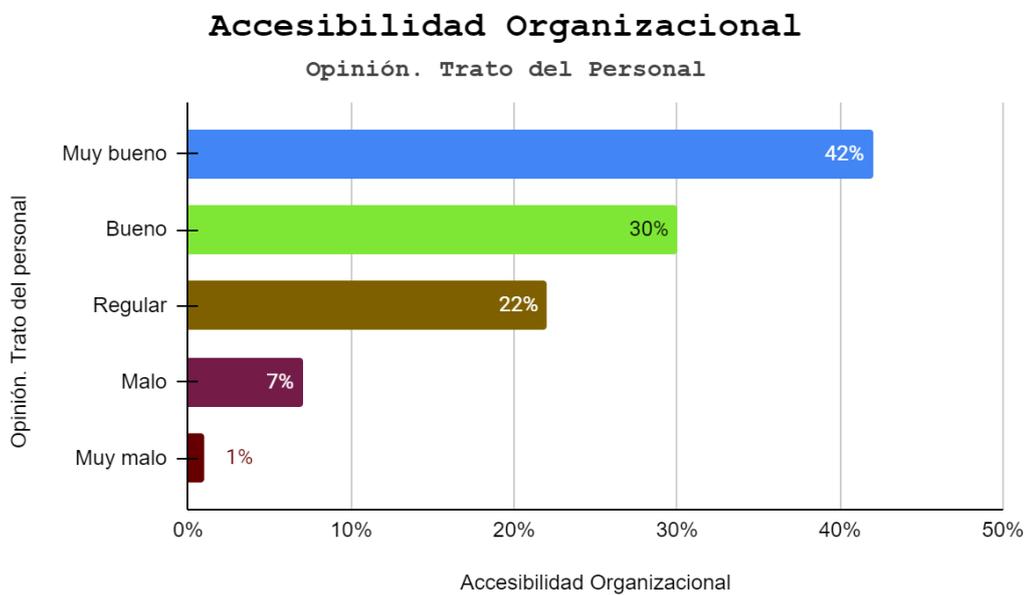
Otro aspecto que se indagó en la encuesta - las personas que señalaron haber utilizado los servicios de salud mental- fue la opinión respecto de los horarios propuestos por la institución sanitaria para las consultas y tratamiento; haciendo foco -principalmente- en la persona usuaria. En esta relación, advertimos que a un **42%** les resultan algo cómodos y al **31%** no le resultan para nada cómodos y flexibles los horarios propuestos para desarrollar el proceso de atención y cuidado.

Accesibilidad Organizacional
Opinion.Horario de Atención /Asignación turnos



Dentro de la dimensi3n organizacional, fue pertinente preguntar sobre la calidad del trato del personal sanitario; ponderado positivamente pues el **72%** refiere un muy buen trato. Este 6ltimo dato compensa la categor6a anterior, en donde el servicio no estar6a -para los y las usuarias- plenamente a disposici3n. De esta manera ser6a interesante investigar, c3mo podr6a eso

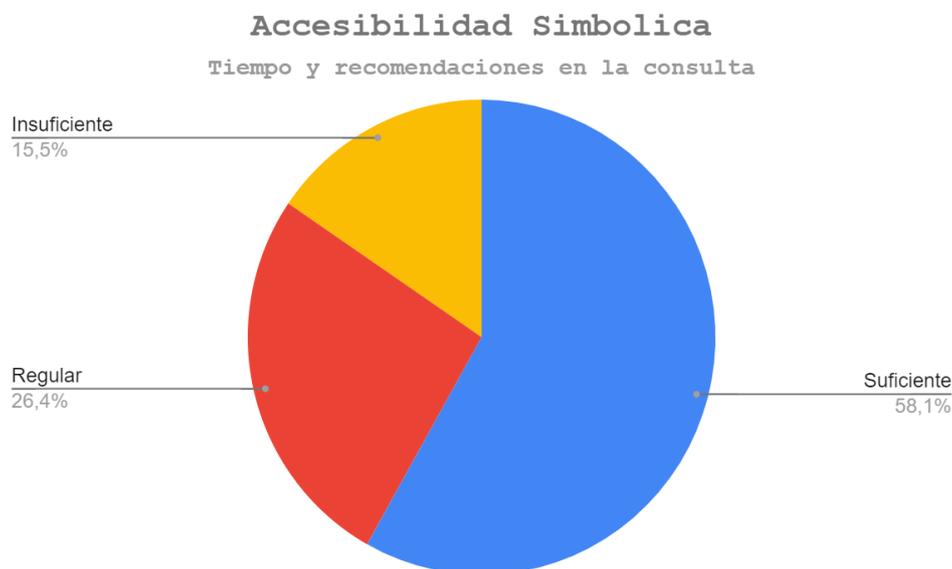
afectar o repercutir en los tratamientos, e incluso en el lazo de las personas con las instituciones.



4.4. Dimensión de Accesibilidad Simbólica\Cultural

Acerca de esta variable de investigación, cabe resaltar que la misma estará determinada por el encuentro y alojamiento que se produzca -o no- entre sujetos usuarios/as y los agentes sanitarios en tanto los últimos operan como referentes institucionales.

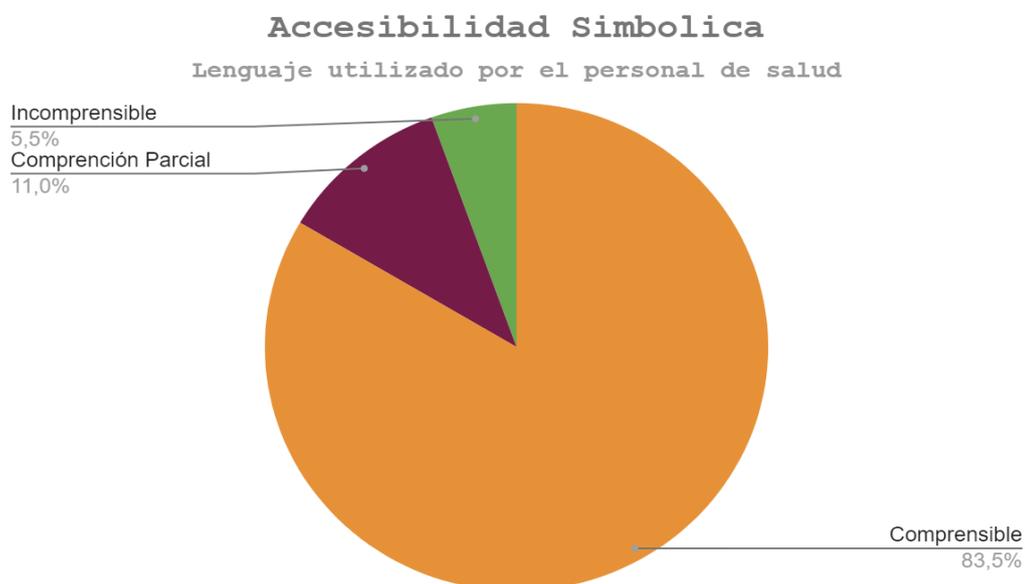
Para iniciar, se relevan datos vinculantes entre el tiempo y la calidad de la consulta de manera correlativa para los y las usuarios/as. Ante dicho relevamiento, el **58%** de los mismos arroja que el tiempo y las recomendaciones de los agentes sanitarios o agentes de salud han sido y son suficientes durante la consulta, mientras que el **41,5%** restante oscila entre una apreciación de experiencia insuficiente e irregular. Se adjunta gráfico esclarecedor.



Para comprender la dimensión simbólica como tal, resulta imprescindible entender que la accesibilidad se construye, por lo tanto, el encuentro entre ambos actores (Agentes de salud y personas usuarias) es el que nos estará informando acerca de la calidad del vínculo.

Una variable más a incluir para poder pensar esta dimensión, tendrá como indicador principal el lenguaje utilizado por los agentes y la posibilidad de comprender las indicaciones y lo transmitido durante el proceso de escucha.

Los resultados arrojan que casi un **16%** de las personas atendidas en los dispositivos de salud pública, no comprenden lo indicado o conversado con los agentes de salud; o lo hacen sólo parcialmente.

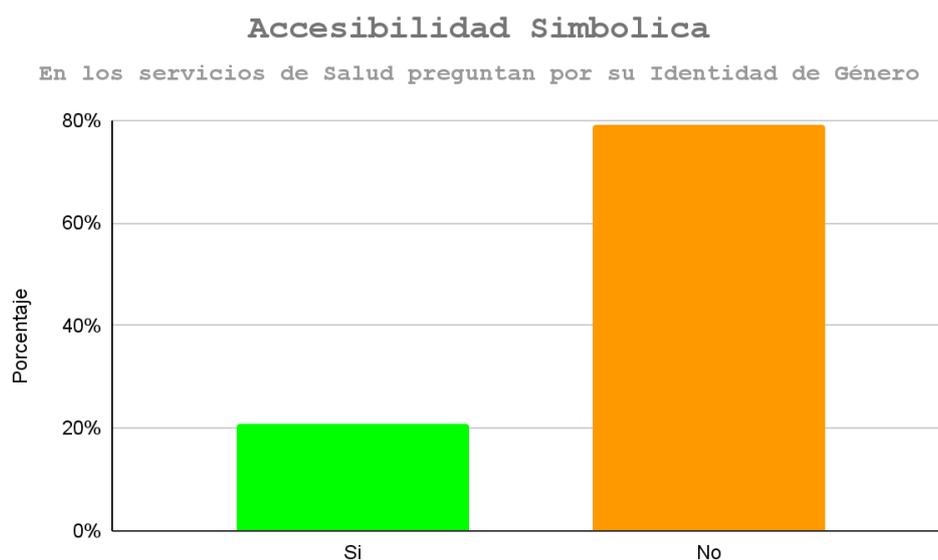


Por otro lado, los servicios de salud también, mediante sus acciones, inacciones, modos de estructurar la oferta y discursos que los y las trabajadoras producen y reproducen, construyen modelos particulares de acceso. La accesibilidad adquiere entonces una dimensión subjetiva.

Para analizar esta dimensión, se entrecruzan datos vinculados a la utilización o no del lenguaje inclusivo y a la incorporación de la pregunta por la identidad de género durante la entrevista, la admisión o la consulta.

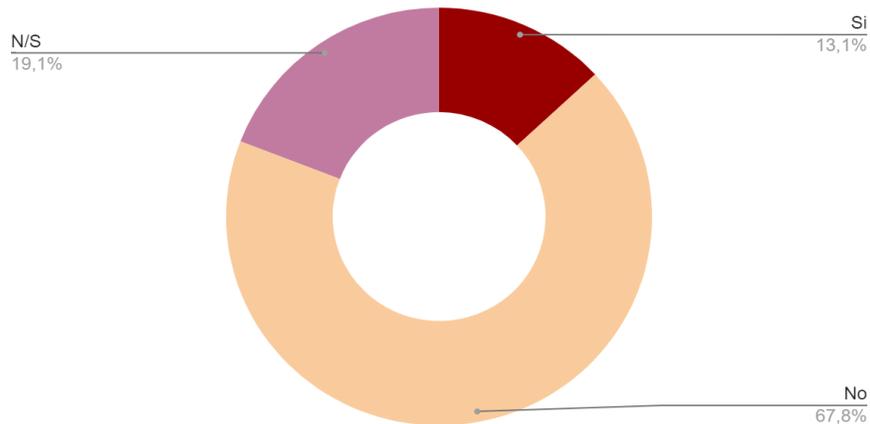
Respecto a esto último, los resultados son desalentadores, ya que el **80%** de la muestra ha respondido que no le han preguntado en ningún caso por su identidad de género.

Asimismo, el **68%** de las personas usuarias han informado que los y las agentes sanitarios no han utilizado lenguaje inclusivo en las consultas, admisiones, ni entrevistas. Se adjuntan gráficos.



Accesibilidad Simbolica

Lenguaje Inclusivo

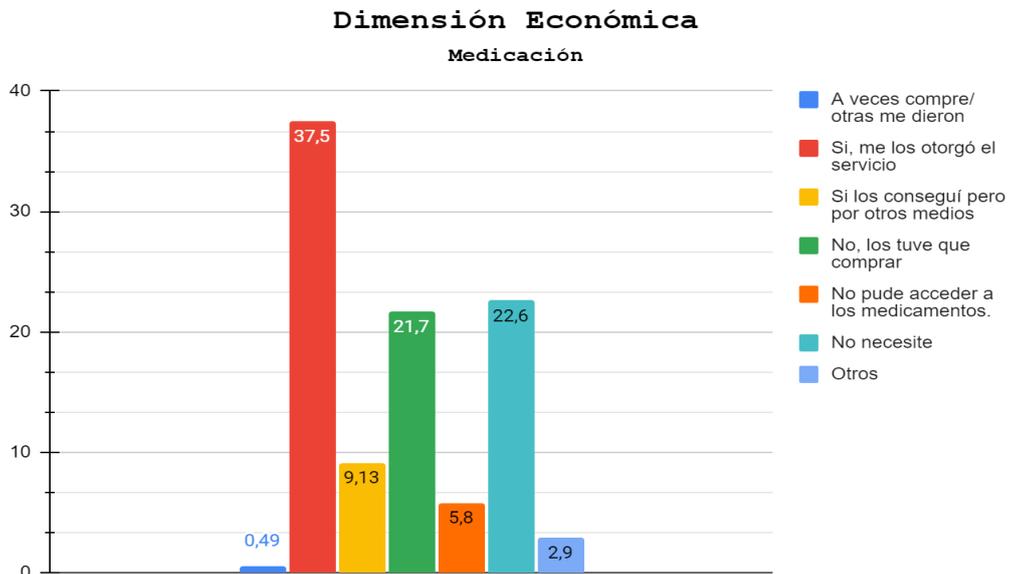


Del total de la muestra, sólo el **10%** se ha sentido discriminado en el contexto de atención en los servicios de salud; de ese 10%, el 36,4% aduce motivos de discapacidad y el 18,2%, por su condición socioeconómica. El resto de los motivos relevados han sido por etnia, padecimiento mental, intoxicación, urgencia subjetiva, misoginia, identidad de género, edad, etc.

4.5. Dimensión económica

De la población alcanzada en este sondeo, sólo el **34,3%** utilizó alguna vez los servicios de salud mental. A este grupo, se les consultó si se les prescribió algún tipo de medicación y cómo accedieron a ella. Las respuestas fueron variadas, pudiendo indicarse que el **22,6%** no necesitó ninguna medicación. En cuanto a las personas a las que se les recetó algún psicofármaco, al **37,5%** les fue proporcionado por el sector público. El **21,7%** debió comprarlos para iniciar y/o continuar con su tratamiento. Un **9,13%** utilizó otros medios para conseguirlos, ya sea a través de una obra social o por pertenecer al Programa Federal Incluir salud - programa del Gobierno Nacional que brinda cobertura médico-asistencial a todas aquellas personas titulares de pensiones nacionales no contributivas-. El dato significativo en cuanto a nuestro objetivo de investigación, es que el **5,8%** de las personas que necesitaron psicofármacos para su tratamiento, no pudieron acceder a ellos.

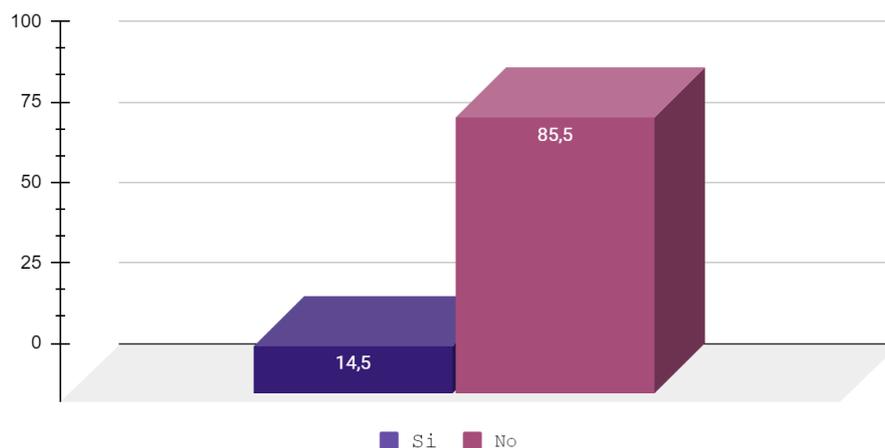
Algunos comentarios de los y las ciudadanas respecto al tema, manifiestan que algunos impedimentos para conseguir la medicación fueron de disponibilidad en farmacias, otras comentaron lo costoso que les resultaba comprarlos.



4.6 Grado de información de los y las ciudadanas respecto de la red de Promoción, tratamiento y cuidado en salud mental

Red de Atención en Salud Mental

¿Se conoce?



El **85%** de la muestra respondió no conocer las redes de atención en salud mental disponibles y presentadas en el cuestionario.

Con el objetivo de reforzar la difusión de los servicios de atención del ámbito público del Gran Resistencia, y así franquear las barreras del acceso simbólico y cultural a la salud mental, se preguntó a los/as usuarias si conocían los medios a partir de los cuales se difunden los servicios de atención

Se adjunta gráfico respecto de las modalidades de difusión propuestas:

REFORZAR LA DIFUSIÓN



Por último, cabe señalar que los y las encuestados/das han expresado sus opiniones a través de una pregunta abierta respecto de aspectos a fortalecer en el ámbito público de la salud mental.

El **21%** coincide en la importancia de aumentar y elevar la cuestión presupuestaria e inversiones en salud mental. Por otro lado, el **18,5%** considera necesario rever la cuestión administrativa y burocrática respecto de la asignación de turnos y la calidad de la atención.

El **16%** opinó que se debe fortalecer la difusión de las redes de abordaje a través de diversos medios de comunicación masiva, que irían desde la señalética en las ciudades hasta las redes sociales.

Por otro lado, un **6%** de la muestra coincidió en la importancia de aumentar la cantidad de dispositivos con enfoque comunitario para el abordaje de

diversas problemáticas vinculadas a la salud mental, haciendo hincapié fundamentalmente en la asistencia de consumos problemáticos.

Otras de las opiniones estuvieron vinculadas a los siguientes ejes: promoción de la salud en establecimientos educativos y fuera de ellos, la mejora en los suministros de psicofármacos, capacitaciones del personal, mejora de las condiciones del personal de salud, entre otros. Se adjunta gráfico.



CAPÍTULO V

5. Conclusiones finales

Esta investigación buscó recabar información respecto de la accesibilidad de la ciudadanía a los dispositivos y servicios de salud mental en el área metropolitana, tomando ésta como un concepto de base para la construcción de un estado justo, igualitario y equitativo.

Se sondeó la opinión y/ o percepción respecto de la accesibilidad a servicios de salud mental, entendiendo esto como un derecho básico a ser garantizado por el Estado y definiéndose como *"la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole"*.

Con el transcurrir de la conclusión iremos dando cuenta de las respuestas a las que hemos arribado luego de un exhaustivo análisis de los datos obtenidos y de una investigación paralela respecto del edificio teórico en el que hemos orbitado la lectura de este trabajo.

Empezaremos dando respuesta a los objetivos específicos, comenzando por el primero y dando precisión a la distinción que cada dimensión amerita: ***"Distinguir las dimensiones geográfica, administrativa-organizacional, económica y sociocultural- simbólica de la accesibilidad, en los efectores públicos de salud mental investigados"***.

- Dimensión Geográfica:

Partiendo del concepto de referencia, definimos a la dimensión geográfica de la accesibilidad como a la posibilidad de traslado hacia el centro de salud o servicio, a través de los distintos medios de transporte. Es definida como la facilidad con que el usuario puede utilizar el servicio en el momento en que lo desee o necesite.

Para medir este nivel de accesibilidad nos sostuvimos en las siguientes variables: barrio y localidad donde reside la persona, conocimiento/utilización de los dispositivos cercanos a su zona de residencia, medio de transporte utilizado para llegar al servicio y tiempo destinado para ello.

En relación a la localidad de Resistencia, el **66%** conocen y hacen uso de los centros de abordajes y servicios específicos de salud mental que se encuentran cercanos a su domicilio y el **34%**, aun contando con ellos, utilizan el Hospital de mayor complejidad (H. Perrando).

En la localidad de Barranqueras, el **72%** conoce y utiliza los espacios de atención y asistencia en salud mental de su ciudad. El **28%** refiere utilizar los servicios de Resistencia -específicamente del Hospital Perrando- teniendo conocimiento de la red de atención y cuidados cercano a su barrio de residencia.

En cambio, en la ciudad de Fontana surge una situación diferente, pues se observa que el **44,5%** asiste a algún dispositivo de atención de salud mental de su zona y el **55,5%** es atendido en Resistencia, siendo en la mayoría de los casos elegido el Hospital Perrando.

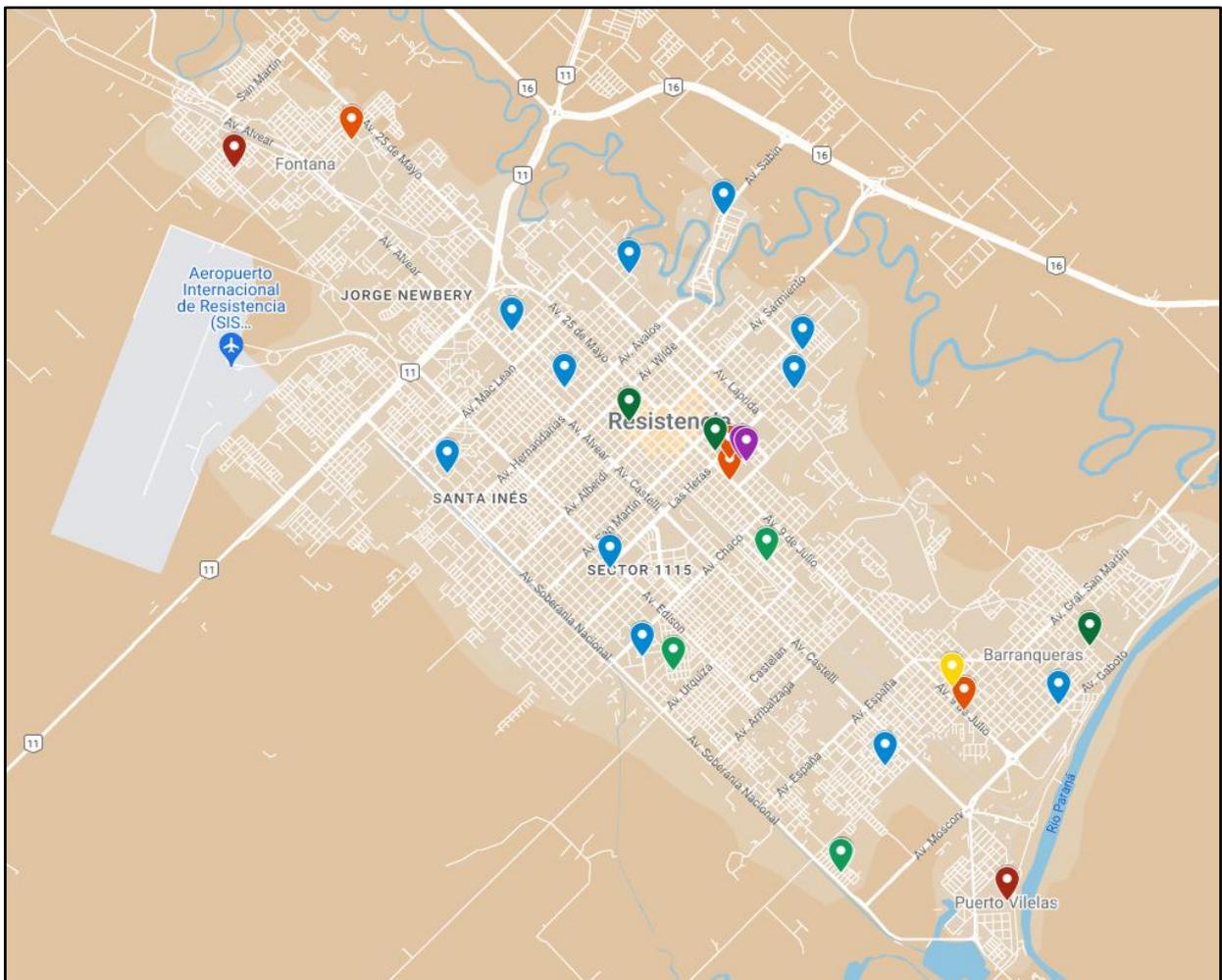
Pese al escaso número de respuestas obtenidas de la localidad de Vilelas, los datos arrojan que la atención se realiza en el hospital general "Eva Perón" de la ciudad de Barranqueras.

En relación a pensar la accesibilidad en los términos de posibilidad y/o facilidad de traslado hasta el lugar en donde brindan la atención, relacionada -además- con la variable tiempo, podemos referir que en su mayoría (el **80%**) las personas se trasladan en su propio vehículo o lo hacen a través de un transporte público, en un lapso de entre 15 a 30 minutos.

En cuanto al resto de las personas -el **20%**- tarda aproximadamente 45 minutos.

Este cruce de variables -tiempo en llegar, medio de movilidad y distancia de los barrios a los dispositivos- nos permite arribar a la siguiente conclusión: la accesibilidad geográfica estaría lograda en el área metropolitana, con la referencia central del Hospital Perrando como sede de las mayores consultas.

Por otro lado, hemos podido observar durante el análisis de los datos, que existen amplias zonas y barrios de la ciudad de Resistencia sin centros de salud con atención en salud mental. Ver mapa adjunto



Referencias

⁸ <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1uiuSlz0xQgdMYkCP2K8ETvcVFUDU7no&ll=-27.457559112187184%2C-58.99061166166992&z=13>



HOSPITALES

- Hospital Julio C. Perrando
- Nuevo Hospital Pediátrico
- Hospital Barranqueras Eva Perón
- Hospital "Luis Fleitas"

Servicios dentro del Hospital Perrando

- Servicio Adolescencia -Hospital Julio C. Perr...
- Hospital de día Con Alas -H. Perrando

Dispositivos habitacionales para pacient...

- Dispositivo habitacional para pacientes de s...

CIC

- CIC-Centro Integrador Comunitario
- CIC-Centro Integrador Comunitario

Caps con Prof. de salud mental

- Centro de Salud Villa Río Negro
- Centro de Salud Villa Libertad
- Centro de Salud Villa San Martín
- Centro de Salud B° Guiraldes "Ricardo Torre...
- Centro De Salud "17 De Octubre" Villa Pegor...
- CENTRO DE SALUD VILLA ODORICO
- Centro de Salud Villa Alvear
- Centro de Salud Villa Prosperidad "Dr. Laure...
- Centro de Salud - Dr. Pedro Biolchi
- CENTRO DE SALUD B° 500 Viv. "DR. RAMON...
- Centro de Salud Barrio Ciudad de los Milagros
- Centro de Salud B° Santa Ines "Delia Mirta ...

Dispositivos de Salud Mental Comunitaria

- Centro de Salud Mental Comunitaria "La Cas...
- Barrio Juan Bautista Alberdi
- CISMA- Centro Integral de S. M y A
- Centro de referencia para consumos proble...
- Centro de Salud Mental "La Lomita"
- CITA "Eduvigis" -admisiones

Dimensión Organizacional:

Esta dimensión se refiere a los obstáculos que se originan en los *modos* de organización y administración de los recursos de asistencia a la salud, como así la burocracia propia de cada institución que tiene efectos directos en la accesibilidad al servicio.

Las variables de estudio consideradas dentro de esta dimensión fueron la valoración de los y las usuarios/as en términos de: tiempo de espera para la atención, opinión de la persona en relación a la consulta (tiempo utilizado y las recomendaciones dadas por el personal de salud), reasignación de nuevos turnos y calidad de la atención.

En líneas generales, las personas tienen un buen concepto de la calidad del trato en la atención en los efectores de salud mental.

Por otro lado, la mayoría de las personas son rápidamente atendidas, mientras que el 32% (cifra significativa) debe esperar entre una y dos horas, aun contando con turnos previos.

Respecto a la asignación de nuevos turnos, en términos generales, las personas las califican como poco satisfactorias al igual que, cuando hacen referencia a los horarios asignados para dicha atención.

Una conclusión de esta investigación radica que las lógicas de la organización institucional no logran sincronizar con las necesidades organizativas de las personas; debiéndose adaptar a las disposiciones de la institución para lograr acceder al derecho a la salud. A colación de la disponibilidad horaria podemos referir que, la mayoría de los centros de abordajes y tratamiento comunitarios realizan su atención hasta las 16 horas; fuera de este horario, se atienden únicamente las urgencias en las guardias de los hospitales.

- Dimensión Económica:

En relación a esta dimensión, hemos tomado como variable para describirla si los sujetos han tenido la posibilidad de conseguir los medicamentos para

comenzar o continuar un tratamiento psicofarmacológico. Ante dicha variable hemos inferido que, debido a razones económicas y de disponibilidad, un amplio porcentaje de la población que requirió psicofármacos no pudo acceder a los mismos a través del sector público y/o privado, perjudicando la consecución de los tratamientos.

- Dimensión Cultural-Simbólica

Para estudiar esta dimensión de la accesibilidad hemos tomado en cuenta que los servicios de salud también, mediante acciones e inacciones, modos de estructurar la oferta y discursos que los trabajadores y decisores producen y reproducen construirían *modelos particulares de acceso*. La accesibilidad adquiere entonces una dimensión que es la subjetiva. Para este trabajo se la denominará simbólica aludiendo al universo simbólico construido por cada sujeto.

Dividiremos el relevamiento de datos en dos grandes grupos:

- por un lado, el tiempo y la calidad del servicio (respecto de la escucha), donde la mayoría ponderó que el encuentro con la institución ha sido posible, viable y amena. En donde se ha podido establecer el diálogo e intercambio con el profesional en un lenguaje que le fue comprensible.
- por otro lado, ponderamos la información obtenida de las variables vinculadas a: utilización del lenguaje inclusivo durante la atención, la pregunta por la identidad de género y la sensación o percepción de discriminación en el marco de la atención.

En este último grupo categórico hallamos dificultades importantes en la accesibilidad y fundamentalmente en el encuentro/alojamiento entre los sujetos usuarios y el/los servicios en el marco institucional, tal como se describe en los resultados, que indican en cada caso, una muy baja adherencia institucional en materia de lenguaje inclusivo e identidad de género. Esta conclusión precipita la llegada al segundo objetivo específico de

investigación, que pretende identificar y precisar las barreras específicas ante el acceso.

En este segundo momento comenzaremos por dilucidar éste objetivo que consiste entonces, en identificar las **barreras que obstaculizan la accesibilidad**, las cuales ya han sido descritas en el punto anterior. Realizaremos el esfuerzo por esquematizar las mismas de manera breve y concisa a fines de orientar al lector en la visibilización precisa de las mismas.

Barrera/Dimensiones	Geográfica	Simbólica	Organizacional	Económica
Tiempo de Espera			X	
Adjudicación y reprogramación de Turnos			X	
Insuficiente Horarios de Atención			X	
Sensación de discriminación por diversos motivos ya especificados		X		
Utilización de lenguaje inclusivo y atención con perspectiva de género.		X		
Acceso a psicofármacos en efectores públicos				X
Falta de conocimiento y difusión respecto de los servicios y sus modalidades de abordajes	X		X	
Falta de centros de atención en salud mental.	X			

Insuficiencia en la distribución de los centros de atención con personal de salud mental	x			
--	---	--	--	--

Otro aspecto que nos propusimos evaluar en esta investigación es el ***grado de conocimiento e información que los y las ciudadanas del área metropolitana tienen en relación a la red de abordaje en salud mental*** para en consecuencia, poder hacer uso de los mismos en caso de ser necesario. Al respecto se ha observado un alto grado de desinformación sobre la disponibilidad, existencia, ubicación y modalidad de atención de centros de atención en salud mental en el ámbito público. Por consiguiente, esta falta de conocimiento se traduce en un obstáculo para acceder a la atención oportuna.

Por lo tanto, se hace necesario reforzar la difusión -por diferentes medios- de todos los servicios, centros de atención y abordajes comunitarios con los que cuenta el Ministerio de Salud en el área metropolitana. Fortalecer la divulgación de esta red de abordaje comunitaria, sus canales de comunicación, dirección, días y horarios de atención, modalidad de los mismos entre otros aspectos.

En líneas generales, los y las ciudadanas acceden a los servicios de salud mental del área metropolitana de Resistencia. Si se han podido observar luego de un exhaustivo análisis de las respuestas, barreras al acceso al derecho a la salud, especialmente del tipo organizativo y geográfico.

6. Sugerencias para el fortalecimiento en las políticas de salud mental

Con este trabajo nos hemos propuesto explorar las miradas y las experiencias de las personas de Resistencia, Fontana, Puerto Vilelas y Barranqueras, respecto de la accesibilidad a los servicios de salud mental. A

continuación, enumeramos algunas sugerencias, devenidas de esta investigación:

Resulta imperiosa la necesidad de reforzar la difusión e información sobre la modalidad de atención de los servicios y dispositivos disponibles para la atención y tratamiento en salud mental. Inclusive, evaluar la posibilidad de ampliar y distribuir la red de atención y abordajes en salud mental comunitaria; incorporar a los centros de salud -ya existentes -personal del campo de la salud mental que acompañe y contenga a la comunidad de su centro de referencia.

De igual modo, sería pertinente gestionar la ampliación de horarios de atención de la red de abordaje asistencial que permitan una atención oportuna centrada en las personas y no en las necesidades de los servicios.

Además, incorporar profesionales calificados que permitan atender las demandas y necesidades de la población; facilitando el acceso, mejorando la adjudicación de turnos y favoreciendo la continuidad de los tratamientos de las personas. Al mismo tiempo, se ha evidenciado la necesidad de capacitación con perspectiva de género para el personal de salud.

Como resultado del presente estudio, se advierte la necesidad de elaborar políticas sanitarias que tiendan a reducir o eliminar las barreras con el objetivo de lograr el acceso equitativo y oportuno a la atención de salud mental.

Por último, es indispensable acrecentar la inversión destinada a salud mental, acorde a los lineamientos de la ley nacional de salud mental 26.657 (Artículo 32- 10% del presupuesto de salud) posibilitando un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial orientado al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

7. Referencias bibliográficas.

- Azevedo (2001). Entrevista con informante calificado de la OPS - Buenos Aires, marzo de 2001.
- Barcala, A; Stolkiner, A. (2000). "Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): estudio de caso". Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, VIII, 2000, 282-295.
- Carrizo, Cecilia (2015). "Accesibilidad a los servicios de salud mental con perspectiva de diversidad de género. En el Primer y Segundo Nivel de Atención en la localidad de Alta Gracia". Universidad Nacional de Córdoba. Tesis de Maestría. Alta Gracia, Córdoba.
- Comes, Yamila, & Stolkiner, Alicia. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de investigaciones, 12, 137-143. Recuperado en 27 de septiembre de 2022.
- De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. (2020). "La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria". JONNPR. 2020;5(1):81-90. DOI: 10.19230/jonnpr.3215
- Flores-Sandí, Gretchen. (2012). "Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud". *Acta Médica Costarricense*, 54(3), 181-188. Retrieved September 27, 2022, recuperado a partir de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300010&lng=en&tlng=es.
- Gerlero , S. ., Augsburger , A. ., Duarte , M. ., Gómez , R. ., & Yanco , D. . (2011). "Salud Mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina". *Revista Argentina De Salud Pública*, 2(9), 24–29. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/371>

- Hamilton G. (2001). "Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos". Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 2003
- [Ley de Salud Mental N°26657 | Argentina.gob.ar](#)
- Gerlero , S. ., Augsburger , A. ., Duarte , M. ., Gómez , R. ., & Yanco , D. . (2011). "Salud Mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina". *Revista Argentina De Salud Pública*, 2(9), 24–29. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/371>
- Organización Mundial de la Salud (2008). "Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación". Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008. Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493
- Testa, M. (1995). "Pensar en Salud". Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Quinatoa, Javier. (2016). "Accesibilidad a los servicios de salud de personas con discapacidad desde la perspectiva de los usuarios en la unidad especializada fisco misional "nuestra señora del carmen" en los ríos – Urdaneta- Riacaurre". Pontificia universidad católica del Ecuador Facultad de medicina. Quito. 2016. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/11191>.
- Vázquez, Andrea, & Mauro, Mirta, & Comes, Yamila, & Sotelo, Romelia, & Stolkiner, Alicia, & Solitario, Romina, & Garbus, Pamela, & Czerniecki, Silvina (2007). "EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS". Anuario de Investigaciones, XIV (201-209)[fecha de Consulta 27 de

Septiembre de 2022]. ISSN: 0329-5885. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>