



El Derecho a la Atención en Salud Mental: Un Análisis desde la Accesibilidad

Resumen. Introducción: Las leyes de Salud Mental Nacional N° 26.657 y Provincial N° 9.848, dan 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. 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. Objetivos: El objetivo general de 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. Resultados – discusión: 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.

Abstract. Introduction: the National (26,657) and Provincial (9,848) Mental Health Laws explained the commitment taken by the State to advance into the asylum model transformation towards territorial approaches articulated from the strategy of Primary Health Care. In this context, accessibility to mental health services becomes relevant when setting those possibility conditions that allow the gradual centered model replacement in the monovalent hospital. Objectives: The general researching objective was to analyze the accessibility to public mental health effectors belonging to the Mental Health Integration "C" area of the Province of Cordoba. Specific objectives established: to distinguish the dimensions of accessibility; identify barriers to accessibility; specify the local characteristics that acquires the process of Mental Health Care in the defined area. Methodology: qualitative methodology with exploratory design. The analysis units were six (6) Public effectors belonging to the "C" area and the observation unit surveyed the data obtained through interviews of authorities, workers and service users. Results - Discussion: accessibility has been recognized as a complex process that involves symbolic, administrative, geographic, and economic dimensions. They define opportunities while imposing barriers to the access to benefits. In the local context, it has been demonstrated the enduring presence of psychiatric Hospital as the healthcare gear center, while different processes of attention readjusting have been recognized.

Bocco, Fiorela ^a, y Galíndez, Lucía ^a

^a Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de Córdoba

Palabras claves

Accesibilidad; Salud Mental; Salud Pública

Keywords

Accessibility; Mental Health;
Public Health

Enviar correspondencia a:

Bocco, F.
fiorebocco@hotmail.com

1. Introducción

Las leyes Nacional N° 26.657 y Provincial N° 9.848 de Salud Mental, dan 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 de posibilidad que permitan la paulatina sustitución del modelo centrado en el hospital monovalente como forma de abordaje hegemónico de los padecimientos subjetivos.

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).

No obstante, en la provincia de Córdoba las mencionadas leyes presentan dificultades para hacerse efectivas. Éstas se relacionan con las problemáticas estructurales, no ya sólo del sistema de salud mental, sino del sistema sanitario en general; sistema que se caracteriza por su “*fragmentación, heterogeneidad, inequidad, desigualdad en el acceso, bajo nivel de financiamiento público, debilidad regulatoria del estado y descoordinación entre jurisdicciones*” (Ase, 2012 p.15). Además, es un sistema que pone el énfasis en la alta complejidad y recarga en los municipios sin capacidades la responsabilidad del primer nivel de atención.

La organización territorial del sistema de salud mental en Córdoba, plasmada en el mapa sanitario establecido por la Dirección de Salud Mental de la provincia, se conforma por seis (6) grandes zonas de integración sanitaria; éstas se constituyen como el espacio geográfico y político-administrativo que se ha definido a nivel provincial, mediante el proceso de organización de la red de servicios de salud mental. Dicha organización encuentra sus bases en el enfoque tradicional de niveles de atención, por lo cual, cada zona sanitaria contempla un hospital monovalente de referencia, al menos un servicio de salud mental en hospital general y se completa con efectores del primer nivel de atención.

La presente investigación aborda la accesibilidad a efectores públicos de salud mental pertenecientes a la Zona de Integración Sanitaria “C” de la provincia de Córdoba. Dicha zona se localiza geográficamente al sudeste de la ciudad de Córdoba.

1.1. *Objetivos*

Objetivo General

Analizar la accesibilidad a efectores públicos de Salud Mental pertenecientes a la Zona de Integración Sanitaria “C” de la provincia de Córdoba.

Objetivos Específicos

1. Distinguir las dimensiones geográfica, organizacional, económica y simbólica de la accesibilidad, en los efectores públicos de salud mental investigados.

2. Identificar barreras de accesibilidad.

3. Especificar las características locales que adquiere el proceso de atención en salud mental en la zona investigada.

2. Metodología

Se adoptó una metodología de tipo cualitativa con diseño exploratorio. Como enfoque general del estudio se utilizó la Teoría Fundamentada (Corbin & Strauss, 1990) con alcance al nivel de teoría sustantiva. Permitiendo organizar la recolección de datos, analizarlos mediante la construcción de categorías pertinentes, obtener conclusiones parciales y, mediante las mismas, volver a iniciar el ciclo de recolección, análisis y conclusiones.

Las unidades de análisis que se han comprendido en el presente estudio, conforman un total de 6 (seis) efectores públicos de salud mental ubicados en la Zona de Integración Sanitaria "C" de la provincia de Córdoba. Estos son:

- Hospital Psiquiátrico Dr. Emilio Vidal Abal, ubicado en la ciudad de Oliva.
- Servicio de Salud Mental perteneciente al Hospital Regional Dr. Louis Pasteur, ubicado en Villa María.
- Servicio de Atención Primaria de Villa María.
- Hospital Comunitario de Villa Nueva.
- Hospital Municipal de La Playosa.
- Puesto Sanitario de Arroyo Algodón.

2.1. Participantes

Los participantes del presente estudio fueron autoridades, trabajadores y usuarios de los Servicios de Salud Mental contemplados como unidades de análisis. El total fue de 21 participantes.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo teórico. De este modo, se fueron seleccionando progresivamente los participantes atendiendo a su potencialidad para ayudar a refinar o expandir los conceptos y categorías surgidas del análisis (Rodríguez, Gil y García, 1996).

2.2. Instrumentos

Los datos primarios fueron obtenidos mediante entrevistas semi-dirigidas, utilizando un guión de entrevistas que orientó el desarrollo de las mismas. Se construyeron tres guiones diferentes en base a cada participante: autoridades, trabajadores y usuarios. Las preguntas fueron emergiendo a partir de las respuestas del entrevistado y los guiones se fueron modificando de acuerdo a los nuevos interrogantes surgidos en el proceso.

2.3. Procedimiento

La participación de las personas siguió los principios éticos de voluntariedad, anonimato y confidencialidad. Todos los participantes, mayores de 18 años, tuvieron previo acceso al consentimiento informado.

Las entrevistas fueron analizadas mediante el método de comparación constante. Dicho método, permite aproximarse al conocimiento de un fenómeno mediante la recolección, el análisis y la comparación sistemática de los datos. El proceso básico consiste en la generación de categorías siguiendo diferentes tipos de codificación que se van integrando progresivamente en categorías más amplias o centrales.

Para el análisis de los datos se utilizó el software Atlas.ti en su versión 6. Para su abordaje analítico, la categoría “accesibilidad” fue desagregada en las siguientes cuatro dimensiones: geográfica, organizacional, económica y simbólica.

3. Resultados

Se ha reconocido que la dimensión geográfica de la accesibilidad guarda relación con el recorrido que tienen que hacer las personas para llegar al efector, el tiempo empleado para ello y el transporte utilizado para realizar ese trayecto.

La dimensión organizacional se encontró relacionada con la orientación de la oferta que cada servicio establece, los criterios de admisión, organización de turnos, el acceso a la medicación, así como el equipo de trabajo –cantidad, interdisciplina y perfil de los profesionales- conformados para dar respuestas en salud mental. Además se ha identificado como parte del aspecto organizativo, a la comunicación que acompaña el pasaje interinstitucional de los usuarios, fundamental para la continuidad de la atención.

En relación a la accesibilidad económica se han reconocido las fuentes de financiamiento de los efectores, costos del servicio, de medicación y de transporte.

En la dimensión simbólica de accesibilidad a los servicios de salud mental se ha encontrado una fuerte relación con los procesos de comunicación que tienen lugar entre las personas y los equipos de trabajo, con las valoraciones que cada persona construye en relación al servicio y fundamentalmente con los procesos de etiquetamiento y discriminación.

Es posible determinar que cada uno de estos componentes puede conformarse como garantía al acceso o por el contrario, como un límite. En la presente investigación, se observaron significativas barreras; algunas manifestadas en la llegada o ingreso a un efector en particular, y otras expresadas en el acceso a determinados abordajes que incluyen tanto las funciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, como así también, los mecanismos de coordinación y articulación entre los efectores a fin de dar continuidad a la atención. Estas barreras, operan obstaculizando o limitando la atención y por tanto, expresan la denegación o vulneración de derechos.

Es en la dimensión organizacional en donde se identificó una presencia significativa de barreras, expresadas mediante los obstáculos que impone la organización misma de los servicios, generando experiencias expulsivas. En este sentido, se ha destacado la orientación de la oferta a la atención de determinados problemas previamente seleccionados, los restrictivos criterios de admisión y listas de espera que van delimitando quienes están en condiciones de ser atendidos y quiénes no. En relación a la continuidad de la atención, las barreras organizativas atañen especialmente a la información que acompaña el pasaje interinstitucional de los usuarios, en donde las relaciones personalizadas, de conocimiento previo (“amiguismo”) entre los profesionales, priman respecto de la organización institucional.

Por su parte, las dimensiones geográfica y económica, en gran medida estuvieron supeditadas a las barreras organizativas. En este sentido, se ha identificado que las dificultades en la obtención de turnos, los procesos de selectividad y la insuficiente disponibilidad de medicamentos en los servicios municipales, inciden directamente en la accesibilidad geográfica ya que las personas se ven obligadas a trasladarse hacia el hospital general o al hospital psiquiátrico, y también en la accesibilidad económica, debido a que deben resolver el costo del transporte. En relación a esto último, el “pase libre” que otorga el Certificado de Discapacidad, así como el financiamiento total o parcial del costo del boleto por parte de las autoridades, fueron reconocidas por los entrevistados como soluciones para solventar los costos que implica el traslado; aún así se constituyen como barreras ya que no es la condición de ciudadanía la que garantiza el acceso, sino la condición de discapacidad certificada para el primer caso, y la condición socio-económica para el segundo. La ubicación del hospital regional en su vinculación geográfica con las localidades investigadas, se ha considerado como “relativamente” cercana; por su parte, aspirar a la accesibilidad geográfica al hospital psiquiátrico constituye un contrasentido, en tanto fue pensado desde sus orígenes como un lugar de aislamiento; ubicado en la lejanía del espacio urbano expresa una barrera geográfica hasta para los mismos habitantes de Oliva.

También en el aspecto organizativo de los servicios, se han reconocido ciertas condiciones que determinan exclusiones desde la dimensión económica. En algunos efectores, se reserva la gratuidad de la atención a las personas que no tienen cobertura social y en otros, se instrumentan formas de pago por las prestaciones recibidas. Entre estas últimas, se destacó en un servicio municipal la implementación del bono contribución cuyo objetivo explícito es disminuir la cantidad de consultas en psicología.

La accesibilidad simbólica se presentó como una dimensión que rescata el análisis de los vínculos, muchas veces conflictivos, que se establecen entre los usuarios, trabajadores y decisores de los efectores de salud. Los servicios, mediante acciones e inacciones, discursos que se producen y reproducen, “*construyen modos particulares de acceso y son productores de subjetividad*” (Comes & Stolkner, 2005). En este sentido, se ha identificado que las barreras simbólicas tienen lugar cuando los profesionales no aprecian las diferencias culturales y de sentido, entre ellos y los usuarios; situación

que muchas veces está acompañada con actitudes o discursos discriminatorios basados en preconceptos. También se ha caracterizado como barrera simbólica a la comunicación por medio de un lenguaje técnico y complejo, así como la desinformación y/o información incompleta. Los preconceptos asociados a la “locura”, con su fuerte instalación y reproducción en la sociedad, también son una barrera simbólica ya que generan reticencia a acceder a la atención en salud mental, situación que es más visible en las localidades pequeñas en tanto se pone en juego el temor a ser identificado.

Por último, en lo que respecta a las características que adquiere el proceso de atención en salud mental en la zona investigada, se ha reconocido que lo local condice con las características generales presentes en los antecedentes consultados: la persistencia del hospital psiquiátrico como centro del engranaje asistencial, insuficientes respuestas locales en salud mental, así como lentos y limitados avances en la readecuación de la atención.

En este sentido, se reconoce la naturalización de situaciones que constituyen incumplimientos desde la perspectiva de derechos, tales como: la internación como respuesta privilegiada, la persistencia de la apelación al poder judicial ante la necesidad de garantizar internaciones, la insuficiencia de respuestas locales que da como resultado un circuito de constantes modos de institucionalización, y la recepción de la demanda a través de diferentes formas expulsivas.

Los abordajes territoriales están lejos de generar respuestas que sustituyan el internamiento, y el hospital general presenta resistencias para readecuar su dinámica de atención, lo cual, refuerza el modelo centrado en el hospital psiquiátrico como núcleo hegemónico del sistema de atención.

Las prestaciones en salud mental son predominantemente asistencialistas; las acciones de promoción y prevención ocupan un lugar secundario y en algunos casos nulos, no identificándose actividades y/o estrategias que apunten a incentivar procesos de participación en las comunidades.

4. Conclusión

El punto de partida de esta investigación, fue considerar a la atención en salud mental como un derecho de todas las personas y a la accesibilidad como una obligación del Estado. La accesibilidad al sistema de salud constituye uno de los desarrollos fundamentales desde la noción de Atención Primaria de la Salud, y a su vez, es uno de los puntos centrales en las leyes de salud mental, ya que la transformación del campo se fomenta a partir de modalidades de abordaje territoriales y sustitutivas al manicomio.

El camino recorrido a lo largo de este trabajo, advierte la necesidad de ampliar las condiciones de accesibilidad, en sus dimensiones geográfica, organizativa, económica y simbólica.

Avanzar en la transformación del modelo manicomial al modelo comunitario advierte enormes desafíos, ya que el manicomio en la actualidad no sólo se presenta como el lugar por excelencia de atención de los problemas psíquicos, con un peso desmesurado en relación a otras prestaciones, sino que además, queda ubicado como depósito de lo que no encuentra lugar en la comunidad.

Las experiencias comprometidas con la transformación en salud mental pueden reconocerse fragmentadas y desarticuladas, en general circunscriptas a lo situacional o local, y vinculadas a voluntades contingentes.

Esta lectura de la realidad, plantea la necesaria y progresiva plena implementación de las leyes de salud mental, para lo cual es crucial la participación comprometida de los actores del campo y de la ciudadanía en la toma de decisiones.

5. Referencias

- Ase, I. (2012). Las políticas de salud mental en el marco de las políticas públicas hoy. Leyes sin reglamentar, prácticas sin transformar: ¿Cuál es el lugar de la salud mental en las políticas públicas hoy? Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos. Córdoba, Argentina.
- Barcala, A. y Stolkner, A. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en crisis – Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina: Dunken.
- Corbin, J. y Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13, p. 3-21.
- Comes, Y. y Stolkner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Salud Colectiva* 12, p. 137-143. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862005000100013&lng=es&nrm=iso
- Gerlero, S.; Augsburger, A.; Duarte, M.; Escalante, M.; Ianowski, M.; Mutazzi, E.; Yanco, D. (2010). Diagnostico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en Salud Mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Publica* 1 (2), p. 24-29. Recuperado de <http://www.saludinvestiga.org.ar/.../diagnostico...>
- Gerlero, S.; Augsburger, A.; Duarte, M.; Gómez, R. y Yanco, D. (2011). Salud Mental y Atención Primaria. Accesibilidad, Integralidad y Continuidad del Cuidado en Centros de Salud, Argentina. *Revista Argentina de Salud Publica* 2 (9), p. 24-29. Recuperado de <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-IX.pdf#page=24>
- Faraone, S.; Valero, A.; Torricelli, F.; Rosendo, E.; Mendez, M. y Geller, Y. (2012). Accesibilidad y Derechos Humanos: Análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego. *Revista Argentina de Salud Pública* 3 (12). Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-XII.pdf>
- Rodríguez, G.; Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Stolkner, A. y Solitario R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira, D. (comp.) *Atención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Testa, M. (1995). *Pensar en Salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.