

Inclusión social y salud mental: reflexiones sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados de Montevideo a partir de un estudio de caso

Agustín Cano Menoni, Victoria Evia e Ismael Apud
Autor referente: acano@psico.edu.uy

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Historia editorial

Recibido: 01/02/2013
Aceptado: 14/05/2013

RESUMEN

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en América Latina y el Caribe y en la bibliografía se ha constatado la existencia de una “brecha de atención” signada por importantes problemas de acceso (Rodríguez, 2011). Este trabajo tiene como objetivo analizar las condiciones de accesibilidad (Stolkner 2004, 2006) a un servicio de salud mental público de la ciudad de Montevideo (Uruguay). Se toma como caso al servicio de salud mental del Centro de Salud Jardines del Hipódromo dependiente de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). La metodología empleada fue de corte

cualitativo, indagando en torno a los sentidos y valoraciones de los distintos actores involucrados. Se identificaron tres componentes principales: gestores, trabajadores y usuarios. De cada grupo se seleccionaron distintos integrantes, de acuerdo a las posibilidades de acceso a los mismos y a su participación en la problemática. El diseño metodológico combina las técnicas de entrevista semi-dirigida, talleres y observaciones. Los resultados del trabajo identifican las condiciones de accesibilidad consideradas desde la perspectiva de cada componente.

Palabras clave: Salud mental; Accesibilidad; Modelo atención

ABSTRACT

Mental disorders are highly prevalent in Latin America and the Caribbean, while the specialized literature has confirmed the existence of a "care gap" characterized by significant problems of access (Rodríguez, 2011). This work aims to analyze the accessibility conditions (Stolkiner 2004, 2006) to a public mental health service from Montevideo (Uruguay). The case of the study was the mental health service of the Health Center "Jardines del Hipódromo", dependent from the Administration of State Health Services (ASSE). The methodology had a

qualitative approach, inquiring about the senses, values and expectations of the various actors involved. We identified three main components: policy makers, workers and users of the health service. From each group were selected different members, according to the possibilities of access to them and their participation in the issue. The methodology combines a range of techniques such as semi-directed interviews, workshops and observations. The study results identified the accessibility conditions considering the perspective of each component.

Key Words: Mental health; Accessibility; Model of care.

Introducción

En el presente trabajo se presentan los principales resultados del proyecto de investigación *"Inclusión social y salud mental: análisis de las condiciones de accesibilidad a los servicios descentralizados de salud mental, en el caso del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo (Uruguay)"*, desarrollado por un equipo interdisciplinario integrado por docentes del Programa Integral Metropolitano (PIM), la Facultad de Psicología y la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República, con el aval del Centro de Salud involucrado. Dicho proyecto fue financiado por la edición 2010 del "Programa proyectos de investigación e innovación orientados a la inclusión social" de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (CSIC), y fue desarrollado en el período comprendido entre abril de 2011 y abril de 2012.

En otro trabajo hemos desarrollado las conclusiones del proyecto en lo que refiere a las relaciones entre el modelo de atención y el problema de la accesibilidad¹.

En esta oportunidad nos centraremos en los resultados vinculados al objetivo de analizar las condiciones de accesibilidad al servicio de salud mental en el caso estudiado.

El Centro de Salud Jardines del Hipódromo (CSJH) depende de la Administración Nacional de Servicios de Salud del Estado (ASSE) e integra la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE). Entre distintos servicios cuenta con un 'Equipo de Salud Mental' (ESM). Este servicio de Salud Mental responde tanto a la RAP-ASSE como a la Dirección de Salud Mental de ASSE. Los usuarios que utilizan el servicio de Salud Mental pueden ser tanto derivados por médicos del CSJH como por médicos de las policlínicas dependientes del CSJH.

El CSJH está ubicado en la zona noreste de la ciudad. Se eligió este servicio de salud como caso de estudio por encontrarse dentro del territorio de referencia del PIM, programa universitario en el marco del cual se realizó esta investigación.

El área de influencia del CSJH comprende una zona con características con niveles de precarización social por encima de la media de la ciudad de Montevideo. En grandes rasgos las características sociodemográficas de la zona comprenden una población aproximada de 136.690 habitantes (10,3% del total de la población de Montevideo) (Censo 2004). Presenta una estructura poblacional joven, y con tasas de natalidad más altas que la media Montevideana. En relación a la pobreza infantil, en la zona habita casi el 20% del total de niños en situación de pobreza de Montevideo (IMM, 2009).

La accesibilidad como problema de investigación

Los padecimientos caracterizados en el campo sanitario como “trastornos mentales” tienen una alta prevalencia en América Latina y el Caribe (AL&C) y contribuyen de manera importante a la discapacidad y la mortalidad prematura (Rodríguez, 2011).

La relación entre los componentes físico y mental de la salud es compleja, y la propia distinción entre salud mental y salud biológica o fisiológica resulta insuficiente y ha sido superada en el estado del arte de la investigación en salud (Galende, 1994; Fiasché, 2005; Saforcada et al., 2010). Los así llamados trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y de sufrir lesiones no intencionales e intencionales (Stolkiner, 2007; OMS, 2009; Rodríguez, 2011). A nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de las enfermedades, distribuidas en desigual proporción: tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medio (Rodríguez, 2011). Por este motivo, la OMS ha priorizado en sus formulaciones políticas el componente de la salud mental, y en particular el desarrollo de servicios de salud mental de base comunitaria, articuladas en red, y con base en una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) (Stolkiner, 2007; OMS, 2009; OPS, 2010; Rodríguez, 2011).

Las investigaciones reseñadas, a su vez, han señalado también la existencia de una “brecha de atención” signada por importantes problemas de acceso en el caso de la salud mental, la cual es particularmente grave en el caso de los países de AL&C. *“La brecha de tratamiento en AL&C, según estimados conservadores, está por encima del 60 %”* (Rodríguez 2011, p.88). En el caso de la salud mental, el problema de la accesibilidad es un importante problema contemporáneo.

La noción de accesibilidad que data de la década del 60' cobra especial relevancia en el campo de la salud siendo definida 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).

Enrique Saforcada (1999) señala la existencia de un componente formal, uno cuasi formal y un componente informal en los sistemas de salud, destacando un cuarto componente "intersubjetivo" pautado por las relaciones entre usuarios, trabajadores y actores de los diferentes componentes. En este componente intersubjetivo, cuando las relaciones entre los espacios formales, cuasi formales e informales se rompe o se ve violentada, se genera lo que Saforcada llama "barrera psicosociocultural" en la satisfacción de necesidades y derechos de atención y salud. En este componente intersubjetivo, es donde podría ubicarse la noción de accesibilidad.

El concepto de accesibilidad fue entendido inicialmente como un problema de la oferta, que volvía necesario, así, eliminar las barreras que se interponían al pleno acceso a la oferta (Stolkiner 2006). Dichas barreras fueron caracterizadas como: geográficas, económicas, administrativas y culturales. Ahora bien, como señala Stolkiner, *"el problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad."* (2006, p. 202). En esta línea de análisis, Solitario, Garbus y Stolkiner (2008) definen a la accesibilidad como: *"el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud. Este vínculo surge de una combinatoria entre las 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"* (Solitario et al 2008, p. 264). Por tanto, al analizar las condiciones de accesibilidad es importante considerar no solo las 'barreras' sino también incorporar las valoraciones y sentidos que usuarios y trabajadores tienen sobre el servicio estudiado y los procesos de salud y enfermedad así como analizar las prácticas de utilización de los servicios donde se constituye la relación asistencial.

De este modo, en concordancia con la perspectiva de Rudolf et al (2010), consideramos a los modelos de atención en salud mental como parte del problema de la accesibilidad.

Para su abordaje analítico, a partir de Stolkiner (2006 & 2004) y de Solitario et al (2008), la categoría “accesibilidad” fue desagregada en las siguientes cuatro dimensiones: a) Accesibilidad geográfica (vinculada a la distribución de los servicios y la conectividad de los mismos en relación a su zona de referencia); b) Accesibilidad económica (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); c) Accesibilidad administrativa-organizacional (organización del servicio, desde los mecanismos de coordinación de consultas a la disponibilidad de medicamentos); y d) Accesibilidad sociocultural (referida a la manera en que se perciben y se piensan los actores involucrados en la relación asistencial).

Metodología empleada

La investigación se basó en una estrategia metodológica de corte cualitativo, que junto a la caracterización general del problema buscó también indagar en torno a los sentidos, valoraciones y expectativas de los distintos actores involucrados, los cuales fueron caracterizados en tres grupos: técnicos, gestores y usuarios. Partimos de la idea de que este tipo de diseño es el más adecuado para abordar el problema de la accesibilidad como ha sido definido en el apartado anterior.

El universo de estudio fue abordado a través de un muestreo intencional teórico relativos al grado de representatividad, accesibilidad y homogeneidad/heterogeneidad. Se conformaron tres grupos de actores: técnicos, usuarios y gestores.

De cada grupo se seleccionaron distintos integrantes, de acuerdo a las posibilidades de acceso a los mismos y a su participación en la problemática.

El diseño metodológico se apoyó en tres técnicas principales: entrevistas semidirigidas, observaciones de campo y talleres de discusión, además del relevamiento y sistematización de antecedentes y fuentes secundarias de información.

Dentro de los gestores se entrevistó a los directores/as del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, Dirección de Salud Mental de (ASSE), Red de Atención Primaria de ASSE y del Centro de Salud Jardines del Hipódromo.

Dentro del grupo de trabajadores se consideró a la totalidad (13) de trabajadores del 'Equipo de salud mental', incluyendo a doctores en psiquiatría, licenciados en psicología, licenciados en trabajo social, auxiliares de enfermería y trabajadores administrativos. Se utilizó la técnica de entrevista semi dirigida (12 de 13) y trabajo en taller mediante metodología de "mapeo participativo de problemas". También se entrevistó a médicos de familia que trabajan en policlínicas dependientes del CSJH que refieren usuarios hacia el servicio de salud mental.

Dentro del grupo usuarios se realizaron entrevistas semi dirigidas en domicilio, dos talleres y conversaciones informales en sala de espera. Se tomó como criterio de exclusión el brote psicótico, acentuada psicopatología y déficit cognitivo severo. Para los talleres con usuarios se eligió trabajar fuera de la institución donde se presta el servicio de salud mental como una opción metodológica para poder establecer un encuadre de mayor confianza con los usuarios del servicio de salud mental. Se realizó un taller en una policlínica dependiente del CSJH y otro en una asociación civil donde asisten usuarios del servicio de salud mental.

Se realizaron observaciones en la sala de espera del servicio de Salud Mental en diferentes días y horarios de la semana.

El análisis de los datos se realizó mediante una codificación de las barreras y facilitadores identificados en las entrevistas, observaciones, y talleres, organizadas según las dimensiones de análisis elaboradas a partir del marco teórico.

Resultados y discusión

El esfuerzo por desagregar la accesibilidad en dimensiones analíticas tiene como propósito contribuir a visibilizar los distintos sentidos, valores y prácticas que conforman cada una, sin perder de vista que los mismos se encuentran interrelacionados y constituyen “(...) el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud” (Solitario et al 2008, p. 264). A continuación se presentan en modo sintético los principales resultados alcanzados de acuerdo a los tres grupos de actores definidos.

Desde **la perspectiva de los gestores** se identificaron algunos problemas generales en relación a la prestación de los servicios de salud mental en nuestro país, que trascienden el caso concreto estudiado. De ello son ejemplo: los problemas en torno al sistema de registro de información, evaluación y monitoreo de los procesos, la duplicidad de criterios en la forma de contratación y remuneración del personal técnico, la doble dependencia de los Equipos de Salud Mental en relación a las jerarquías institucionales dentro de ASSE, y la fragmentación de la salud mental con respecto a la atención en salud en general.

Siendo ASSE el ente efector de las políticas de Salud, y teniendo el MSP la responsabilidad de monitoreo y fiscalización, son notorias las dificultades que el Programa de Salud Mental del MSP encuentra en el monitoreo y evaluación de la Red de Salud

Mental vinculada a la RAP-ASSE. Si bien existen planillas de registro con las que los técnicos deberían trabajar, éstas son escasamente utilizadas, y cuando lo son, su registro es realizado con importantes vacíos en la información, lo que las hace inutilizables para su análisis estadístico, y por lo tanto para la construcción de índices de evaluación y monitoreo. El problema habla por un lado de una escasa “cultura de registro” por parte de los técnicos y trabajadores, pero, por otro lado, de la falta de una estrategia y una metodología clara de recolección de información por parte de ASSE. Los problemas de registro desbordan ampliamente el tema de la evaluación y el monitoreo, y se extiende a todo el sistema de información, incidiendo en las derivaciones, el acceso a historiales clínicos, y la referencia y contrareferencia, entre otros.

La fragmentación de la salud mental con respecto a la atención en salud en general es otro tema que fue abordado en varias ocasiones, y se relaciona con la disociación del historial clínico en salud mental del resto de los historiales médicos. Se produce así una separación de lo psíquico y social del resto de la persona, que deviene en una fragmentación y empobrecimiento de los abordajes, la atención, el diagnóstico y el tratamiento.

En lo que refiere a **la perspectiva de los trabajadores**, la información recabada fue de una gran riqueza y vastedad, y su presentación supera las posibilidades de este artículo. A continuación se presenta una síntesis de la información principal.

Dentro de la dimensión geográfica, los trabajadores comparten la visión de que en términos generales existe una adecuada distribución de las unidades de atención, que permitiría a la mayoría de los usuarios moverse en la red geográfica de modo de poder acceder al servicio. La presencia de las policlínicas barriales dependientes del CSJH es señalada en varios casos como una fortaleza del servicio de salud en general.

Si bien allí el usuario no recibiría atención psiquiátrica si recibiría cierto tipo de 'contención' basada en factores como el vínculo de confianza establecido con el "médico del barrio" (quienes en general están trabajando en la zona por un tiempo prolongado). Por otro lado, del taller desarrollado con trabajadores de las policlínicas dependientes surgió que la "distancia geográfica entre los técnicos" si sería un problema. Es interesante observar las distintas percepciones sobre la distancia entre quienes trabajan en el Centro de Salud (que oficiaría como centro) y quienes lo están en las policlínicas barriales (periferia).

Tomando en cuenta que la población estudiada es particularmente vulnerable desde un punto de vista socioeconómico, las barreras económicas inciden desfavorablemente en la accesibilidad geográfica. Si a su vez sumamos los problemas en la dimensión administrativa, como los problemas en los horarios de atención, vemos que se configura un escenario donde las dificultades económicas llevan a ciertas limitaciones en la movilidad geográfica por medio del transporte urbano, que a su vez son potenciadas por las dificultades encontradas a la hora de acceder al horario de consulta, lo cual refuerza negativamente la disposición a concurrir nuevamente al servicio:

"Vienen en ómnibus y tienen que tener plata para el boleto (...) Pero claro, se junta lo geográfico con lo administrativo, porque de repente, hacés el esfuerzo, juntás la plata para el boleto, sabés que tal día tenés que venir de repente lo hacés. Pero venís y ¡ah!, cambiaron el horario de atención, venís y el psiquiatra faltó o el psicólogo"
(Trabajador/a ESM).

Por otro lado, tanto las prestaciones del servicio de salud como los medicamentos son sin costo directo para el usuario lo cual facilita el acceso tanto al servicio como al tratamiento desde la dimensión económica.

Asimismo cabe señalar que hay pacientes que pueden solicitar el “pase libre” en el transporte colectivo urbano.

En cuanto a la dimensión administrativo-organizacional se encuentra una seria dificultad en el acceso a la consulta por parte de los usuarios. Esta dificultad tiene tres componentes: la forma de acceso a la primera consulta, el sistema para agendar la consulta y los tiempos de espera. En cuanto a la forma de acceso a la primera consulta, todos los usuarios deben hacerlo a través de un pase con otro médico; el servicio tampoco contempla las consultas espontáneas o los casos agudos. Mientras se desarrolló el trabajo de campo los horarios en los que se podía solicitar la hora eran acotados y variables y sólo podía pedirse hora concurriendo al centro (siendo imposible hacerlo vía telefónica). Tampoco se contaba con un sistema informático sino que se llevaba la agenda en un cuaderno.

“Acá se dan tres veces por semana, en un momento se daba toda la mañana, tres veces por semana, pero después por un tema de la administrativa quedó como con otra tarea que le pusieron, solo está dando dos horas por la mañana y después en la tarde de 2 a 6, lunes, miércoles y viernes. También se dio vía telefónica pero eso fue muy confuso porque la gente a veces venía y decía que había llamado, y eso no había quedado registrado. Esta toda la limitación enorme que por un problema del cable no se pudo dar vía informática las horas entonces se volvió a dar horas con los cuadernos” (Trabajador/a ESM).

El tiempo de espera para la consulta podía llegar a más de dos meses de espera, siendo que la normativa vigente reglamentada por el MSP sobre derechos de los usuarios establece un tiempo máximo de espera para especialista de 30 días. Esto trae como consecuencia no sólo a un mayor número de inasistencias por parte de los usuarios sino

también riesgos y cronificaciones producto de la falta de atención en el momento adecuado:

“Una primera vez acá en este momento se está dando en 60 días, y las pautas eran de 30 pero digo ahora justamente como está viniendo más gente se está dando de 60 días y más la fecha para una primera vez. Entonces esa persona como que viste, en un primer momento demanda la consulta, porque se siente mal pero de repente fue a una puerta, fue a un médico de familia, de repente le dio un diazepam, un clonazepam, una medicación que lo calmó un poco, y ta, no vino a la consulta porque se olvidó, porque pasó mucho tiempo, porque se sintió un poco mejor. Y justamente a veces después vuelve porque su patología no era una cosa del momento, entonces vuelve, pero ya con la patología más avanzada, por supuesto” (Trabajador/a ESM).

La falta de una gestión de la información organizada e informatizada incide en distintos aspectos vinculados a la accesibilidad del servicio, repercutiendo en la coordinación y circulación de la información en el centro, en el acceso a las historias clínicas entre los propios técnicos del circuito policlínicas dependientes - Centro de Salud- equipo de Salud Mental y en el acceso a información relevante consecuencia de la falta de registros administrativos. Por otro lado, otro elemento que surgió en forma recurrente en las entrevistas fue la escasa o nula contrareferencia.

“Nos enteramos de los tratamientos a través de los pacientes. Eso no es lo adecuado, porque muchas veces el paciente no entiende el tratamiento”.

(Trabajador/a de policlínica).

También se registran dificultades cuando es necesario derivar al usuario a un especialistas de los que carece el CSJH (ej.: neurólogo o psicomotricista) en otros servicios de salud.

Estas dificultades suponen la imposibilidad de realizar diagnósticos diferenciales necesarios para la definición del tratamiento.

Los trabajadores también identificaron problemas con la farmacia y el acceso a los medicamentos. Si bien los medicamentos no tienen costo directo para el usuario, hay serios problemas de desabastecimiento de ciertos medicamentos (antipsicóticos y antidepresivos entre ellos) y según algunos psiquiatras del ESM los que hay disponibles ya son anticuados. Según los trabajadores el problema no es sólo del Centro de Salud estudiado. La falta de medicamentos ha ocasionado situaciones de violencia que han afectado tanto a usuarios como trabajadores del ESM:

"Los pacientes se descompensan porque no hay medicación y dijeron que no va a haber [...] han habido agresiones". (Trabajador/a ESM)

Como puede observarse, el problema de desabastecimiento de la farmacia, que es originalmente un problema de gestión, o de logística, genera situaciones de violencia y agresión. Dicha violencia suele ser ubicada exclusivamente en "el paciente descompensado" que "agrede al médico", lo que impide reflexionar sobre la violencia que la propia institución ejerce en la persona que no recibe la medicación que necesita para aliviar su padecimiento psíquico (motivo por el cual en primer lugar estaría siendo medicado).

Las dificultades en los horarios de consulta no sólo involucran aspectos de orden administrativo, sino también a problemas vinculadas al trato del médico con el paciente, y a las diferencias en los estratos socio-culturales entre los usuarios y los trabajadores del servicio, dentro de la dimensión socio-cultural. Diferencias que llevan por ejemplo a una visión pesimista por parte de los trabajadores en torno a la capacidad de actuar sobre las condiciones de vida y la salud mental de los usuarios, o a una representación

desvalorizada de los mismos. Vinculado a lo anterior, encontramos también el problema de la estigmatización del enfermo mental.. Expresión de esto sería, en nuestra opinión, la separación edilicia del Equipo de Salud Mental respecto al resto del Centro de Salud (problema que al momento de culminar la investigación se encontraba en vías de solución). Si bien el ESM en sus comienzos funcionó dentro del Centro de Salud, luego de unos tres años fue mudado a un local aparte. La mudanza fue desencadenada debido a una situación de violencia generada en la sala de espera donde una paciente en medio de una 'descompensación' agredió a un niño. Esta mudanza fue evaluada como positiva en aquel momento por los trabajadores del equipo porque les permitió tener un espacio más amplio para trabajar. Sin embargo, la separación también es resentida y en muchos casos interpretada como una discriminación hacia el servicio de salud mental y sus pacientes. Es en este tipo de medidas donde pareciera actualizarse el prejuicio de la “peligrosidad del loco” (Foucault, 1996), que opera sobre el paciente de salud mental.

Por último, se observa también una carencia en la inclusión de estrategias que excedan el espacio físico del consultorio y la función asistencial. Si bien se realizan visitas domiciliarias con una frecuencia semanal, las mismas tienen un perfil asistencial o de seguimiento. Existe también una experiencia de trabajo grupal con un grupo de familiares de adictos, pero dicha experiencia tiene según los propios técnicos un alcance limitado. Si bien en la misión original de los ESM la promoción y prevención en salud mental se encontraban dentro de sus objetivos, la falta de estrategias comunitarias trae como consecuencia un modelo asistencial que no contempla en los hechos acciones de prevención y promoción en salud mental. Pese a que los trabajadores son conscientes de esta carencia, y expresan en sus relatos entusiasmo por la perspectiva comunitaria de promoción y prevención, en los hechos el trabajo se lleva principalmente dentro del

consultorio, reproduciendo el modelo “individual-restrictivo” centrado en la enfermedad (Saforcada et al., 2010).

Por último, presentamos los resultados referidos a **la perspectiva de los usuarios**. A partir de las observaciones realizadas durante el trabajo de campo, pudimos observar que el local cuenta con una pequeña sala de espera (entre 6 y 8 mts²) la cual está equipada con bancos y carteleras donde hay dispuestas diversas informaciones. Desde allí se accede a un cuarto que oficia de enfermería y a los 3 consultorios. Una vez por semana, cuando funciona la reunión de equipo las puertas del local permanecen cerradas durante la misma (2 hrs en la mañana), debiendo los usuarios esperar a la intemperie, ya que la reunión de equipo es desarrollada en la sala de espera. Los usuarios cuentan con un espacio reducido para esperar ser atendidos y no cuentan con un baño que puedan utilizar en el local. En caso de precisar utilizar el baño deben trasladarse hasta el local del Centro de Salud.

“La sala de espera estaba vacía. Se ve que hay algunos técnicos en los consultorios cuando salen a la cocina o al baño. La reunión era en la administración-recepción. Cuando habíamos coordinado el encuentro marcamos para un jueves, porque era el día que estaba más tranquilo por no haber ese día entrega de horas. Mientras conversábamos, algunos usuarios entraban para pedir hora para atenderse (durante la hora y media que duró el encuentro llegaron cuatro usuarios). La administrativa les informaba que los días para pedir hora eran los lunes, miércoles y viernes, de manera oral, retirándose a continuación los usuarios. Solo a uno de ellos (el primero) se le dio un papel con los horarios anotados. La administrativa me realizó una explicación de la situación diciendo que ‘hay carteles pegados por todos lados, les das las hojitas estas con horarios y nada’. La información efectivamente se encontraba en una de las

cartelera, pero al estar el salón repleto de las mismas no es una información que se encuentre a primera vista. Ninguno de los usuarios consultó los horarios en las cartelera." (Cuaderno de campo. 5 de mayo 2011).

Mediante esta situación, la cual se repitió de manera similar en algunas otras ocasiones, se puede observar que si bien desde los trabajadores la información sobre los horarios en los que es posible 'agendar' hora está disponible, para los usuarios dicha información no resulta tan clara.

A partir de las observaciones también fue posible identificar que el ausentismo laboral de los técnicos del equipo es bastante elevado. La mayoría de las veces que concurrimos al servicio uno o más técnicos había faltado por estar certificado. El ausentismo del personal técnico, que no es el objeto de nuestra investigación, podría ser un indicador de desgaste profesional, que habría que estudiar específicamente. Lo que interesa aquí mencionar es que este problema incide en la accesibilidad, en tanto cuando un profesional falta constatamos que por lo general no existe un mecanismo de suplencia, generando un desgaste para los usuarios que van hasta el servicio en el día y hora indicados y no son atendidos.

En las entrevistas semi-dirigidas realizadas a usuarios en domicilio los entrevistados manifestaron no tener mayores dificultades de acceso, y dicha respuesta se mantuvo al indagar las diferentes dimensiones de la accesibilidad. Al respecto vale considerar algunas peculiaridades que estas entrevistas tuvieron en las condiciones en que fueron realizadas. Por una parte, fueron entrevistas realizadas a un sector de la población de usuarios que efectivamente cuenta con altos niveles de accesibilidad, en tanto reciben la visita domiciliaria del ESM.

En segundo lugar, la presencia de integrantes del ESM, o nuestra identificación con ellos (arribamos en el mismo vehículo) pudo haber oficiado como un factor potencialmente inhibitorio hacia los entrevistados. En cualquier caso, de esta instancia surge que los entrevistados manifestaron su total conformidad con el servicio de salud mental.

Otra de las estrategias para el trabajo con usuarios consistió en vincularse con una Asociación Civil que trabaja con usuarios de salud mental que refieren al Centro de Salud, y en el marco de la cual desarrollamos una entrevista grupal con usuarios de salud mental. En dicha entrevista, los usuarios identificaron en la dimensión administrativo-organizacional las mayores barreras para el pleno acceso a la atención, destacando las dificultades para coordinar una consulta, para el acceso a los medicamentos. Asimismo, se señaló si se atendieran situaciones de urgencia en el propio centro de salud se podrían evitar internaciones psiquiátricas en el Hospital Vilardebó.

Por otro lado, los entrevistados destacan el espacio que ofrece dicha Asociación Civil como un espacio en el que encuentran una mayor contención para poder abordar sus situaciones de sufrimiento psíquico. Una de las entrevistadas expresa:

Entrevistada 2: “Estuve como dos meses esperando a que me dieran fecha. Y si vos no vas ya la perdiste. Tenés que esperar como dos meses a que te den de nuevo [...] Por ejemplo en mi caso yo hay días que no me puedo ni levantar, no me puedo trasladar y tenés que ir de nuevo a pedir fecha. O si la doctora faltó por algo, ah, otra fecha. Entonces si es para darme pastillas no. Después la doctora me dijo que iba a empezar este espacio acá y va a hacer dos años ya. Yo me siento re tranquila, re bien acá. Porque acá no te dan medicación, acá charlamos, escuchamos música, compartimos todo, los problemas de cada uno. Escuchamos de uno, de otro, leemos. [...] Pero yo prefiero venir acá y no que un médico te diga, '¿usted se quiso matar?

¿No? Eh, Tome la pastilla. Váyase a su casa, si se siente que recae pida fecha'."

La insatisfacción de la usuaria tiene un correlato con sus concepciones sobre lo que es su salud, su enfermedad y por ende la respuesta terapéutica esperada. Al contraponer el servicio de salud mental con la propuesta del taller literario, el cual la entrevistada identifica como un espacio terapéutico, está refiriéndose a una propuesta con la cual si se siente satisfecha. Es posible inferir que las características de esa propuesta donde “*se charla, se escucha música, se escucha de uno y de otro y se lee*” resulta satisfactoria porque está relacionada con las concepciones sobre lo que es la salud. Si bien es necesario seguir profundizando la investigación en este punto, consideramos que es posible identificar una serie de características de este espacio de trabajo que lo convertirían en un espacio social y culturalmente accesible: el trabajo en grupo donde el usuario se encuentra con pares, la posibilidad de generar diálogos horizontales, donde se genera una interlocución (en oposición a la entrevista semiológica) y el trabajo sobre contenidos que sean de interés para los participantes (similares características a las observadas por Evia [2010] en su investigación sobre la Radio Vilardevoz).

Conclusiones

Puede afirmarse en sentido amplio que una estrategia que incluya la salud mental en el marco de una concepción integral de la salud, debería implicar tanto la descentralización de servicios efectores de salud (condición de la accesibilidad geográfica), tanto como la transformación del modelo de atención históricamente prevalente en salud mental (individual-restrictivo, médico-céntrico, fármaco-céntrico y consultorio-céntrico) (Galende, 1994, Stolkiner, 2007; Saforcada et al, 2010; Rudolf et al 2010).

La existencia los ESM de ASSE en Montevideo y el interior ha significado un importante paso de descentralización de servicios de atención en salud mental, necesario para el acceso de la población a sus derechos de cobertura en salud; más no suficiente.

A partir de las perspectivas de los tres grupos de actores analizadas es posible concluir que existen dificultades en las condiciones de acceso al servicio de salud mental estudiado. Si bien algunas de estas dificultades (separación edilicia, forma de manejo de la agenda) pueden ser locales, se identifican problemas generales en relación a la prestación de los servicios de salud mental en nuestro país, que trascienden el caso concreto estudiado. De ello son ejemplo: los problemas en torno al sistema de registro de información, evaluación y monitoreo de los procesos así como la fragmentación de la salud mental con respecto a la atención en salud en general. Asimismo, se identifican problemas que son comunes a todos los servicios de salud mental de ASSE como la duplicidad de criterios en la forma de contratación y remuneración del personal técnico, la doble dependencia de los Equipos de Salud Mental en relación a las jerarquías institucionales dentro de ASSE, los problemas de un adecuado abastecimiento de las farmacias, los mecanismos de acceso a la primera consulta, la carencia de servicios de atención en crisis descentralizados, entre otros. Teniendo en cuenta que ASSE sigue siendo el prestador con más usuarios del país estas conclusiones resultan relevantes respecto de las condiciones de accesibilidad al servicio de salud mental no solo del caso estudiado sino a nivel nacional. Por otro lado, el acceso gratuito a consulta con especialista y a la medicación para los usuarios de ASSE resulta un gran facilitador que es necesario mantener.

En relación a la dimensión socio-cultural encontramos que la estigmatización al usuario de servicios de salud mental sigue estando presente en nuestra sociedad.

Esto opera como una dificultad de acceso al servicio en tanto genera resistencias en usuarios a quienes se les indica consultar en el ESM. En relación a la distancia social y cultural identificada entre los trabajadores y usuarios y las consecuencias que la misma tiene sobre la relación asistencial, está determinada por la situación particular del caso estudiado.

Habría que desarrollar nuevas investigaciones en otros servicios de salud mental para poder arribar a conclusiones generalizables.

Resulta también una línea de interés para seguir profundizando la mayor 'cercanía' identificada por los usuarios con las policlínicas dependientes respecto del CSJH.

Por último, la valoración por parte de los usuarios de un espacio terapéutico grupal, donde se trabaja a través de la expresión por sobre la atención clínica 'tradicional' también resulta de importancia de cara al trabajo en salud mental en un modelo basado en el primer nivel de atención (propuesto como meta del SNIS).

Consideramos que para el caso de la salud mental dentro de una concepción de salud integral, es necesaria una resignificación y diversificación de las estrategias y dispositivos de intervención. Esta constatación plantea desafíos, entre otros, a la propia Universidad, en su responsabilidad de contribuir desde la investigación, la extensión y la formación de los trabajadores de la salud, a la transformación del modelo de atención, tanto en el plano de la comprensión teórica de las problemáticas prevalentes, como en el plano de la recreación de dispositivos de intervención.

Agradecimientos

Agradecemos especialmente a los usuarios, trabajadores y gestores del servicio de salud estudiado. También agradecemos a la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) por su apoyo y financiación durante la realización de este trabajo.

Referencias

ASSE (2011). *La Salud Mental: Puerta abierta hacia una salud mental comunitaria*. Montevideo: Dirección de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Evia, V. (2010). *Porque necesito de voz para poner mi voz al aire... Etnografía en Radio Vilardevoz: representaciones sociales sobre la locura y prácticas de resistencia*. Disponible en: <http://eva.fhuce.edu.uy/course/view.php?id=9>

Fiasché, A. (2005). *Hacia una psicopatología de la pobreza*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Editorial Altamira.

Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

Goffman, E. (1986). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hamilton G. (2001): *Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos*. Disponible en: <http://www.isalud.org/documentacion>.

OMS & OPS (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia de reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Recuperado de: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

OPS (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y*

Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, No.4.

Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75 (2), pp. 86-96.

Rudolf, S; Bagntato, M; Güida, C; Rodríguez, A; Ramos, F; Suárez, Z; Arias, M. (2010). *Accesibilidad y participación ciudadana en el Sistema de Salud. Una mirada desde la Psicología*. Montevideo: Editorial Fin de Siglo.

Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención en salud*. Buenos Aires: Paidós.

Saforcada, E; De Lellis, M; Mozobancyk, S (2010). *Psicología y Salud Pública*. Buenos Aires: Paidós.

Solitario, R; Garbus, P; Stolkiner, A (2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Vol. XV, pp. 263-269.

Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Vol. XIV, pp. 201-209.

(2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación de dos utopías. En D. Maceira, (comp.) *Atención Primaria en Salud: Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.

Formato de citación

Cano, A. Evia, V. y Apud, I. (2013). Inclusión social y salud mental: reflexiones sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados de Montevideo a partir de un estudio de caso. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(1), 41 – 63. Disponible en:
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>

1 Ver el trabajo: Cano, A. Evia, V. y Apud, I. (2012) Modelos de atención y condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental. Estudio de caso en un servicio de Montevideo, Uruguay. *Diálogos*. Disponible en: <http://www.dialogos.unsl.edu.ar/>