

ARTÍCULOS ORIGINALES

ACCESIBILIDAD Y DERECHOS HUMANOS: ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ALTERNATIVOS AL MODELO ASILAR EN SANTA FE Y TIERRA DEL FUEGO

Accessibility and Human Rights. Analysis of the Care Processes Alternative to the Asylum-centered Model in Santa Fe and Tierra del Fuego

Silvia Faraone,¹ Ana Valero,¹ Flavia Torricelli,¹ Ernestina Rosendo,¹ María Mendez,² Yael Geller³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El tema desarrollado en este escrito se basa en la indagación en la accesibilidad y derechos humanos en Salud Mental. La profundización en el conocimiento sobre la trayectoria de acceso a la atención de los padecimientos mentales desde diversos efectores generales puede contribuir a generar aportes innovadores que pueden ser orientadores en el diseño de políticas públicas. OBJETIVO: Analizar la trayectoria de accesibilidad en salud mental en los efectores generales de salud del subsector público, estudiando los casos de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego (Argentina) en el marco de los dispositivos alternativos y/o sustitutivos del modelo asilar. MÉTODOS: Diseño cualitativo, de tipo descriptivo-analítico y de corte transversal, con una muestra no probabilística de carácter intencional. RESULTADOS: Con diferencias, las dos provincias analizadas se encuentran consolidando espacios alternativos y sustitutivos al manicomio. La presencia física del hospital monovalente (así esté situado dentro de la jurisdicción o fuera de su territorio) genera trayectorias que aún lo ubican como un efector más en el engranaje de la asistencia. El hospital general sigue generando resistencias para adecuar su dinámica institucional al abordaje de problemáticas vinculadas al padecimiento mental y a situaciones de vida complejas. CONCLUSIÓN: La atención primaria de la salud es un espacio privilegiado para fortalecer trayectorias de acceso con base en los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The main focus in this paper is related to the exploration of accessibility and human rights in mental health. Deepen the knowledge about access trajectory related to assist mental suffering of the different general services may contribute to generate innovative inputs to design public policies. OBJECTIVE: To analyze the accessibility in general health services of the public sector, considering the cases of the provinces of Santa Fe and Tierra del Fuego (Argentina), within the context of schemes which are alternative and/or substitutive to asylum-centered model. METHODS: Qualitative descriptive, analytical and cross-sectional design, combined with an intentional and non-probabilistic sample. RESULTS: Although with differences, both provinces are consolidating alternative and substitutive services to the insane asylum. The physical presence of monovalent psychiatric hospital (whether located within the jurisdiction or outside its territory) generates trajectories that still place it as a valid service in the health care scheme. The general hospital still generates resistance to adapt its institutional dynamics to dealing with issues related to mental suffering and complex life situations. CONCLUSIONS: Primary health care is a privileged space to strengthen access trajectories based on the rights of mental health services users.

PALABRAS CLAVE: Salud mental - Equidad en el acceso - Derechos humanos - Desinstitucionalización

KEY WORDS: Mental health - Equity in access - Human rights - Deinstitutionalization

¹ Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

² Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego.

³ Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativía", Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.

FECHA DE RECEPCIÓN: 30 de noviembre de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 31 de agosto de 2012

CORRESPONDENCIA A: Silvia Faraone
Correo electrónico: sfaraone@sociales.uba.ar

Rev Argent Salud Pública, 2012; 3(12):28-33

INTRODUCCIÓN

Las reformas actuales en salud mental apuntan a superar los procesos de segregación, estigmatización y discriminación que sufren los usuarios de los servicios de salud. La equidad, accesibilidad y calidad en la atención de la salud mental se instauran ahora como derechos de todas las personas. Las reformas reflejan una transformación en la asistencia de la salud mental, que plantea un desplazamiento de la atención desde el hospital psiquiátrico hacia el hospital general y las estrategias de atención primaria.

La temática de acceso a los servicios de salud mental es especialmente importante. Constituye una de las áreas prioritarias en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, a partir del incentivo de modalidades basadas en prácticas extramurales y la profundización del horizonte de posibilidades de transformación del modelo hospitalocéntrico.

co. En este sentido, las provincias en las cuales se realizó la presente investigación muestran procesos marcadamente diferenciados.

En la provincia de Santa Fe, la Ley Provincial de Salud Mental N° 10772, sancionada en 1991 y reglamentada recién en 2007, es un importante antecedente en torno a procesos desinstitucionalizadores y establece los principales pilares de una nueva lógica de asistencia en salud mental. Aunque la ley no explicita un proceso de cierre definitivo de las instituciones neuropsiquiátricas, plantea una serie de reformas tendientes a restringir los tiempos de internación y evitar el distanciamiento respecto a la familia, el medio social y la comunidad de pertenencia. Lo que se busca es sortear las internaciones de los pacientes aptos para ser atendidos en el marco de dispositivos alternativos y de tipo ambulatorio, apelando a esa instancia sólo de modo excepcional y cuando las circunstancias no permiten otra opción terapéutica.

Desde sus inicios en 2004, la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe asumió un proyecto de gestión denominado Sustitución de Lógicas Manicomiales. Con este enfoque, organizó la asistencia en salud mental a partir de diversos programas estratégicos, constituyendo ejes clínico-políticos orientados a la construcción colectiva, interdisciplinaria e intersectorial de la salud.¹

En Tierra del Fuego hay dos situaciones a destacar. Por un lado, la provincia no cuenta con una ley específica de salud mental. Por el otro, dispone de un conjunto de normativas jurídicas particulares (en materia de alcoholismo, ludopatía, atención a víctimas de violencia familiar, equiparación de oportunidades hacia los discapacitados, protección de los derechos del niño, etc.) que, aunque guardan relación con el campo de la salud mental, en la práctica tienden a fragmentar su complejidad en problemáticas puntuales.

En relación a la accesibilidad existen diversas investigaciones realizadas desde el campo de las ciencias sociales.²⁻³ Las discusiones teóricas marcan la necesidad de ahondar en los aspectos vinculares entre sujetos y servicios, resulta conveniente abordar el concepto de acceso desde el momento inicial del estudio.

Otros aportes analizan el vínculo entre las condiciones y discursos de los servicios⁴⁻⁵ y las representaciones de los sujetos, lo que permite reubicar el problema del acceso en un espacio de interrelación compleja. Este aspecto fue fortalecido por la investigación de Rossi y col.,⁶ que incorpora la noción de accesibilidad ampliada para comprender la compleja trama existente entre la llegada al sistema de salud y la permanencia en éste. En esta perspectiva se incluyen las dimensiones del acceso a la atención y al tratamiento como un proceso único y se introduce, además, el deseo por la atención como determinante de la accesibilidad.

Estas nociones se complementan con la perspectiva socio-antropológica,⁷ que define la accesibilidad como un proceso histórico y social, cuya atención fundamental recae en el análisis de la relación entre los trabajadores de la salud y los usuarios de los servicios. Desde esta óptica, el equipo también incluyó la dimensión de las autoridades políticas,

que resulta central en los procesos transformadores de la atención en salud mental, ya que posibilita u obstaculiza los cambios propuestos.⁸

Por otro lado, la aproximación al concepto de 'trayectoria' –como idea dirigida a visualizar los recorridos, los itinerarios,⁹ los caminos en el acceso a los servicios de salud o salud mental-¹⁰ va más allá de lo coyuntural y permite observar el entramado práctico y discursivo que organiza los servicios de salud mental.

El concepto de trayectoria –en materia de salud– alude a los actores que conjuntamente con los efectores construyen las tramas en las que intervienen, las políticas públicas, las historias colectivas, los recorridos personales y las distintas estrategias de reproducción de un patrimonio cultural, social o simbólico inicial de cada sujeto.

La problemática mencionada revela un desafío epistemológico: es necesario elaborar nuevas conceptualizaciones de demanda y oferta, entendidas como partes mutuamente imbricadas en los procesos de producción y reproducción de saberes y prácticas incluyentes (referidas no sólo a la asistencia, sino también a las funciones de promoción, prevención y rehabilitación). Se trata de un proceso complejo, denominado trayectoria de accesibilidad.

El objetivo del estudio fue analizar, desde la perspectiva de las autoridades políticas-sanitarias y de los trabajadores del sector salud, la trayectoria de accesibilidad de los efectores generales del subsector estatal en Santa Fe y Tierra del Fuego, en el marco de los dispositivos alternativos y/o sustitutos de los modelos asilares.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptivo-analítico de corte transversal, con una muestra no probabilística de carácter intencional.¹¹ El estudio se llevó a cabo desde diciembre de 2010 hasta noviembre de 2011, en las provincias de Santa Fe (ciudades de Rosario y Santa Fe) y Tierra del Fuego (ciudades de Ushuaia y Río Grande). Tierra del Fuego fue seleccionada por ser una jurisdicción que ha construido el acceso a la atención sin la existencia de una institución monovalente en su territorio. La provincia de Santa Fe, por su parte, fue incluida en el estudio no sólo porque posee dos grandes hospitales monovalentes y un hospital general con dos salas monovalentes, sino porque además lleva adelante desde 2004 una política de sustitución de la lógica manicomial, que reorienta la atención hacia los efectores generales.

Se realizaron 32 entrevistas entre marzo y agosto de 2011: 30 individuales (15 por provincia) y 2 grupales (1 por provincia). La selección de los informantes clave respondió al siguiente criterio: en el momento de efectuarse el trabajo de campo, la persona en cuestión debía estar ejerciendo un cargo de ministro, secretario, director de área o director de hospital (para las autoridades políticas de salud y salud mental) o debía ser un profesional o no profesional dedicado a la coordinación o ejecución de los programas relevados (para los trabajadores de salud mental). En este último caso, para la identificación y eventual inclusión en el estudio, se recurrió

a la técnica de bola de nieve. Se consideró como efectores generales de salud mental a aquellos que integran tanto el primer nivel como el segundo nivel de atención (hospitales generales).

El grupo de informantes clave quedó constituido de la siguiente manera: 6 pertenecientes a autoridades políticas de salud y salud mental, y 26 a trabajadores de salud mental.

Las líneas de exploración han sido el análisis de la accesibilidad al sistema de salud, el lugar que ocupa el hospital psiquiátrico o monovalente, el hospital general y la atención primaria de la salud.

La información recabada fue sometida a dos momentos analíticos: el primero, destinado al ordenamiento y sistematización de la información; el segundo, dirigido a establecer puntos de contraste y semejanza en las principales ideas y argumentos transmitidos por los distintos conjuntos de actores entrevistados. En este segundo momento se realizó un análisis matricial y longitudinal, desglosado en tres fases: a) procesamiento y análisis de los datos vertidos por cada una de las unidades informantes; b) agrupación según la unidad de estudio de pertenencia; c) construcción de las matrices comparativas de datos correspondientes a ambas unidades de estudio.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y contó con las autorizaciones de las direcciones de Salud pertenecientes a los respectivos ministerios provinciales de Santa Fe y Tierra del Fuego.

RESULTADOS

• La definición de acceso

De manera generalizada, las autoridades políticas del sector de ambas provincias conciben el acceso a la salud y la salud mental desde una perspectiva amplia y compleja, que va mucho más allá de la mera idea de llegada al efector y la lógica estricta de oferta-demanda:

"Últimamente es una construcción distinta en relación con la ciudadanía, con el pueblo en general, con cómo se puede estar reconfigurando la clásica relación entre médico y paciente o equipo de salud y población, es una construcción conjunta de otro tipo de circulación de saberes, poderes, prácticas y tecnologías, que construyen otra cosa (...) Me parece que la diferencia pasa por ahí, y la remoción de barreras de acceso ya pasa a ser también una cuestión instituyente de políticas". (Santa Fe, autoridad política)

En el análisis de las entrevistas realizadas a las autoridades políticas, la idea de acceso apareció vinculada a la construcción de movimientos instituyentes y contrahegemónicos de elaboración de ciudadanía y de derechos, lo que implica una reconfiguración de las relaciones de poder, la clásica relación médico-paciente y las formas de circulación de saberes, poderes, prácticas y tecnologías. Del mismo modo, hubo homogeneidad en ambas provincias a la hora de definir las problemáticas de salud mental como cuestiones complejas asociadas a diferentes situaciones de un sujeto, cuyos condi-

cionantes y abordajes deben enmarcarse en sus respectivos contextos sociocomunitarios. Así, las autoridades políticas entrevistadas hicieron referencia a la intervención de diversos factores (emocionales, socioeconómicos, educativos y geográficos) que trascienden el ámbito sanitario.

Desde una mirada afín a la mencionada conceptualización de la trayectoria de accesibilidad, el discurso de las autoridades políticas incorporó la idea de acceso a la vivienda, la educación, los bienes culturales, la diversión y la recreación, a la integración dentro de una comunidad y al establecimiento de redes de relación, como así también en el análisis de las entrevistas a las autoridades políticas surge la necesidad –y dificultad– de que el sector salud se apropie de esta perspectiva. Según lo referido por los entrevistados aún hay obstáculos para la puesta en marcha de una red de interacción mancomunada de los sectores, en tanto los mismos continúan desarrollando sus prácticas de manera compartimentalizada.

• Hospital monovalente

La caracterización de los componentes políticos y legales vinculados a las prestaciones de salud mental en las jurisdicciones estudiadas mostró los entramados sociopolíticos que permiten construir trayectorias de accesibilidad por fuera de los modelos hospitalocéntricos. Aunque las dos provincias seleccionadas presentan trayectorias muy diversas, los procesos de desinstitucionalización resultan centrales en los lineamientos político-sanitarios, tanto en Santa Fe como en Tierra del Fuego.

Los documentos explorados reflejan que la implementación de políticas alternativas y sustitutivas del hospital monovalente viene consolidándose en Santa Fe desde principios de la década de 2000.¹² Sin embargo, los entrevistados coinciden en señalar que las grandes estructuras manicomiales existentes en la provincia (la Colonia de Oliveros, el Centro Regional de Salud Mental "Agudo Ávila" y las dos salas monovalentes del Hospital General "Mira y López") son obstáculos remanentes difíciles de desmontar y/o transformar. Aún perduran como puntos clave en el sistema de derivaciones para internaciones, ya que están constituidos en instituciones de destino final para grupos poblacionales vulnerables.

"Desde hace muchos años, la idea es que sea un hospital de agudos que funcione para crisis subjetivas graves, pero la realidad indica que hay un 70% de la población que es antigua; cuando digo antigua, quiero decir de muchísimos años, no únicamente respecto a lo que se considera crónico en la provincia, que es a partir de un año, sino de 25 años de internación". (Santa Fe, autoridad política)

En diversos espacios del ámbito de la salud, de la justicia y en documentos que circulaban ya desde 2007, se proponía abordar la pertinencia de una ley provincial de salud mental.¹³ En Tierra del Fuego, la ausencia territorial del hospital monovalente no propició necesariamente una trayectoria de acceso por fuera de los muros manicomiales. En el caso particular de esta jurisdicción, las derivaciones a clínicas privadas de la ciudad de Buenos Aires constituyeron un modo efectivo y frecuente de asistencia dentro de los dispositivos monovalentes que se intenta superar.

“Probablemente porque, en realidad, acá el rol del manicomio lo ha tenido la derivación. El mal rol del manicomio de segregar al enfermo se ha hecho históricamente a través de la derivación, que también lo segregaba. De hecho, esas derivaciones persisten”. (Tierra del Fuego, autoridad política)

En las entrevistas a las autoridades políticas fueguinas quedó de manifiesto la convivencia histórica entre los diferentes subsectores, principalmente el estatal y el de la seguridad social provincial, que instituye un factor determinante en la trayectoria de los usuarios de salud mental que no encuentran espacio asistencial en la jurisdicción. Las autoridades señalaron la necesidad de establecer mecanismos de asistencia en el marco provincial y evitar las derivaciones:

- Hospital general

Para los trabajadores de un hospital general, la internación de los usuarios de servicios de salud con padecimientos psíquicos constituye un proceso complejo, que en ambas provincias aún se encuentra en formación.

En Santa Fe, las experiencias transformadoras emprendidas aún enfrentan dificultades para consolidarse. Los trabajadores entrevistados plantearon dos desafíos centrales respecto a la internación en el hospital general. Por una parte, hay que decidir en qué servicio internar. Los hospitales generales no necesariamente disponen de una sala o servicio específico para problemáticas de salud mental; de hecho, parte de la discusión está relacionada con la pertinencia de crear (o no) un servicio específico, diferenciado de los destinados a la internación por causas clínico-orgánicas. En las instituciones estudiadas, la persona con padecimiento psíquico ingresa por la guardia y, en función de la problemática y características de dicha persona, se decide en qué sector o servicio es más pertinente su internación (por ejemplo, puede permanecer en guardia o ser derivada a Clínica, Pediatría, etc.).

“En realidad, tiene que entrar por la guardia y después, se averigua si... en realidad, en este momento lo que hacemos es lo siguiente, evaluamos. Entra por la guardia hasta por una cuestión formal, ¿no?, muchas veces entra por la guardia para que pueda evaluarse cuál es el mejor lugar para ese paciente: si la guardia o Clínica, o maternidad suponete, porque tuvimos... en el último tiempo, hubo tres pacientes embarazadas, con cuadros delirantes y también, se evaluó cuál era el mejor lugar para estos pacientes. Si Clínica o la guardia. Y bueno, algunos pacientes fueron a la guardia porque tenían un registro. [Pero con otra paciente] no podíamos ponerla en ningún lado y no podíamos pasarla a Clínica. Queríamos que sea un lugar más contenido y más acompañado por el médico... Por eso, hoy en día se evalúa: dónde, como en otro momento...” (Santa Fe, hospital general, trabajador de salud mental)

El segundo dilema que plantea la organización del hospital general tiene que ver con la estructuración de equipos fijos en servicios. Esta particularidad conlleva dos nuevas limitaciones: la resistencia de los equipos a movilizarse por fuera de su área específica y las dificultades que supone el trabajo conjunto entre diversos profesionales o equipos pertenecientes a distintos servicios.

“(...) lo complicado para nosotros era Clínica, una clínica de lo más hegemónica. Por eso planteábamos la cuestión orgánica para poder entrar... Hicimos un lazo con el clínico, con el jefe de sala, estar ahí con todos los médicos, lo más hegemónicos (...) con el guardapolvo blanco... bueno, la historia clínica a la mitad del pasillo. Estos fueron los movimientos que nosotros tuvimos que dar para hacer un lazo, donde nos escuchen, poder introducir algo con respecto a ese paciente, al familiar del paciente” (Santa Fe, hospital general, trabajador de salud mental)

Tal como se señaló, debido a la persistencia de los hospitales monovalentes en Santa Fe, algunas problemáticas abordables en el marco del hospital general eran tramitadas mediante derivaciones innecesarias a los dispositivos tradicionales monovalentes.

Mientras tanto, en Tierra del Fuego, algunas patologías específicas (por ejemplo, las ligadas al consumo problemático) sufrían un movimiento expulsivo similar al descrito para las derivaciones innecesarias de la provincia de Santa Fe.

“En la sociedad, a mi parecer, primero se vincula a las adicciones muy fuertemente con el tema de la delincuencia, la vagancia, como una cuestión moral. Uno es adicto porque no elige otra cosa y además después el tratamiento que se pide para el adicto se vincula mucho a una cuestión más policial. Se pide el encierro, se pide la exclusión hasta de la isla”. (Tierra del Fuego, trabajador de salud mental)

En Tierra del Fuego, el hospital general es el efector central en la asistencia a las problemáticas de salud mental. Aunque existe un importante subsector privado, concentrado en pocas manos, las autoridades políticas consideraron que el conjunto de la población (con o sin cobertura social) valora positivamente al hospital general, que representa el espacio sanitario más reconocido.

Por otro lado, los enunciados formulados por los entrevistados reflejaron que la organización de cada uno de los servicios de salud mental disponibles en Tierra del Fuego genera una impronta asistencial divergente. Mientras el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional Río Grande organiza un proceso de asistencia de tipo tradicional (apegado al modelo hospitalocéntrico), el servicio homólogo del Hospital Regional Ushuaia ha conformado una modalidad más heterogénea y abierta; entre sus dispositivos, incorporó un hospital de día, a partir del cual se registraron menos reinternaciones en salud mental.

La distribución de los recursos profesionales y técnicos también es dispar entre las principales ciudades de la provincia: favorece a Ushuaia en desmedro de Río Grande, a pesar de que esta última posee más población y mayor tamaño. A partir del análisis del documento elaborado por el Foro de Salud, llevado a cabo en la ciudad de Tolhuin en 2007,¹⁴ surge la existencia de una desigual distribución de los recursos humanos por ciudad.

De este modo, las tradiciones sobre modelos asistenciales en salud mental —descriptas por los entrevistados— expresan divergencias al interior de cada jurisdicción, instituyendo y construyendo condiciones diferenciales para las trayectorias de accesibilidad a los servicios.

- Atención Primaria de la Salud

En las entrevistas realizadas en la provincia de Santa Fe, los trabajadores dedicados a la atención primaria de la salud (APS) afirmaron, en general, que las problemáticas actuales en salud mental son de tipo psicosocial y que se agudizaron en la última década. Cuando hubo que señalar los problemas centrales a los que deben dar respuesta los equipos de salud, mencionaron el alcoholismo (en particular en hombres), el abuso de sustancias en los jóvenes, la violencia familiar y el abuso sexual infantil.

Las referencias de los trabajadores en APS, tal como lo explicitan en las entrevistas, revelaron un déficit de integración para alcanzar acuerdos operativos en los diversos organismos del Estado, lo que impide coordinar acciones intersectoriales que garanticen trayectorias satisfactorias de acceso. En el nivel de APS, se manifestó una sensación de naturalización, apatía e inmovilización respecto de las problemáticas a enfrentar, con el consecuente costo a la hora de formar los equipos.

"No se conmueven [los trabajadores de los centros de salud]. No sé, tiene que haber alguna estrategia para que la gente se conmueva y diga, ¡pucha! Yo estoy trabajando en un centro de salud y, si miro para afuera, veo que en la esquina hay cuatro o cinco pibes inhalando con una bolsita. Eso me tendría que llamar la atención, para que yo me acerque y les diga, ¡chicos! A ver... ¿qué estamos haciendo? A esta hora tienen que estar en la escuela".

"¿Por qué lo terminamos naturalizando? Ese es el problema. Es gravísimo". (Santa Fe, Centro de Salud, trabajadores de salud mental)

En Santa Fe, las experiencias desarrolladas por los equipos de Fortalecimiento en Salud Mental de APS constituyeron un contexto en el cual se delinearon estrategias de abordaje destinadas a conjuntos poblacionales específicos. Las propuestas partieron de la necesidad de explorar formas creativas y alternativas a la consulta convencional, basadas en el trabajo interdisciplinario y colectivo. Así surgieron novedosas experiencias: microartesanías, vivero, "toca discos", centros de día, radios comunitarias, espacios productivos, dispositivos de microemprendimiento y equipos interdisciplinarios para niños y adolescentes, que no sólo posibilitaron el intercambio fluido de conocimientos, el aprendizaje y la construcción de redes para pacientes y para los propios equipos de salud, sino que además construyeron nuevas trayectorias de acceso al sistema para los conjuntos sociales que habitualmente no recurrían al centro sanitario (jóvenes, hombres adultos, mujeres adultas mayores), favoreciendo la inclusión de las personas no usuarias de los servicios de salud mental.

En Tierra del Fuego, tanto las autoridades políticas, como los trabajadores del primer nivel de atención, destacaron que la demanda asistencial vinculada a la APS es más compleja y que se ha acentuado en los últimos años. El crecimiento de dicha demanda fue atribuido a un proceso de pauperización y desafiliación social.

"Todas estas casitas que ves construidas sobre la montaña son un barrio que se llamaba 'Escondido' y que de escondido

ya no tiene nada. Es un asentamiento de gente que venía a trabajar con grandes promesas, venían de Bolivia, aunque no todos, muchos eran del norte argentino. Y las promesas se caían. Les daban trabajo, eran contratados. Pero vivían así, en el invierno sin gas, sin luz, sin agua... El jardín no tenía ni lugar para un comedor. La realidad es que los chicos venían y sabíamos que no comían. (...) Y eran familias con una desconfianza, hablaban en quechua... Se pescaron todas las enfermedades que se te ocurran. Claro, no tenían vacunación. Ahora, eh... (...) Y entonces hicimos un trabajo en la escuela desde los equipos, fue gratificante". (Tierra del Fuego, Ministerio de Educación, trabajadora en salud mental)

Como experiencias ligadas a la APS en Tierra del Fuego, pueden señalarse las siguientes: Casas de Encuentro (actividad territorial vinculada a poblaciones de áreas vulnerables), Unidades de Atención en Crisis (dispositivo fundamental en la conformación de procesos destinados a la asistencia y la detección de problemáticas complejas) y talleres abiertos a la comunidad coordinados por el Centro de Prevención y Asistencia a las Adicciones y por el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional de Ushuaia.

Una de las figuras clave dentro de las temáticas asociadas a la salud son los gabinetes escolares. Estos equipos interdisciplinarios representan una modalidad muy extendida y ofrecen cobertura en salud mental a la infancia y los primeros años de la adolescencia desde el sector educación de Tierra del Fuego.

Los entrevistados de ambas provincias –tanto los trabajadores del hospital general como los del primer nivel de atención– coincidieron en señalar la ausencia de dispositivos específicos para la derivación y el tratamiento de problemas relacionados con maltrato, violencia familiar y abuso infantil. También se destacó la falta de mecanismos destinados al alojamiento de las víctimas de maltrato familiar o abuso sexual. En Tierra del Fuego se observó, además, la inexistencia de redes familiares amplias como consecuencia de las características poblacionales de la isla, compuesta en su mayoría por una franja poblacional joven, económicamente activa y con pocos años de residencia en el territorio.

DISCUSIÓN

La noción de trayectoria de accesibilidad permitió conceptualizar el acceso como un proceso dinámico e histórico, que va más allá de la sola llegada o permanencia en un servicio. La investigación de esta dimensión del acceso en dos provincias argentinas con realidades sociales muy disímiles y con contextos sociosanitarios diferentes, permitió observar no sólo las distancias expuestas en la organización de los sistemas y servicios de salud, sino también las coincidencias reveladas por los dispositivos de abordaje des/institucionalizadores en el campo de la salud mental.

En ambas jurisdicciones, las autoridades políticas mostraron una concepción amplia del acceso, que disminuye la restricción a los derechos humanos de los usuarios. A pesar de ello, la organización del sistema de salud aún obstaculiza la consolidación de espacios alternativos al hospitalocéntrico,

como se desprende de las derivaciones al interior de la misma provincia (caso de Santa Fe) o hacia otras provincias (caso de Tierra del Fuego).

El desafío planteado para la asistencia y el cuidado en salud mental también se ve limitado por las prácticas desarrolladas en el hospital general, particularmente en dos direcciones. Por un lado, cuando se requiere una internación, existen dificultades tanto en materia de implementación de estrategias como de espacios concretos. Por otro lado, resulta difícil profundizar la intersectorialidad en salud mental, ya que en ese proceso se manifiestan las limitaciones de la propia práctica y del propio esquema teórico en el marco hospitalario.

En las estrategias de APS se observó, en cambio, un espacio donde se instituyen importantes avances orientados a prácticas que organizan la trayectoria de acceso según las necesidades de los usuarios y con dispositivos innovadores. Si bien ambas provincias alcanzaron grandes logros, se destaca particularmente Santa Fe, que ha implantado una serie de mecanismos alternativos y sustitutos de las lógicas manicomiales y que consolidó una red de asistencia, cuya presencia enlaza trayectorias de acceso en diversos procesos territoriales, sociales e institucionales.

A pesar de esto, ambas provincias deben prestar particular atención a la ausencia de acciones y dispositivos dirigidos a la asistencia y el cuidado de poblaciones vulnerables. En tal sentido, las adicciones en la población juvenil, el consumo crónico de alcohol en adultos mayores, la violencia familiar y el abuso infantil son temas pendientes.

El abordaje del acceso en salud mental desde la concepción de trayectoria obliga a cuestionar la propia estructura sanitaria hospitalocéntrica y la lógica que conlleva. Para ello se requiere indagar acerca de las prácticas y las políticas que se despliegan y fijar objetivos a corto, mediano y largo plazo para establecer formas de organización, gestión e intervención acordes a las necesidades de atención-cuidado de los usuarios (individuales y colectivos).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Programa de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2007.
- ² Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista Salud Pública*, 1985; 25(5):438-53.
- ³ Saldívia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of Mental Health Services in Chile. *Psychiatr Serv*, 2004; 55:71-76.
- ⁴ Comes Y, Stolkner A. Si pudiera pagaría: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. XII Anuario de Investigaciones. Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires, 2005; 137-143.
- ⁵ Stolkner A, Comes Y, Parenti M, Solitario R, Unamuno P. Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. Serie Seminarios en Salud y Política Pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Buenos Aires, 2003.
- ⁶ Rossi D, Pawlowicz M, Singh D. Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. Intercambios, Naciones Unidas. Buenos Aires, 2007.
- ⁷ Menéndez E. Modelo médico hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Cuadernos Médicos Sociales N° 33, CESS. Rosario, 1985.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El sostenimiento de los dispositivos alternativos y su ampliación hacia nuevas problemáticas psicosociales que se han planteado en los últimos años son imprescindibles para afianzar los actuales procesos de cambio y construir trayectorias de accesibilidad a la salud mental por fuera de los muros manicomiales. Las políticas sanitarias correspondientes deben afrontar un gran desafío, que consiste en generar espacios de internaciones breves y externas a los hospitales monovalentes. Es necesario construir trayectorias de acceso que involucren redes intersectoriales para otorgar a la problemática de salud mental la dimensión compleja expuesta en este estudio.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La capacitación permanente en servicio con eje en la interdisciplinariedad, la intersectorialidad y la territorialidad, es decir, con base en la concepción del derecho a la salud, es fundamental para garantizar procesos de transformación adecuados y trayectorias de accesibilidad acordes a las necesidades de cada sujeto individual y colectivo. De acuerdo con este estudio, dicha trayectoria debe ser desarrollada y sostenida como eje de los procesos de transformación, tanto en las prácticas como en las políticas.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Este trabajo amplía el conocimiento acerca de las trayectorias de acceso a la salud mental, en el marco de los procesos de transformación institucional con énfasis en los derechos humanos y sociales de los usuarios de los servicios de salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

- ⁸ Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. Lugar Editorial, 1995.
- ⁹ Silveira R, Lofego J, Messias A, Catalán X, Barbosa L. Mediação e circulação da dádiva no processo de desinstitucionalização em saúde mental na Acre. Em Pinheiro R, Martins, P. usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. CPESC IMS/UERJ Editora universitária UFPE Abrasco. Brasil, 2011.
- ¹⁰ Amarante P. Locos por la vida. Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2006.
- ¹¹ Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. España, 1996.
- ¹² Programa de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2007.
- ¹³ Primer Foro de Salud Mental de Tierra del Fuego. Hacia las políticas de salud mental y adicciones en Tierra del Fuego para el período 2008/2011. Documento de trabajo, observaciones no publicadas. Tolhuin, 2007. [Disponible en: <http://forotolhuin.blogspot.com/2007/12/conclusiones-del-primer-forde-salud.html>]. [Último acceso: 30/07/2012].
- ¹⁴ Primer Foro de Salud Mental de Tierra del Fuego. Hacia las políticas de salud mental y adicciones en Tierra del Fuego para el período 2008/2011. Documento de trabajo, observaciones no publicadas. Tolhuin, 2007. [Disponible en: <http://forotolhuin.blogspot.com/2007/12/conclusiones-del-primer-forde-salud.html>]. [Último acceso: 30/07/2012].