

Flood, María Belén

**Accesibilidad a los servicios de salud
mental en un Centro de Atención
Infanto-Juvenil ubicado en la Ciudad
de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Arcusin, Noel

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA
JESUITAS**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Contexto: Sanitario

**“ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN UN CENTRO DE
ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL UBICADO EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

Autora: Flood, María Belén. 1810869

Directora: Lic. Noel Arcusin

Ciudad de Córdoba, Argentina

2023

Agradecimientos

A mi familia, a mi mamá y a mi papá, quienes han estado a mi lado en cada paso de la carrera brindándome amor, cariño y un apoyo incondicional. Gracias por ser mi motivación constante y por alentarme en cada momento de este camino, sin ustedes nada de esto sería posible.

A mis hermanos. Tomás, Joaquin y Matías. Por acompañarme con paciencia durante este proceso profesional.

A mis amigas. Por brindarme tanto cariño y motivación, por estar siempre a mi lado. Su amistad ha sido un pilar fundamental en este recorrido.

A la Lic. Noel Arcusin, mi directora y profesora de prácticas pre-profesionales. Por su dedicación y apoyo constante durante el proceso de prácticas y del trabajo integrador final.

Al Centro Integral Infanto-Juvenil, mi sincero agradecimiento por abrirme las puertas de la institución, brindarme conocimientos y experiencias fundamentales para mi crecimiento personal y profesional

Por otro lado, a la facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Córdoba, que durante estos 5 años me brindó un espacio de aprendizaje. Quiero agradecer a los docentes que me han formado durante estos años por su dedicación y aprendizaje constante.

Gracias a todos, les agradezco de todo corazón.

Índice

1. Introducción	4
2. Contexto Sanitario	6
3. Contexto Institucional	13
4. Eje de Sistematización	20
5. Objetivos	22
5.1 Objetivo General	23
5.2 Objetivos específicos	23
6. Perspectiva Teórica	24
6.1 Sistema de Salud	25
6.1.1 Sistema de Salud en Argentina	26
6.1.2 Sistema de Salud y su impacto tras la pandemia	30
6.2 Proceso de salud-enfermedad	31
6.3 Derecho a la Salud	34
6.4 Determinantes de la Salud y Atención Primaria de Salud	36
6.5 Accesibilidad a los servicios de salud mental	38
7. Modalidad de Trabajo	41
7.1 Sistematización de experiencias	42
7.2 Caracterización de los sujetos	43
7.3 Técnicas de recolección de datos	43
7.4 Consideraciones éticas	45
8. Análisis de la experiencia	46
8.1 Recuperación del proceso vivido	47
8.1.1 Seguimiento de casos	47
8.1.2 Recepción de casos	49
8.1.3 Revista de casos, capacitaciones y supervisión	50
8.1.4 Talleres y grupos terapéuticos	52
8.2 Análisis y síntesis de la experiencia	55
8.2.1 Identificar y analizar los factores psicosocioculturales que funcionan como barreras y posibilitadores de accesibilidad en la atención de salud mental en un centro de atención secundaria para niños y niñas en la ciudad de Córdoba.	55
8.2.2 Caracterizar las modalidades de trabajo y los dispositivos grupales que se desarrollan en el Centro Integral Infanto-Juvenil en contexto de post-pandemia, analizando su relación con la accesibilidad al servicio de atención.	66
8.2.3 Indagar sobre las representaciones de los usuarios y del Equipo de Salud Mental sobre la accesibilidad al sistema de salud y el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado	73
9. Conclusiones	79
10. Referencias	83

Índice de Abreviaturas

- APS: Atención Primaria de la Salud
- C.I.E.C.: Centro de investigación y estudios clínicos
- CIJ: Centro Integral Infanto-Juvenil
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PPS: Práctica Profesional Supervisada
- PSE: Proceso de Salud-enfermedad
- RISaMIJ: Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Infanto Juvenil
- SENAF: Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia

1. Introducción

El presente trabajo constituye el Trabajo Integrador Final, realizado en base a las prácticas realizadas en el Centro Integral Infanto Juvenil (CIJ), ubicado en el Hospital San Roque “Viejo”, durante el año 2022, a partir de los lineamientos propuestos por la Psicología Sanitaria. El rol que se asume en dicha práctica es de observadora participante, lo que permite que se adquieran nuevos aprendizajes sobre las actividades realizadas.

La institución mencionada, se define como un Centro Interdisciplinario de Atención Integral dedicada a la salud mental de niños/as de 0 a 13 años y sus familias desde una perspectiva de derechos, priorizando la singularidad de cada niño y su contexto, con el objetivo de favorecer su desarrollo psicosocial. Trabaja con diversos dispositivos de intervención de promoción, prevención y asistencia que posibilitan intervenir en las diversas situaciones de la población infantil y juvenil.

El presente trabajo se estructura en diferentes apartados que transmitirán la experiencia de las prácticas. En un primer momento, se realiza una descripción del contexto sanitario y sus principales características. Luego, se explicita el contexto institucional donde se realizan las prácticas pre profesionales. Allí, se describe la historia de la institución, sus objetivos y actividades, la modalidad de trabajo y las características de la población con la que trabaja, en función de la situación actual del contexto. Posteriormente, se desarrolla el eje de sistematización junto con su objetivo general y específicos. Por último, se encuentra la recuperación del proceso vivido, y el análisis de la experiencia realizada desde el mes de mayo hasta el mes de noviembre del año 2022.

2. Contexto Sanitario

La Psicología Sanitaria surge como una necesidad a partir de la presencia en Argentina de cuatro situaciones propias del campo de la Salud. En un primer momento, en la década de 1970, se observó la naturaleza psicosociocultural de los factores y procesos que inciden negativamente en la salud de la población; así como también, la existencia de subsistemas de servicios de salud -privado, de la Seguridad Social y público- que lleva que las universidades formen a los profesionales para el subsistema privado, por ende se carece de conocimientos y destrezas necesarias del subsistema público. En tercer lugar, la Psicología Sanitaria surge por la formación reduccionista de los profesionales de la psicología que impide que se integren a un equipo multidisciplinario de salud al momento de acciones en terreno y, por último, no se incluye en la formación universitaria aportes con respecto a la planificación, ejecución y evaluación de políticas y programas de salud (Saforcada, 2012).

La consolidación de la Psicología Sanitaria desde el punto de vista profesional surge en 1989, a partir de la creación de los títulos de especialista por parte del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (Saforcada, 2012). En su Reglamento de Especialidades describe que se considera área de la Psicología Sanitaria al campo de acción del psicólogo que abarca el campo de la Salud colectiva, en instituciones estatales y/o no gubernamentales o privadas. Su objeto de estudio y su intervención es el proceso de Salud-enfermedad, proceso colectivo sujeto a determinantes y condicionantes macroestructurales y biopsicosociales. Es a partir de ello, que se considera necesario considerar múltiples factores como; factores económicos, políticos, sociales, culturales, históricos y antropológicos para un trabajo integral (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba [CPPC], 2012).

De esta manera, se considera ejercicio del Psicólogo Sanitario planificar, programar, evaluar, auditar, administrar y ejecutar políticas sanitarias; coordinar y supervisar programas de su campo específico; analizar el proceso de salud-enfermedad y sus determinantes políticos, económicos; la prevención y promoción de la Salud; el asesoramiento en cuestiones relativas a la especialidad; así como la investigación y docencia en el área (CPPC, 2012). A su vez, se propone que el psicólogo de la salud puede desempeñarse en dos áreas de trabajo, entre ellas, la atención primaria con un énfasis en la promoción y prevención de la salud; y la atención secundaria en los hospitales y centros de rehabilitación (Díaz Faciolince, 2010).

El concepto de salud se fue modificando con el tiempo, originalmente se relacionaba con el concepto de enfermedad pero en la actualidad se encuentra en relación con la calidad de vida y el estado de bienestar del individuo. Las tradicionales concepciones sobre la salud y la enfermedad no satisfacen las exigencias actuales, es por ello que se necesitaron nuevas propuestas teóricas (Aguirre del Busto, y Macías Llanes, 2002). De igual manera, se ha tenido

que abrir espacio para la confrontación de desarrollos conceptuales más integrales, que comprendan una mayor capacidad de aprehender la complejidad de los procesos determinantes y así poder superar la visión simple y unilateral (Castellanos, 1990).

Ante los múltiples debates acerca de que debería considerarse salud y enfermedad se propone las siguientes miradas para su comprensión. La propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su carta fundacional de 1948 describiendo que la salud es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o afección.” (OMS, 2014 p.1), ha recibido críticas debido a que conceptos como “completo bienestar” se encontrarán descontextualizados y ya que se describe a la salud de un modo general, lo que impide un correcto reconocimiento y promoción (Calatayud, 1997). Esta definición a su vez, al equiparar “completo bienestar” con el concepto de salud genera que la salud se convierta en estática, sin tener en cuenta los grados que la salud puede tener y dejando de lado los diversos determinantes o factores que deben ser considerados dentro del concepto de salud (Ávila-Agüero, 2009).

Asimismo, en 1978, la Declaración de Alma-Ata completa la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud considerándola como un derecho humano fundamental, que requiere de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, más allá de la salud (Alma-Ata, 1978). Como describe Perkins en 1938, se observa la salud como un estado de relativo equilibrio entre la forma y las funciones del organismo, que resulta de la adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. No es una interacción pasiva del organismo y las fuerzas que actúan sobre él, sino una respuesta activa de aquel, procurando su adaptación (Vega-Franco, 2002). Por otro lado, se puede entender la enfermedad como un estado o una situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre (Calatayud, 1997).

Es a partir de lo descrito anteriormente que se puede entender al proceso salud-enfermedad como un proceso complejo y dinámico, el cual integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales y las interacciones que surgen a partir de ellas que forman parte de la actividad humana. Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 sancionada en 2010, se reconoce en su artículo N°3 a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos, y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. A su vez, esta interrelación garantiza la estabilidad o inestabilidad y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan los procesos previamente mencionados (Aguirre del Busto y

Macías Llanes, 2002).

Como describe Laurell (1982), se entiende el PSE (proceso de salud-enfermedad) como el modo específico donde se da el proceso biológico de desgaste y reproducción en el grupo, se acentúan momentos particulares como la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias en el desarrollo de las actividades cotidianas, siendo esto la enfermedad. De esta manera, el proceso de salud-enfermedad se manifiesta en indicadores como lo son; la expectativa de vida, las condiciones nutricionales, la constitución somática; y por otro lado, maneras específicas de enfermar y morir (Laurell, 1982). Esta autoridad, explica que dicho proceso adquiere historicidad ya que se encuentra socialmente determinado, de esta manera se entiende que no basta una explicación por parte de los hechos biológicos, sino que es necesario una articulación con el proceso social (Laurell, 1982).

Rompe de este modo con la idea de una historia “natural” de la enfermedad ya que no puede entenderse fuera de su marco cultural y social, debido a que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas irán configurando lo que cada sujeto vive el proceso de salud-enfermedad. Inicialmente se utilizó el término “proceso de salud enfermedad-atención” más recientemente reemplazado por “salud-enfermedad-cuidado”. El "cuidado" tendría una connotación mucho más amplia e integral que la "atención", al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Los niveles de atención en salud son una forma ordenada de organizar los diferentes recursos que se necesitan para satisfacer las necesidades de la población. Dentro de los tres niveles de atención, se distingue el primer nivel como el más cercano a la población. Es a partir de aquel nivel que se pueden resolver las necesidades de atención básicas, que serán resueltas a partir de actividades de promoción de salud y de prevención de la enfermedad (Vignolo et al., 2011).

En relación a la promoción y prevención de la salud, dentro del marco legal colombiano, se define la promoción como la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales con el objetivo de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud física, psíquica, y/o social de los individuos y las colectividades (Díaz Faciolince, 2010). Asimismo, la Promoción de la Salud, constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las que se encuentran encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, para moderar el impacto en la salud pública e individual. Este

proceso, permitirá a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y mejorarlos (De La Guardia Gutiérrez, y Ruvalcaba Ledezma. 2020).

La carta de Ottawa menciona las 5 funciones de la Promoción de la Salud:

- Desarrollar aptitudes personales para la salud: se refiere a proporcionar la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida;
- Desarrollar entornos favorables: consiste en impulsar que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimular la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes;
- Reforzar la acción comunitaria: impulsar la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud;
- Reorientar los servicios de salud: impulsar que los servicios de salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica; e
- Impulsar políticas públicas saludables: colocar a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados (Ottawa, 1986).

A su vez, se puede conceptualizar la Prevención de la Salud como el conjunto de acciones que tienen como fin la identificación, el control o reducción de los factores de riesgo, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue (De La Guardia Gutiérrez, y Ruvalcaba Ledezma, 2020). De igual manera, se considera la Prevención como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Es en la Prevención Primaria donde surgen medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Por otra parte, se entiende por Prevención Secundaria al diagnóstico precoz de la enfermedad, sin ninguna manifestación clínica presente. Por último, la Prevención Terciaria da lugar a acciones que minimizan los sufrimientos causados por la enfermedad clínicamente manifiesta (Vignolo et al., 2011).

El psicólogo debe sostener su accionar a partir del enfoque de derechos, planteando que los individuos deben ser reconocidos y ser considerados como sujetos de derechos fundamentales. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, constituye un marco

conceptual aceptado internacionalmente, el cual reconoce que todos los seres humanos son merecedores de respeto por su dignidad y la igualdad de derechos (Derechos Humanos, 1948). De esta manera, el psicólogo debe promover, respetar y garantizar dichos derechos, los cuales se rigen por los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

La Psicología Sanitaria se rige dentro de la Ley Provincial de Salud Mental (N°9.848) la cual garantiza el ejercicio del derecho a la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; y un acceso de la población a la atención en salud mental (Argentina, Córdoba. Ley Provincial de Salud Mental N°9.848. Art. 1) Asimismo, la Ley Nacional de Salud Mental (N°26.657) sancionada en 2010 reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos, entre otros no mencionados en el presente trabajo:

- Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud
- Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.(Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Art. 7).

Asimismo, se debe registrar que en la Ley Nacional de Salud Mental, en su Artículo N°8, describe el deber de promover que la atención en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Art. 8).

De igual manera, se debe considerar lo propuesto por la Ley N°26.061 que promueve la protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños, y Adolescentes. Dicha Ley, en su Artículo N°1 describe que tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio Argentino. De igual manera, se reconoce el pleno respeto a la condición de sujeto de derecho; al derecho a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; el pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; y el equilibrio entre los derechos y las garantías de los niños, niñas y adolescentes (Art. 3). De esta manera, la Ley protege para que puedan ejercer de forma plena todos los derechos reconocidos por las normas provinciales, nacionales y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

3. Contexto Institucional

El Centro Integral Infanto Juvenil (CIJ) fue creado en el año 2005 por un equipo de colegas, entre ellos, psicólogas, una psiquiatra y una trabajadora social, que habían finalizado su residencia en salud mental y familiar. Las mismas observaron a partir de su experiencia la necesidad de crear un lugar de atención psicológica interdisciplinaria a niños y adolescentes a partir de la demanda que surge por el cierre de la atención ambulatoria brindada por el Hospital de Niños. A partir de lo sucedido, se da inicio a un proyecto que se encuentra relacionado a la Salud Mental en la Infancia, lo que permite la creación del Centro Integral Infanto Juvenil, que desde sus comienzos *“ha trabajado en la construcción de abordajes de tipo integral teniendo como base la interdisciplina, el trabajo en redes y la perspectiva de los Derechos Humanos”* (Carraro et al., 2010. p. 128). El Centro se propone trabajar desde la psicoasistencia, teniendo en cuenta la promoción y la prevención en Salud Mental a través de diferentes abordajes: individual, grupal, familiar, talleres expresivos y recreativos. La institución trabaja en relación y con dependencia de las autoridades que conforman la Secretaría de Salud Mental, la cual se encuentra dentro del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

A partir de 2006 fue cuando comenzó la atención a las diversas familias en el Centro Integral Infanto Juvenil en el “Hospital San Roque (Viejo)” -ubicado en la calle Rosario de Santa Fe al 374- a partir del traslado del Hospital San Roque a su actual emplazamiento en Bajada Pucará en el año 2000. Actualmente, a la institución se la conoce como “Hospital Preventivo”. En aquel entonces, el establecimiento no se encontraba en las condiciones óptimas ya que no se contaba con el espacio ni el equipamiento necesario, es a pesar de ello que el equipo del Centro Integral Infanto Juvenil comenzó a trabajar a pesar de las dificultades del momento, y realizaban su atención en dos consultorios únicamente. En el año 2007, el Gobierno de Córdoba reconoce e inaugura el Centro Integral Infanto Juvenil, lo que permite que se refaccione y acondicione la institución. La inauguración oficial fue el 7 de agosto de 2007.

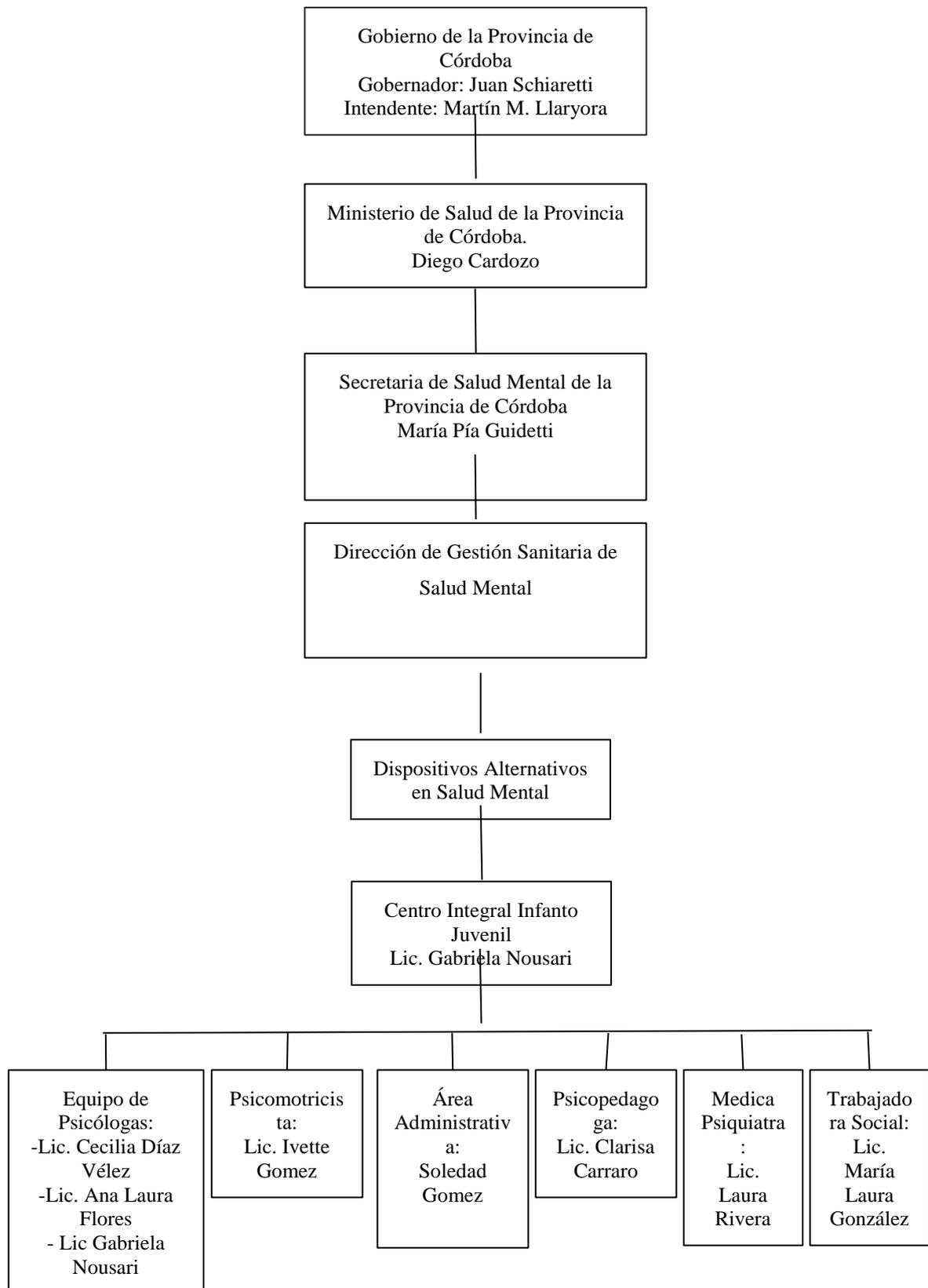
En la actualidad, la institución se caracteriza por tener cinco consultorios, una sala de espera, una oficina de recepción y una sala de profesionales. Se trata de una institución autónoma e independiente a pesar de que comparte estructura del edificio con otras instituciones como Banco de Sangre, Hospital de Día de Salud Mental, Secretaria de Adicciones, Programa de Atención Integral a ex combatientes de Malvinas, Servicio de Odontología, Plan SUMAR, UNAPA, Vacunatorio, entre otros.

El Centro Integral Infanto Juvenil es una institución monovalente que se ubica en el segundo nivel de atención de salud, dedicada a la Salud Mental Infantil y Juvenil, teniendo en cuenta la salud, educación, nutrición, situación económica de cada familia que asiste. Se

observa que la modalidad de trabajo de la institución es ambulatoria, situándose desde la perspectiva de la complejidad y desde el enfoque de Derechos Humanos y Derechos del Niño, priorizando la singularidad de cada niño y su contexto con el objetivo de favorecer su desarrollo psicosocial. Tiene como objetivo general generar dispositivos de intervención de promoción, prevención y asistencia en Salud Mental infante juvenil que posibiliten intervenir en las diferentes situaciones de la población de niños, niñas y púberes del área programática sur de la Provincia de Córdoba, desde un enfoque de derecho, siendo sus principales lineamientos: Respeto por la autonomía y la diversidad; Enfoque integral de la salud; Inclusión e integración comunitaria del niño y su familia; Complejidad de los contextos; El trabajo en red; Articulación intersectorial e interinstitucional.

La institución trabaja en relación y con dependencia de las autoridades que conforman la Secretaría de Salud Mental, la cual se encuentra dentro del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, así como este último depende del Gobierno de la Provincia de Córdoba. El Centro Integral Infante Juvenil, se encuentra a cargo de una nueva coordinadora la Lic. Gabriela Nousari, psicóloga que trabaja en la institución. Con respecto al equipo que trabaja en la institución hay una reducción del mismo en comparación a otros años, pero aun así, el equipo de planta permanente se conforma de tres psicólogas, una psiquiatra, una psicomotricista, una psicopedagoga y una trabajadora social. Este equipo de planta, ante la creciente demanda, se encarga especialmente de los diversos casos que se encuentran judicializados. A su vez, se encuentra una secretaria en el área administrativa y para talleres específicos se trabaja con un profesor de Educación Física. Asimismo, se trabaja en conjunto con residentes que pertenecen al RISaMIJ (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Infante Juvenil) y C.I.E.C. (Centro de investigación y estudios clínicos), prácticas clínicas supervisadas, las cuales brindarán también su atención a las problemáticas que surgen en los niños que asisten. Por último, este año se permite únicamente una residente de la carrera de Psicología de la Universidad Católica de Córdoba para realizar las Prácticas académicas preprofesionales.

A continuación se presenta el organigrama de la institución para una mejor visualización de la organización institucional:



En la institución, se realizan diversas reuniones semanales, de las cuales son de mayor importancia las reuniones de equipo y la revisión de casos. Por un lado, la reunión de equipo

se realiza semanalmente, los días viernes, pero asisten únicamente profesionales de planta. Es a partir de ella que surge el espacio para la organización y reflexión del trabajo propio del Centro Integral Infanto Juvenil, se discute sobre diversos malestares, se proponen actividades o posibles talleres, se generan acuerdos así como también, se solucionan los diferentes problemas que pueden surgir en la planta. Por otro lado, se realizan todos los viernes la revisión de casos, se trata de un espacio donde se pone en conocimiento con el resto de los profesionales, ya sea de planta o RISaMIJ, las características de los casos de mayor gravedad o que necesitan algún tipo de derivación. Este espacio, permite tener conocimiento de las diversas situaciones que ingresan a la institución. El objetivo es poder trabajar interdisciplinariamente e intersectorialmente. Asimismo, en una revisión de casos, se propuso como equipo poder tener una supervisión de casos realizado por algún otro profesional, a cargo de la Asociación Psicoanalítica de Córdoba, lo que ofrecería una perspectiva y mirada plural desde diversas teorías para observar la subjetividad de cada niño. Se determinó que la misma tendría lugar el tercer viernes de cada mes.

Como se mencionó anteriormente, el Centro Integral Infanto Juvenil se encuentra trabajando en la construcción de abordajes a partir de la perspectiva de los Derechos Humanos, así como también bajo un enfoque de Promoción y Prevención de la Salud. Para lograr estos objetivos, la institución cuenta con atención en los consultorios, así como también, talleres artísticos y recreativos, y grupos terapéuticos para niños. Entre ellos nos encontramos con “grupos de peques”, taller de “Recreanza”, un grupo de “Arte-terapia”, taller de arte para adultos, y taller de deporte que se realiza fuera de la institución. Se debe tener en cuenta, que ante la problemática de COVID y lo que implicó la pandemia, los talleres debieron ser suspendidos al no poder continuar con los mismos de manera virtual. Este año, implicó mucho trabajo y tiempo el poder reanudar los mismos.

De igual manera, se destaca que años anteriores, diversas instituciones han acompañado y brindado participación para colaborar con diferentes actividades en el Centro Integral Infanto Juvenil. Entre ellos, se puede observar en la sala de espera y en los diferentes consultorios una intervención realizada por la Escuela Superior de Bellas Artes. La complejidad de las situaciones que se presentan en el Centro da cuenta de lo necesaria que es la intervención de sistemas de redes intersectoriales e interinstitucionales de servicios. Debido a esto, se puede observar que la institución está en contacto con diversas instituciones, entre ellas se encuentran instituciones locales y provinciales como: Hospitales en la Ciudad de Córdoba y en el interior de la provincia (mono y polivalentes); Equipos de Atención Comunitaria (EAC); Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS); Secretaria de Niñez,

Adolescencia y Familia (SENAF); Polo de la mujer; Sistema de Protección de Derechos de la Municipalidad de Córdoba (SPD); Casas abiertas, Tribunales I, II, III; Tribunales de familia, Policía Judicial y Centro Judicial de Mediación; Programas de Asistencia a la Víctima, Registro Nacional de Personas, Abogados y Defensores de los Derechos de los Niños; Atención Ciudadana, Secretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones; Servicios de Toxicología, Secretaria de Discapacidad y Juntas de Discapacidad; Ministerio de educación, Escuelas Provinciales y Municipales, Escuelas privadas y Escuelas Especiales, Centros Educativos Terapéuticos y Programas de Convivencia Escolar; Dirección de Régimen Especial (DRE); y Fundaciones que trabajan con niños y adolescentes.

Con respecto a la población que asiste a la institución, debido a la existencia de “La Casa del Joven” la cual trabaja con las problemáticas de salud mental con jóvenes entre 14 y 20 años, se trabaja en el Centro Integral Infanto Juvenil con niños hasta los 13 años. Estos niños y sus familias pertenecen a grupos vulnerados de la Ciudad de Córdoba, donde se encuentran principalmente con necesidades básicas insatisfechas y/o con sus derechos totalmente vulnerados. Muchos de los pacientes llegan a la institución por su cuenta, otros derivados por la escuela que sugiere la atención por problemas de conducta, aprendizaje o desarrollo, y también por las diversas instituciones que pueden observar el malestar presente en los niños; “en algunos casos deben acatar una orden de terceros para recibir la tenencia de los hijos o visitas de los mismos, o recibir tratamiento psicológico debido a situaciones de maltrato familiar” (Carraro, et al, 2010.)

Ante la alta demanda de turnos, 270 por mes aproximadamente, se priorizan para las profesionales de planta los casos que se encuentran Judicializados, mientras que los demás serán destinado para una atención integral por parte de los residentes de RISaMIJ o C.I.E.C. La institución puede tomar por mes únicamente 30 casos, por lo que el primer día de cada mes se solicitan los diferentes turnos que se distribuyen entre los profesionales de la institución, para que los mismos realicen la entrevista de recepción durante ese mes. Esta última, es el primer acercamiento que tiene la institución con los sujetos, donde se invita a la familia o a la persona consultante para ser escuchada y mirada, teniendo en cuenta el contexto barrial, familiar y social, que serán determinantes en la subjetividad del niño. Las entrevistas de recepción se realizan los días Lunes, Miércoles y Jueves. Una vez que comienza la entrevista, se describe que en la institución cuentan con una ficha de admisión que se realiza en computadora, esto permitiría que cualquier institución pública destinada a la Salud pueda observar el historial clínico del niño o niña.

Entre los datos a completar se pregunta sobre: nombre y edad del niño y adulto responsable, número de teléfono, dirección y barrio, escuela; si cuenta con obra social; composición familiar (genograma) y escolaridad de los miembros; situación económica familiar; antecedentes de enfermedades en general y particularmente de Salud Mental; tratamientos anteriores; medicación; por parte de quien fue la derivación y el motivo de consulta. Al final de la recepción, se deberá brindar un “Diagnóstico Presuntivo” que servirá de guía para próximos encuentros, traducidos a partir del DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión). Las principales problemáticas que se observan son dificultades de aprendizaje y trastornos de conducta; trastornos psiquiátricos y de personalidad (psicosis, neurosis, depresión, fobia y ansiedad); problemáticas familiares y sociales (problemas relacionados con la crianza, estilo de vida, hechos negativos en la niñez, entre otros.); problemáticas de violencia y maltrato familiar (abuso sexual, agresión física y psicológica, abandono); baja autoestima y aislamiento; dificultades para integrarse y realizar actividades escolares, entre otras.

Al ser una institución que brinda un servicio reconocido como esencial, durante la pandemia se crearon diversos protocolos dependientes del “día a día” brindados por el COE (Centro de Operaciones de Emergencia), esto generó que las profesionales se encuentren en el Centro Integral Infanto Juvenil, mientras realizaban sus entrevistas de manera virtual, así como también, se realizaban reuniones y entrevistas por *Zoom* o *Google Meet* cada uno desde su vivienda. Si bien en la actualidad el aislamiento social preventivo ha caducado, continúan realizándose protocolos de prevención en el Centro como la utilización de barbijos, alcohol en todas las mesas, y el cuidado entre todos para prevenir el contagio.

De igual manera, es necesario poder observar que el Centro Integral Infanto Juvenil continúa con ciertas modalidades de trabajo que se habrían integrado en los años previos a causa del COVID-19. Entre ellos, nos encontramos con que las profesionales realizan capacitaciones on-line; así mismo, en caso de enfermedad por parte de los pacientes, se puede realizar entrevistas telefónicas para continuar con un seguimiento. Por otro lado, la situación sociocultural actual, permite que las profesionales puedan compartir horarios y los diferentes espacios de la institución como los consultorios, sala de profesionales y las reuniones institucionales.

4. Eje de Sistematización

Accesibilidad a los servicios de salud mental en un Centro de Atención Infanto-Juvenil
ubicado en la Ciudad de Córdoba

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Analizar la accesibilidad a los servicios de Salud Mental en un Centro de Atención Infanto-Juvenil ubicado en la Ciudad de Córdoba

5.2 Objetivos específicos

- Identificar y analizar los factores psicosocioculturales que funcionan como barreras y posibilitadores de accesibilidad en la atención de salud mental en un centro de atención secundaria para niños y niñas en la ciudad de Córdoba.
- Caracterizar las modalidades de trabajo y los dispositivos grupales que se desarrollan en el Centro Integral Infanto-Juvenil en contexto de post-pandemia, analizando su relación con la accesibilidad al servicio de atención.
- Indagar sobre las representaciones de los usuarios y del Equipo de Salud Mental sobre la accesibilidad al sistema de salud y el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado

6. Perspectiva Teórica

6.1 Sistema de Salud

El sistema de Salud constituye uno de los pilares de la Teoría Sanitaria. Se entiende que el sistema de salud es la “suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población” (Tobar 2017) La organización social de los servicios de salud se han caracterizado en los diferentes países a partir del contexto social, político y económico de cada uno de ellos, en los distintos momentos históricos que transitan. No obstante, tienen en común la búsqueda de apoyo económico para los servicios de salud, y la prestación racionalizada de ellos para algunos grupos o alguna enfermedad.

“Los sistemas de salud son estructuras dinámicas e hipercomplejas y que no podemos pensar más en la salud en nuestros países sin considerar las profundas transformaciones coyunturales y estructurales que las sociedades están atravesando en varios campos y dimensiones, y que se expresan en sus sistemas de salud” (Temporão, 2012. p. 13)

Se debe pensar en el carácter histórico y temporal de los sistemas de salud, los cuales responden a lo que una nación construye para satisfacer las necesidades y demandas de salud existentes en la población. La concepción de salud será caracterizada por la sociedad, y por lo que la comunidad entienda por ella.

Históricamente, las diferentes culturas concebían los sistemas de salud concibiendo como categoría central la enfermedad y no la salud; es decir, se construyeron a partir de un modelo biologicista teniendo como cimientos el saber médico. En América Latina, los sistemas de salud surgen a mitad del siglo XX, a partir de políticas públicas enfocadas en el control de las epidemias surgidas por el intercambio comercial. En 1902, se construyó el primer ministerio de salud de la región latinoamericana, el mismo es el cubano. En ese mismo año, se creó la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como Oficina Sanitaria Internacional (Giovanella et al., 2012). En América Latina, predominan sistemas de salud segmentados y fragmentados, que son difíciles de contextualizar en una sociedad donde el trabajo informal prima.

Por otra parte, se puede observar una multiplicidad de estructuras del sistema de salud, aunque tienen en común que ningún país concretó un sistema público y universal para todos los ciudadanos, ya que en todos los países coexisten un sector público y un sector privado, ya sea con una mayor o menor presencia en la organización del sistema. Por ejemplo, Brasil, cuenta con un Sistema Único de Salud, propio del sector público, que tiene un acceso universal

y financiación fiscal. Este sistema, cuenta con tres niveles de gestión (la Unión, con el Ministerio de Salud, los 26 estados y los municipios junto con sus secretarías de salud y consejos de salud). Asimismo, si bien tiene servicios públicos propios, este sistema contrata parte de los servicios privados especializados y hospitalarios. Por otro lado, el sector privado se encuentra constituido por operadoras de planes y seguros privados de salud prepagos y servicios privados a los que se accede por pagos directo del bolsillo (Giovanella et al., 2012).

Se pueden observar diversas transformaciones en el campo de la salud pública, especialmente en los países pertenecientes a América del Sur. Temporão (2012), describe entre ellas una transformación organizacional, lo que no implica únicamente la administración de las unidades de salud (atención y gestión), sino que trae consigo la organización de redes, instituciones de una manera integral. Para lograr pensar la salud desde un modelo integral, se debe trabajar intersectorialmente y de forma transversal entre las diversas áreas, distintas ciencias, los diferentes saberes, teniendo en cuenta las políticas sociales y demás factores que afectan directa e indirectamente la salud, teniendo como objetivo reducir las inequidades.

6.1.1 Sistema de Salud en Argentina

En Argentina, se puede observar que la salud, no es materia delegada por parte de los gobiernos provinciales a la Nación y las provincias cuentan con gran autonomía. Sin embargo, la Nación ejerce un importante rol rector, coordinador y normativo y existen instancias como el Consejo Federal de Salud (Cofesa), creado en 1981, que constituye el espacio formal de encuentro y articulación de los poderes interjurisdiccionales del país. Es decir, que el sistema de salud se encuentra con una base en la estructura política federal, descentralizado en la administración de los servicios de salud.

El sistema de Salud de Argentina está compuesto por tres sectores, distanciados entre sí y fragmentados en su interior: sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras sociales) y el sector privado. En el sistema de salud de Argentina, se puede observar también una falta de coordinación y articulación que imposibilita la conformación de un “sistema formal” de salud, lo que atenta contra el uso eficaz de los diversos recursos y el logro de niveles aceptables de equidad de su cobertura (Acuña y Chudnovsky, 2002).

En primer lugar, se puede describir que el sector público está integrado por los ministerios nacional, provincial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, especialmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Es a partir de 1940 que el sector público comenzó a ocupar un lugar importante, como prestador, y desarrollo de políticas específicas para dicho sector. El primer paso que se tomó fue la creación de la Secretaría de Salud que unificó dependencias existentes desde principios del siglo XX (Giovanella et al., 2012). En 2010, se encontró que la cantidad de población en viviendas particulares que no tiene obra social, prepaga o plan estatal es de 14.314.682 personas. Asimismo, la cantidad de personas con programas y planes estatales de salud era de 722.942 personas (INDEC, 2010). El sistema de salud público, sufrió un gran deterioro en las últimas décadas (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Asimismo, Acuña y Chudnovsky (2011) describen que:

Este subsector -cuyos recursos provienen del sistema impositivo-, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, supuestamente, a toda la población. En los hechos, abarca aproximadamente al 30% de la misma, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos. La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda natural de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores. (p. 5)

El Ministerio de Salud, sería el organismo encargado de la regulación del sistema de servicios de atención médica. Tiene a su cargo la regulación, planificación y evaluaciones de las acciones de salud que se realizan en el territorio Argentino, lo que implica la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación.

Bajo el dominio de la Administración Pública Nacional, el Ministerio de Salud de la Nación ha incorporado dos programas que garantizan a grupos poblacionales determinados, ciertas garantías de prestaciones: el Programa Federal de Salud (PROFE), el cual asegura el cumplimiento de políticas de prevención, promoción y recuperación de salud a sus afiliados (receptores de pensiones no contributivas); y el Plan Nacer que brinda cobertura de salud a niñas y niños menores de 6 años sin obra social y a embarazadas o mujeres que transitan el puerperio y tampoco tengan obra social. (Giovanella et al., 2012)

Por otro lado, el sector del seguro social obligatorio está organizado a partir de las Obras Sociales que prestan servicios a los trabajadores y familias según ramas de actividad. No obstante, desde 1997, este principio dejó de ser obligatorio, permitiendo la libre elección. Las

Obras Sociales operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia y patronales. Asimismo, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/ Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP- PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión. La importancia de este subsector es su capacidad de transformarse en un eje constitutivo del sistema de salud argentino desde 1970 (Acuña y Chudnovsky 2011).

Por último, el sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las Obras Sociales y de los seguros privados. Históricamente, se remonta a las primeras mutuales de principios del siglo XX. Asimismo, se incluyen entidades de seguro voluntario denominadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian por familias y/o empresas que tienen medianos y altos ingresos. Este último, implica un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Este subsector comprende entonces a las aseguradoras que atienden principalmente a ciudadanos con ingresos medios y altos, y a sus familias.

El proceso de descentralización de la salud considera los efectos de los cambios generados en el subsistema de la obras sociales y las transformación del sector privado. Los procesos de descentralización presentes entre los años setenta y principios de los noventa, no buscaban la creciente eficiencia y equidad, sino que obedecían a la presión del gobierno de modificar la relación financiera con las provincias y municipios. Se producía una estrategia que tendía a modificar el esquema de distribución de recursos entre nación y las provincias. Asimismo, se puede dar cuenta de dicho proceso al momento de observar que cada provincia construye un espacio de recepción que opera con restricciones presupuestarias, distintas políticas sanitarias (locales y regionales), diversas demandas y marcos regulatorios específicos (Bisang y Cetrángolo, 1997)

La ausencia de coordinación entre los subsectores y la debilidad de regulación de los componentes no públicos, forman parte de la problemática existente de la política sanitaria. Desde los años 80', el sector de salud argentino había establecido una organización que se caracterizaba por una fragmentación excesiva, no sólo entre los subsectores, sino las dificultades propias de cada subsector (Giovanella et al., 2012). La falla que hay en la coordinación y en su articulación, impiden que se conforme el sistema, y dificulta la eficacia de los recursos, impidiendo un logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura.

Se debe caracterizar el presupuesto 2022 por parte del Estado Nacional para atender las necesidades, en este caso de salud y cómo este afecta al funcionamiento del sistema de salud,

específicamente de salud mental. El Ministerio de Economía (2022) establece que en el presente año, el presupuesto para salud ha sido de \$643.944,3 millones de pesos, es decir, un 4,9% de los gastos públicos. Asimismo, el presupuesto para salud mental es de \$7.700 millones de pesos, lo que comprende el 1,20% del presupuesto a salud. Desde 2012, el presupuesto destinado a salud mental nunca superó el 3%.

Los retos que plantea el financiamiento apropiado de los servicios de salud mental incluyen incongruencias en los datos reportados sobre la inversión en salud mental entre todos los países, la subestimación de la carga de los trastornos mentales, y la necesidad de que exista la voluntad política para afrontar los cambios necesarios para mejorar los servicios de salud mental (OPS, 2018)

Por otro lado, en la actualidad se autorizó un aumento en la medicina prepaga del 13,8% en diciembre de 2022, lo que implicaría una suba del 113,8%. Se deberá brindar atención a las consecuencias de lo que ello implica, ya que este aumento las cuotas se vuelven más altas que muchos sueldos e ingresos, lo que puede suponer que muchos afiliados se pasen a planes menos costosos e incluso darse de baja por la imposibilidad de dicho pago, dando lugar a que muchas más personas comiencen a utilizar el sistema de salud público.

El bajo nivel de gasto público en salud va acompañado de un alto gasto de bolsillo en los países de la región, y esta es una importante fuente de desigualdad estructural en el acceso a los servicios de salud. La necesidad de incurrir en gastos privados para tener un acceso equitativo y oportuno a la salud aumenta el riesgo de empobrecimiento de las personas, sobre todo de las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, que de manera recurrente tienen un estado de salud más precario y necesitan mayor atención en salud (CEPAL/OPS. 2021. p.5)

Como mencionan Macinko et al., (2007), un sistema de salud basado en la APS se considera una estrategia de organización integral que tiene como objetivo alcanzar el derecho universal a la salud equitativamente, teniendo en cuenta el principio de la Atención Primaria de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación de calidad, la responsabilidad, la participación y la intersectorialidad. Asimismo, dicho sistema de salud debería prestar una atención integral e integrada a lo largo del tiempo, haciendo foco en la prevención y la promoción de la salud, garantizando la atención del paciente en una primera instancia. De esta forma, se promueven acciones intersectoriales para actuar sobre los determinantes de la salud y la equidad.

El sistema de Salud Mental en Córdoba cuenta con seis zonas de integración sanitaria de salud mental. Es en estas zonas que se encuentran diversas instituciones y servicios que

conforman la red prestacional de salud mental de la provincia. Entre ellos, se puede encontrar la existencia de instituciones monovalentes (hospitales, instituciones intermedias), equipos de salud mental en hospitales generales (17 equipos en el interior de la Provincia y 9 en Capital), equipos de atención comunitaria (20 equipos interdisciplinarios, mayoritariamente ubicados en Centros de Salud Municipales de la Ciudad), y programas provinciales en salud mental (Ministerio de salud de la provincia de Córdoba. s.f).

6.1.2 Sistema de Salud y su impacto tras la pandemia

A partir de lo caracterizado hasta el momento, se describe a continuación el impacto de la pandemia en el sistema de salud. La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) junto con OPS (2021), describen que la fragilidad de los sistemas de América Latina y el Caribe se observa con anterioridad, previo a la pandemia, por su subfinanciamiento, fragmentación y segmentación. No obstante, la necesidad de un aumento de recursos necesarios para atender la crisis sanitaria surgida por la pandemia, generó una reorganización de los sistemas de salud. De esta manera, frente a una saturación de los servicios de salud y atención, se experimentó una falta de acceso a los servicios de salud. La interrupción de los servicios, se vio plenamente en el primer nivel de atención, lugar que para determinadas personas es el primer y casi único contacto con el sistema de salud.

Es así como la saturación del sistema de salud en los países, reflejada en el desplazamiento de la atención y la interrupción de servicios esenciales, muestra el subfinanciamiento estructural de los sistemas de salud y la escasez de infraestructura y recursos humanos en salud que se registra en la región. Esto pone de relieve la urgencia de aumentar la inversión pública en salud, particularmente en el nivel primario de atención, así como también en la formación, contratación y retención de personal y equipos de salud interprofesionales para apoyar la prestación de servicios integrales, de modo que estén capacitados para responder a las crisis y se encuentren mejor preparados para enfrentar los desastres sanitarios que puedan presentarse en el futuro (CEPAL/OPS. 2021. p.7).

Asimismo, se observa una preocupación por los servicios de salud mental, debido a que deben

garantizar la atención a su demanda habitual, como también a los efectos emocionales de la crisis social y económica que trajo la pandemia. Una encuesta realizada por la OMS, describe que el 61% de los servicios se habrían interrumpido y se vieron afectados por el traslado, modificación o cierre de instituciones; modificando la atención ambulatoria a la teleconsulta.

6.2 Proceso de salud-enfermedad

Como se mencionó con anterioridad, los conceptos de salud y enfermedad han tenido diferentes definiciones históricamente, en las cuales se han ligado dichas concepciones, describiendo a la salud en relación a la enfermedad.

Saforcada (1999) describe dos paradigmas que determinan los modelos de atención en salud. Por un lado, un paradigma individual restrictivo centrado en la enfermedad y el abordaje clínico del hombre individual aislado de su contexto y de su medio social. Por otro lado, un paradigma de salud que ubica al individuo en su contexto social, el paradigma social-expansivo. Este último, busca explicar los emergentes del proceso de salud-enfermedad a partir de la concepción de que el humano se encuentra en relación con la cultura, las circunstancias socioeconómicas y psicosociales. En la actualidad, el objeto de trabajo de la Salud Pública es el proceso de salud y enfermedad, junto con sus emergentes, y el campo de acción es el conjunto social.

El concepto de salud no es único ni universal, como tampoco lo es la definición de enfermedad. Se puede describir que son conceptos cambiantes y son dependientes de los individuos, del contexto socio-cultural y la comunidad a la que pertenece el hombre.

En la reunión convocada por la OMS para la promoción de la salud, que tuvo lugar en Yakarta en 1997 se estableció que la salud es un derecho humano básico y es indispensable para el desarrollo social y económico. Asimismo, se describe que:

Las condiciones previas para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, los ingresos, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, un uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. La pobreza es la mayor amenaza para la salud. (p. 2)

De esta manera, se alcanzaría la salud y bienestar en la medida en que estos requisitos

sean cumplidos.

La propuesta de la OMS, en su carta fundacional de 1948 describiendo que la salud es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o afección.” permite pensar la salud como un concepto positivo, ya que se encuentra relacionado con la salud del individuo y no su enfermedad; es un concepto integral por considerar al individuo como ser biopsicosocial. Al respecto de esta definición, se puede hacer diferentes observaciones:

En primer lugar, se puede describir que es una definición subjetiva que equipara bienestar a salud; utópica porque dicho bienestar es un objetivo inalcanzable. Asimismo, es una definición estática ya que se considera la salud como un estado mientras que tendría que ser concebida como un proceso cambiante (Guerrero y León, 2008).

Guerrero y León (2008) proponen que las nuevas definiciones de salud deberían considerar su carácter dinámico teniendo en cuenta que es un proceso donde puede haber diversos grados de salud; su carácter objetivo (capacidad de autonomía, viviendo con el mínimo de limitaciones y de dependencia) y subjetivo (bien sentirse con uno mismo y con el entorno).

Desde esta perspectiva, Giovanella et al., (2012) distinguen dos concepciones sobre salud que se enfrentan; por un lado, la salud entendida como derecho humano y social, parte de lo que trata el derecho a la vida, el cual debe ser garantizado por un Estado; y por otro lado, una concepción de salud como “servicio o bien” que se encuentra regido por la oferta y demanda, donde el Estado sólo interviene para garantizar dicho servicio a los excluidos de la dinámica social.

Lo propuesto anteriormente, se contrarresta a una concepción unicausal de la enfermedad, dando lugar a una idea de multicausalidad del nivel de salud de los individuos, permitiendo que se convierta en una visión integradora y holística. El fenómeno de enfermedad involucra diversos aspectos, no solo el hecho de estar enfermo por sufrir de alguna alteración, sino por la posibilidad de estar enfermo. Esto último, se encontraría determinado por los roles sociales que desempeña el individuo así como el lugar que ocupa la salud en su vida cotidiana (Sacchi et al., 2007).

Por otro lado, la OMS (2022) define la salud mental como:

[...] un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos.

La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

La salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales, al igual que la salud se trata de un proceso complejo que cada individuo experimenta de diferentes maneras, con diversos grados de dificultad, angustia y resultados sociales.

De esta manera, se puede observar que en el proceso de conceptualización de salud y enfermedad, se pasó de describirlos como elementos opuestos a conceptos articulados en un mismo proceso. Se entiende al proceso de salud-enfermedad como un proceso complejo y dinámico que integra sistema de procesos psíquicos, biológicos y sociales (Laurell, 1982). Se comenzó con la utilización del término de proceso de salud-enfermedad-atención, el cual fue recientemente reemplazado por salud-enfermedad-cuidado.

El "cuidado" tendría una connotación mucho más amplia e integral que la "atención", al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos a los que E. Menéndez denomina "auto-atención". (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012. p. 61)

De esta manera, se entiende que la palabra cuidado permite hacer referencia a la parte afectiva y no técnica de la atención. Se puede pensar que además de la asistencia y atención hay un trabajo de vinculación con los usuarios de salud, una atención más integral. Asimismo, se plantea que es indispensable la combinación de acciones "sanitarias" con otras, así como la relación existente entre diversos saberes (técnicos y no técnicos), por la concepción de las problemáticas en Salud desde la complejidad (Michalewicz et al., 2014).

Es a partir de esto, que se entiende que el proceso de salud-enfermedad-cuidado es una construcción individual y social, donde el sujeto es quien elabora su padecimiento a partir de valores, representaciones y expectativas propias del contexto sociocultural de cada persona, determinando el tipo de ayuda a buscar y lo que cada uno entiende y vive como el proceso de salud-enfermedad. Estos factores configuran distintos modos de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida, tienen una multiplicidad de expresiones (Sacchi et al., 2007).

6.3 Derecho a la Salud

El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr denominado derecho a la salud, se consagró por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946. La OMS (2014) describe:

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (p.1)

Este derecho, exige un conjunto de criterios sociales que propician salud a las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda y alimentos nutritivos. El derecho a la salud, abarca libertades que incluyen que la persona pueda controlar su salud y su cuerpo, sin injerencias; y derechos que incluyen el acceso a un sistema de protección de salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar el grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

El derecho a la salud en el derecho constitucional Argentino, se puede observar en su artículo 42, el cual atiende a la protección de la salud de los usuarios de bienes y servicios, comprendiendo los servicios de salud:

Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno.” (Art. 42, Constitución Nacional [CN], primer párrafo)

Este derecho, involucra no solamente la garantía de acceso a las prestaciones básicas de salud, sino también su mantenimiento y regularidad en el tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (2017) describe que los grupos sociales vulnerables y marginados suelen tener menos probabilidades de disfrutar el derecho a la salud. Algunos grupos de población están expuestos a mayores tasas de enfermedad y enfrentan dificultades para acceder a una atención sanitaria de calidad y alcanzable.

Por otro lado, se describe que las inobservancias de los derechos humanos pueden provocar consecuencias sanitarias muy graves. Entre ello, se puede observar discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud; permanencia de personas con trastornos de salud mental en centros contra su voluntad; alta prematura a personas de estos grupos a falta de camas en hospitales, generando altas tasas de readmisión.

De esta manera, el derecho a la salud obliga a los gobiernos y autoridades públicas a establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de la salud en el plazo más breve posible (Pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016). Esta perspectiva genera responsabilidades para los estados, obligando a los mismos a incluir en su marco jurídico la obligación de respetar, proteger y promover el acceso universal a la salud y garantizar que las personas hagan uso de su derecho.

Un enfoque de derechos basado en los derechos humanos ofrece diversas estrategias y soluciones que permiten afrontar desigualdades, prácticas discriminatorias y las relaciones de poder que son los factores que producen inequidad. El objetivo es que todas las políticas, estrategias y programas se generen teniendo como fin el mejorar el goce del derecho a la salud para todas las personas (OMS, 2017). Las intervenciones propuestas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas para conseguirlo se rigen a partir de principios y normas que serán mencionadas a continuación:

- Disponibilidad: se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - No discriminación: el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición
 - Accesibilidad física
 - Accesibilidad económica
 - Acceso a la información.
- Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
- Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

La Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental garantiza los derechos de las personas con padecimiento mental y crea el Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental, con el objetivo de proteger esos derechos. Se promueven los derechos a:

- Conocer y preservar su identidad, su grupo de pertenencia, su historia.
- Conocer y decidir sobre su tratamiento.
- Vivir en familia, vivir en comunidad.
- Que lo acompañen y a elegir quien acompaña.
- Recibir una atención humanizada, que garantice su recuperación.
- Que se preserve su autonomía personal y su intimidad.
- Ser atendido por un equipo interdisciplinario con profesionales de diversas áreas médicas y no médicas (psicólogo, psiquiatra, trabajador social, acompañante terapéutico, terapeuta ocupacional, etc.)
- Que no discriminen por un padecimiento mental, actual o pasado (Dirección Nacional de Salud Mental y Consumo Problemático.)

6.4 Determinantes de la Salud y Atención Primaria de Salud

Se define a los determinantes de la salud como al conjunto de factores ya sea personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos. El marco de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2012) describe, en un principio, la existencia de determinantes intermediarios de la salud. Estos últimos se caracterizan por ser factores que influyen directamente en la salud de las personas, a través de conductas relacionadas con la salud, factores biológicos y psicosociales. Entre ellos, se encuentran los determinantes relacionados con los entornos físicos (la vivienda, consumo potencial, condiciones de trabajo, características del barrio donde uno vive); circunstancias psicosociales (factores de estrés psicosocial o por el contrario, redes de apoyo); hábitos relacionados con la salud (son la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de conducta. Por ejemplo, consumo de tabaco, alcohol, etc.); el sistema de salud interviene en las diferencias de exposición y vulnerabilidad. Dentro de ella, se encuentra la atención sanitaria que determina la calidad, accesibilidad y financiamiento de

los servicios de salud); y por último, la cohesión social y capital social (conjunto de mecanismos de integración que existen en una sociedad y la percepción de cómo funcionan dichos mecanismos, determinando el sentido de pertenencia social.)

Por otro lado, se pueden encontrar determinantes estructurales, que influyen en la salud a través de los determinantes intermediarios, constituyen las “causas de las causas” de las desigualdades en salud. Entre ellas, podemos encontrar la posición socioeconómica de los individuos (factores sociales y económicos que influyen en la posición que las personas tienen dentro de la estructura social) la cual será clasificada y medida a partir de factores como el ingreso, la educación u ocupación de cada individuo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Dependiendo de la calidad de estas circunstancias llegan a constituirse recursos positivos para la salud y salud mental o suponen un riesgo de la misma. Dichos riesgos pueden manifestarse a lo largo de la vida, pero los que suceden en la infancia serán particularmente perjudiciales (OMS, 2022); mientras que los factores de protección a su vez, se presentan en todas las etapas de la vida y aumentan la resiliencia.

Por lo tanto, es necesaria una atención integral de la salud para dejar de lado las inequidades marcadas en materia de salud y promoviendo la salud como derecho humano. Las intervenciones de promoción y prevención propias de la Atención Primaria de Salud (APS) permiten reducir los riesgos y crear entornos favorables para la salud mental, reduciendo las inequidades en salud.

En la Declaración de Alma Ata (1978) se caracteriza la Atención Primaria de la Salud como:

[...] el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria. (p. 22)

La APS se caracteriza por ser una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas es esencial para que se puedan enfrentar los determinantes sociales de la salud y poder alcanzar el nivel más alto de salud posible para cada persona (Macinko et al., 2007). La nueva definición de APS se enfoca más en el sistema de salud en su conjunto (sector público, privado y organizaciones sin ánimo de lucro), considerando que posibilita el mejoramiento de la salud de los individuos y comunidades. En esta nueva definición prioriza que los servicios sean adecuados con las

necesidades de salud de cada población. Se plantea una readecuación y reorganización de los recursos físicos, materiales y humanos para que funcionen por niveles de complejidad.

Los niveles de atención en salud son una forma ordenada de organizar y prestar los diferentes recursos que se necesitan para satisfacer las necesidades de la población. Dentro de los tres niveles de atención, se distingue el primer nivel como el más cercano a la población. Es a partir de aquel nivel que se pueden resolver las necesidades de atención básicas, que serán resueltas a partir de actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad, así como también protección, curación y rehabilitación, es decir, accesibilidad a la atención de salud igualitaria e integral, a partir de una eficacia de su uso y una distribución de los recursos (Vignolo et al., 2011).

Se pueden identificar, en un primer momento, una necesidad de atención individual, familiar o comunitaria, y a su vez, una oferta de servicios de diversa complejidad y variabilidad. Este sistema de salud conformado por los niveles de atención se encuentra constituido por un primer nivel de atención, focalizado en las acciones más básicas del sistema. Y un segundo y tercer nivel de atención que se encuentran relacionados a agrupaciones de distintos grados de complejidad y especialización ascendente. Estas últimas, actúan a partir de lo detectado en el primer nivel de atención (Ase y Buriyovich, 2009).

6.5 Accesibilidad a los servicios de salud mental

Considerando la relación que existe entre la accesibilidad a los servicios y el derecho a la salud, se plantea una necesidad de conocer y comprender los conceptos como proceso de salud-enfermedad, desigualdades, equidad en salud, los factores determinantes de su salud junto a las dimensiones del acceso a los servicios. Asimismo, se debe comprender el contexto actual del sistema de salud mencionado con anterioridad.

Como se mencionó anteriormente, la accesibilidad al sistema de salud es un principio fundamental dentro de lo que es la Atención Primaria de la Salud. Comes y Stolkiner (2005) plantean que el concepto de accesibilidad surgió en los años 60, momento donde comienza el desarrollo del campo de la Salud Pública. La directriz se afirma sobre un incremento y redistribución territorial de los servicios, que permite descentralizar la atención de la institución hospitalaria. Es a partir de esto, que Stolkiner junto a su equipo (2007) definen la

accesibilidad como: “vínculo que se construye entre los sujetos y el servicio”

Si bien se pueden encontrar muchas definiciones sobre la accesibilidad, Landini et al., (2014) mencionan que posee límites borrosos con otros conceptos, entre ellos: acceso y uso o calidad de los servicios de salud. Por un lado, se conceptualiza a la accesibilidad como una oferta de los servicios de salud, la cual se entiende que son aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan que los usuarios puedan acceder y recibir la atención necesaria. Por otro lado, muchos autores piensan la accesibilidad a partir del ajuste existente entre las características del servicio y de sus profesionales, y las necesidades o situaciones particulares de la población. En este sentido, se entiende la accesibilidad como una posibilidad de los usuarios de recibir cuidado y atención de salud de manera eficaz cuando resulta necesario.

La OMS describe que el acceso universal a la salud y su cobertura deberán ser otorgadas a todas las personas y comunidades sin discriminación, a servicios integrales de salud de acuerdo a las necesidades, asegurando dichos servicios sin exponer a los usuarios a dificultades financieras.

Cuando una de estas dimensiones se transforma en un obstáculo, se lo define como “barreras de accesibilidad”, teniendo en cuenta que son factores que se ubican entre los usuarios y los servicios, limitando la posibilidad de lograr una atención necesaria y eficaz en el ámbito de la salud. (Landini et al., 2014)

El acceso o abandono de los servicios de salud puede explicarse por elementos facilitadores y obstáculos identificables en las distintas fases del modelo, donde hay grupos sociales —en general las poblaciones más vulnerables— que enfrentan diversas barreras y no tienen contacto con los servicios (Hirmas Aday et al., 2013, p.224)

Un abordaje de la accesibilidad, es la diferenciación entre accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural. Comes y Stolkiner (2005), con respecto a esta última, la complementan con la accesibilidad simbólica. Para una mayor comprensión se realizará una breve descripción de cada tipo de accesibilidad.

En primer lugar, se entiende por accesibilidad geográfica a lo relacionado con la distancia entre el usuario y el servicio y la posibilidad de cubrir dicho recorrido a partir de vías de comunicación y transportes disponibles. Por lo que si los servicios se encuentran cercanos a la población, favorecen la accesibilidad, ofreciendo una atención primaria que aumenta la descentralización. Por otra parte, se entiende por accesibilidad económica a la capacidad financiera de los individuos con respecto al costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la atención que se recibe y el dinero necesario para los medicamentos,

estudios, entre otros costos indirectos, como tiempo invertido en la consulta dejando de lado el trabajo.

Asimismo, la accesibilidad administrativa trabaja con las trabas burocráticas relacionadas con el acceso al servicio, los horarios de atención, sistema de asignación de turnos. Por último, la accesibilidad cultural se focaliza en los fenómenos que determinan la búsqueda de asistencia como por ejemplo, la percepción sobre el cuerpo y la enfermedad, creencias sobre la salud, tolerancia al dolor y credibilidad en los servicios de salud. También, se focaliza en los hábitos y costumbres de las poblaciones y las diferencias que hay a nivel cultural entre profesionales y organización de servicios por un lado, y los usuarios del servicio, por el otro. (Landini et al., 2014)

Stolkiner en sus diversos textos describe la accesibilidad simbólica, considerando la misma a partir del imaginario social y las representaciones que se construyen, ubicando a los individuos como constructores de accesibilidad. Se trata de la posibilidad subjetiva que tiene el sujeto de obtener el servicio de salud de manera oportuna, teniendo en cuenta la construcción de representaciones acerca de sus derechos y que realiza para ejercerlos. En la accesibilidad subjetiva intervienen vivencias, saberes, sentimientos, percepciones, experiencias vinculares que asumen un rol importante en el modo en cómo los sujetos construyen su posibilidad para acceder al servicio de salud.

7. Modalidad de Trabajo

7.1 Sistematización de experiencias

El presente trabajo se realiza siguiendo la modalidad de trabajo de “sistematización de experiencias”. La misma, es definida por Jara Holliday (2020) como:

Aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora. (p. 4)

De esta manera, se entiende que este proceso posibilita una reconstrucción y un ordenamiento para clasificar la información que surge de los factores objetivos y subjetivos propios de la práctica, así como también, generar conocimientos y aprendizajes a partir de ello. Asimismo, se puede pensar la sistematización como la describe Barnechea García y Morgan Tirado (2010):

Concebimos la sistematización como la reconstrucción y reflexión analítica sobre una experiencia, mediante la cual se interpreta lo sucedido para comprenderlo. Por tanto, ésta permite obtener conocimientos consistentes y sustentados, comunicarlos, confrontar la experiencia con otras y con el conocimiento teórico existente, y así contribuir a una acumulación de conocimientos generados desde y para la práctica. (p. 103)

Dichas autoras, describen que la sistematización de experiencias pretende explicitar, organizar y hacer comunicables los diferentes saberes que se generan a partir de la experiencia, permitiendo que se produzcan, desde una reflexión crítica, nuevos saberes y conocimientos. La sistematización tendría lugar en el marco de intervenciones intencionadas que tienen el objetivo de transformar la realidad.

Jara Holliday (1994) describe que se trata de una propuesta en cinco tiempos que todo ejercicio de sistematización debe contener. Este procedimiento no debe necesariamente seguirse de esta manera, ya que dependería de los diferentes factores que repercuten en la experiencia. El primero de dichos tiempos se trata del punto de partida, el cual se trata a partir de la participación propia en la experiencia y tener registros de la misma. Un segundo momento, da cuenta de las preguntas iniciales que permitirán orientar y definir el objetivo de

la sistematización, el objeto a sistematizar, precisar el eje de sistematización. En cuanto al tercer tiempo, se dejan de lado los elementos descriptivos de la experiencia, y se hace foco en la reconstrucción de la misma, pudiendo ordenar y clasificar la información de la experiencia que se está sistematizando. Un cuarto tiempo, es la reflexión de fondo, momento clave del proceso. Es a partir de esta instancia que se intenta encontrar la razón de lo que sucedió en la experiencia, surge la pregunta ¿Por qué pasó lo que pasó?. Se plantea la realización de un análisis, síntesis e interpretación crítica del proceso. Por último, en el quinto tiempo del proceso, denominado el punto de llegada, se formulan conclusiones teóricas y prácticas; y también se producen materiales para comunicar los aprendizajes.

7.2 Caracterización de los sujetos

La experiencia de sistematización se llevó a cabo con dos “sujetos”. Por un lado, con la población que asiste al CIIJ. La misma se encuentra conformada por niños y adolescentes de 0 a 13 años de edad, junto a sus familias.

Por otro lado, se llevó a cabo con el equipo de profesionales de la institución, el cual se encuentra conformado por profesionales de planta permanente. El mismo, se encuentra constituido por tres psicólogas, una psiquiatra, una psicomotricista, una psicopedagoga y una trabajadora social. Asimismo, se trabaja con residentes que pertenecen al RISaMIJ y C.I.E.C.

7.3 Técnicas de recolección de datos

Como se mencionó anteriormente, para llevar a cabo la sistematización es necesario contar con registros que permitan que se genere una interpretación crítica y la apropiación de la experiencia vivida en la práctica desde mi rol de observadora participante. En este trabajo, los registros describen las actividades realizadas en el Centro Integral Infanto-Juvenil durante el año 2022, desde octubre hasta la actualidad. Los mismos serán registros de campos, registros narrativos (conversaciones informales y entrevistas), encuestas, registros visuales y relatos

ocurridos dentro de los diferentes espacios. Dentro de estas actividades se incluyen seguimientos de casos realizadas los días Miércoles y Jueves de 9hs a 10hs; admisiones; capacitaciones; supervisiones realizadas por la Asociación Psicoanalítica de Córdoba; participación en taller “Recreanza” y en grupo terapéutico “Grupo de Peques”; así como también, participación en la revista de casos.

En palabras de Guber (2011), la observación es caracterizada como:

La observación participante consiste principalmente en dos actividades: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias de las actividades de la población (p. 52)

De esta manera, dicho autor describe que la observación participante da lugar al recuerdo, teniendo en cuenta que se participa con el fin de observar y que se observa para participar. Esto permitirá pensar que se puede involucrar en la experiencia a la vez que se investiga, siendo partes de un mismo proceso de conocimiento. Si bien en la experiencia se puede observar un rol más activo de observación, la participación se encuentra en los seguimientos de casos, talleres y grupos terapéuticos que permiten un mayor nivel de involucramiento.

Es por ello, que la utilización de la observación no participante es un instrumento utilizado a través de la experiencia, en su mayoría en actividades como revista de casos, capacitaciones y admisiones.

La principal herramienta que se utiliza durante la experiencia son los registros de campo, Guber (2011) lo considera un instrumento de mucha ayuda para:

1) Almacenar y preservar información, 2) para visualizar el proceso por el cual el investigador va abriendo su mirada, aprehendiendo el campo y aprehendiéndose a sí mismo, y 3) para visualizar el proceso de producción de conocimientos que resulta de la relación entre el campo y la teoría del investigador, proceso que en las notas queda a cargo exclusivamente de quien hace el registro (p. 94)

De esta manera, el registro posibilitará el material de análisis posterior para la realización de la sistematización de experiencia.

Por último, como técnica a utilizar, se planea el uso de la entrevista etnográfica, lo que permitirá la obtención de información por parte de los miembros del equipo profesional y las familias que recurren al Centro Integral Infanto Juvenil. Taylor y Bodgan describen a la misma como “entrevista cualitativa”, caracterizada por ser no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas (Taylor y Bodgan, 1987).

7.4 Consideraciones éticas

El presente trabajo y la práctica llevada a cabo se enmarcan bajo el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba el cual tiene como objetivo proveer principios generales y normas deontológicas para el ejercicio profesional. De esta forma se reconoce el respeto por la dignidad de las personas, el cuidado competente, la integridad, las responsabilidades Profesionales y Científicas, y responsabilidad social.

Con respecto al primer principio, se puede describir que es el principio ético fundamental, que permite el reconocimiento a todos los seres humanos de igual manera. A partir de dicha norma, se vincula el trato justo, y la no discriminación. Asimismo, se utiliza dicha norma para el uso del consentimiento informado, “Ello supone capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente y significativa sobre la práctica de la que participa” (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016, p. 7). Lo cual se debe utilizar al momento de la realización de entrevistas, brindando información suficiente sobre la práctica a la que se participa.

De igual manera, se debe asegurar el secreto profesional asegurando la confidencialidad del conocimiento que se obtiene a partir de los seguimientos de casos clínicos, las supervisiones, las admisiones a la institución, preservando la identidad de cada paciente y las profesionales que se encuentran trabajando en la institución. El Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016) describe:

Lxs psicólogosxs garantizarán una apropiada confidencialidad al crear, almacenar, acceder, transferir y eliminar registros bajo su control, con los recaudos apropiados si son impresos, digitalizados y/o videograbados. Mantendrán y eliminarán los registros de acuerdo con las reglamentaciones vigentes en un modo que permita cumplir con los requisitos de este Código de Ética. (p. 12)

8. Análisis de la experiencia

8.1 Recuperación del proceso vivido

El comienzo de mis prácticas en el Centro Integral Infanto Juvenil inició el día 04 de mayo del año 2022, luego de un proceso de selección realizado por la cátedra de PPS.

En el ingreso de la institución, me encontré junto a la Lic. Noel Arcusin, la cual me acompañó en mi primer encuentro con la Referente Institucional que me acompañaría en este proceso. En la espera de dicho encuentro, se pudo escuchar la explicación de la secretaria hacia un adulto, al que le comentaba que los turnos sólo se brindan el primer día de cada mes, método utilizado por la creciente demanda y la limitada cantidad de turnos a los que se puede acceder.

La referente institucional pudo transmitir la dinámica propia del Centro Integral Infanto Juvenil, así como también los días en los que se realiza la recepción de casos, la modalidad de registro y las pautas que se deben ir cumpliendo. Se me invitó a participar de los seguimientos de casos de los pacientes que se encontraban comenzando el proceso, así como también, de las admisiones que se realizarán a lo largo del año.

Mi rol comenzaría siendo de observadora no participante en las recepciones de caso mientras que más adelante mi rol cambiaría a observadora participante en los grupos terapéuticos y talleres en los que participo, así como en los seguimientos de casos.

8.1.1 Seguimiento de casos

En la práctica, se realizan seguimientos de casos de los niños, adolescentes y sus familias, con una terapia individual. En mi caso, pude participar en el seguimiento de dos familias en específico, ya que se trataban de encuentros que comenzaron a la vez que comenzó mi práctica. De esta manera, se realizó una introducción y explicación sobre mi rol y el lugar que ocuparía a lo largo del año.

Al comenzar la práctica, tuve la oportunidad de conocer a una señora, V, que se encontraba al cuidado de sus nietas. De ahora en más serán referidas como familia "X". Estas últimas, recurrirán hasta el día de la fecha los días jueves a las 9hs. En esos encuentros, se realizan juegos y actividades con las niñas (A y S) para ver cómo se desempeñan entre ellas. La psicóloga referente, luego de varios encuentros, debió realizar un informe a SENAF sobre el recorrido que van realizando ambas hermanas, y poder re-pensar la revinculación con su

madre o la guarda permanente con su abuela. Esta última fue brindada oficialmente a V y a su esposo para que A y S puedan contar con obra social. La madre de las niñas se encuentra con diagnóstico de Esquizofrenia, mientras que el padre con un diagnóstico de Retraso Mental, por lo que se consideró que ninguno de los dos podría hacerse cargo de las niñas. Si bien las niñas se ausentaban reiteradas veces, hubo momentos donde se utilizó la llamada telefónica para un encuentro con V, para que la psicóloga pueda encontrarse al tanto de la situación judicial.

En el consultorio, se realizan diversas actividades como método para la promoción y prevención de la salud, así como también para realizar un seguimiento de los vínculos que ellas mantienen con su abuela, su madre y padre. En Agosto, se pudo realizar una entrevista entre la madre de las niñas y la abuela ya que entre ellas había determinado conflicto que no podría ser solucionado entre ellas. V comenta a C, la psicóloga que la madre de las niñas no se presenta a las audiencias con el juez, y que la policía se encuentra buscándola. Por lo que C le da tiempo para poder comprender mejor la situación y brindar su ayuda. Por último, se plantea que las niñas comiencen a asistir una vez cada quince días.

A mediados de mayo, se comenzó a realizar entrevistas con una señora de 63 años que quedó al cuidado de un niño debido a que su madre no se encontraba en condiciones para su cuidado. De ahora en más serán referidos como familia “Y”. Previamente se había realizado la recepción de dicho caso, en la que me encontraba presente. Se nos cuenta la demanda por parte de la misma, así como la historia de M.T, niño que en la actualidad tiene 7 años. En los encuentros que siguen, se comenta que se encuentra interviniendo el Juzgado de Niños, Adolescentes, Violencia Familiar y de Género, para poder lograr la adoptabilidad. En la actualidad, el seguimiento de caso se realiza con el niño, los días Miércoles a las 9 de la mañana, donde se posibilitan intervenciones que permiten la gestación de un vínculo entre el niño y la psicóloga. M.T por dificultades de accesibilidad no podía recurrir a la institución todas las semanas, por lo que se planteó que asista una vez cada quince días los días Jueves y no Miércoles. Desde el 8 de septiembre que M.T ya no volvió a asistir al CIIJ.

8.1.2 Recepción de casos

Las recepciones de casos, las realizaría en su mayoría con L, trabajadora social de la institución, los días miércoles a las 9:30 de la mañana. En un principio, la profesional pudo explicarme cómo se debía realizar la ficha de admisión, un registro virtual que permite que cualquier institución pública dedicada a la salud pueda ver el historial clínico de cada niño/a.

En mi primera actividad en la institución, fui incluida en una recepción de un caso, en la cual se presentó una mujer de 22 años la cual tenía problemas con su hijo de 3 años. Mis sentimientos en el momento fueron de entusiasmo y de interés por escuchar las diferentes intervenciones que se realizaron por parte de la psicóloga referente.

En Junio, se realizó una admisión a D, abuela materna de una niña de 13 años, se realizan preguntas por fuera de la ficha de admisión estipulada para un mayor conocimiento de la problemática. La abuela describe que los padres de la niña consumen droga y viven de la calle y que el motivo de consulta es que la niña pidió volver a concurrir a la institución (CIJ) ya que la niña se encuentra con miedos constantes como caminar por la calle, subirse a los colectivos y dificultades para dormir.

A fines de Junio, se realiza una admisión a un joven de 24 años, el cual consulta por su hijo de 4 años. Describe que tiene problemas de comportamiento y que fue derivado por la escuela. El padre describe: “yo lo trato como un nene de 8, como un grande [...] le explico cómo tienen que ser las cosas, que hay momentos de desayunar, otros de estudiar y hacer las tareas y después tiempo de jugar”. Al pasar, describe que su suegra los denunció a él y a su pareja a SeNAF por un aparente descuido de los niños.

En agosto, se realizó una admisión a la madre de un niño de 11 años que se encuentra con un certificado de discapacidad con diagnóstico de retraso mental leve por parto prematuro y asfixia de nacimiento. Se presenta con un motivo de consulta específico, que el niño vive situaciones de violencia psicológica y física por parte de su abuelo, lo que lleva a que tenga dificultades para relacionarse con las maestras y sus compañeros. La madre comenta que el niño nació a partir de una violación, y desde su nacimiento tiene problemas en la tráquea.

También, a finales de dicho mes, se realizó una admisión a una mujer de 36 años que comenta que para llegar a la institución había caminado una hora y media ya que no tenía dinero para el colectivo. Su motivo de consulta era para pedir que su hijo sea diagnosticado por un psicopedagogo ya que recurría a psicología en el Polo de la Mujer, pero continuaba con actitudes violentas y actúa sin importancia. Describe la situación de violencia que ella ha vivido por parte de su anterior pareja y lo mucho que le afectó al niño ya que replicaba dichas conductas violentas.

En septiembre, se realizó una recepción de caso a una mujer de 37 años que consultaba para su hijo de 5 años, ya que el niño llora al entrar a la escuela y grita cuando abraza a sus perros. L, trabajadora social, le describe a la mujer que para no patologizar al niño se realizarán trabajos de prevención con ella más que brindarle un espacio de terapia al niño.

En lo que resta de la práctica, hasta la actualidad, los días Jueves, las admisiones no se presentaban o no se las había notificado por parte de la secretaría que debían asistir.

8.1.3 Revista de casos, capacitaciones y supervisión

Por otro lado, los días viernes, en cambio participaría de la revista de casos, donde se pone en conocimiento al resto de los profesionales las características de los casos que necesitan algún tipo de derivación, o una intervención interdisciplinaria. Se describe una dificultad propia de la institución la cantidad de demanda que se recibe, la cual no puede ser satisfecha, ya que se reciben 270 pedidos de turnos por mes, y solo pueden brindar 30. Asimismo, se describe que los casos que recibe el CIIJ “no son de libro, son complejos por el momento social que estamos viviendo” (comentario de C, psicóloga).

En dicha instancia, tuve la oportunidad de conocer las profesionales que forman parte del equipo y las residentes de RISAMiJ, que al correr de las prácticas me permitieron sentirme cómoda y con sentimiento de pertenencia en dicha institución.

La mayoría de los viernes se encontraban destinados a capacitaciones virtuales, y en menor medida presenciales, momento previo a la revisión de casos. Se me permitió concurrir a la capacitación virtual “Identidades y corporalidades diversas. Desafíos y abordajes” el 27 de mayo; y luego a “Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. Interdisciplina e intersectorialidad.” el día 03 de junio; ambas jornadas de actualización profesional realizadas por la Dirección de Salud Mental, de la Secretaría de Salud y Municipalidad de Córdoba. Asimismo, tuve la oportunidad de participar en una capacitación de Justicia realizada por Natalia Marionelli sobre “Masculinidades”.

Por otro lado, el tercer viernes de cada mes, se realiza un seguimiento a cargo de la Asociación Psicoanalítica de Córdoba, lo que ofrecería una perspectiva y mirada plural desde diversas teorías para observar la subjetividad de cada niño. Para un encuentro, se realizó la lectura de tres textos para una mayor comprensión del análisis que se realizaría del caso, entre

ellos se encuentran; “La clínica psicoanalítica frente al abuso sexual” de Silvia Bleichmar, en el libro “Vergüenza, culpa, pudor. Relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad”; “Deconstruyendo la función paterna: ¿función paterna o función tercera?” en “La diferencia sexual en debate. Cuerpos, deseos y ficciones” por Leticia Glocer Fiorini; y por último la lectura de Revista Generaciones: Pensar con el psicoanálisis niños/as- adolescentes-familias. Año 4, N°4”

Comenzó a fines de mayo una problemática que se iría intensificando con el pasar de las semanas: los niños faltan a las entrevistas, a los seguimientos de casos y a los talleres. En un principio generó en mí mucha frustración y enojo ya que no entendía el por qué era una situación que se repetía tanto y las familias que debían asistir no anunciaban su inasistencia. Ante dicha situación, se me comentó que es algo que sucede debido a que muchos niños comienzan a enfermarse, se dificulta su acercamiento a la institución por problemas con el transporte público o por manifestaciones en el centro de Córdoba. También se comenta que en invierno es mucho más difícil que las familias se acerquen.

En una revista de casos a mediados de septiembre, se comenta que en dicho mes el equipo de guardia recibió 150 casos, a lo que se plantea considerar posibles derivaciones a otras instituciones. Se propone que los niños o adolescentes que se encuentren con menor riesgo sean atendidos cada 15 días o un mes.

Asimismo, al haber tantas admisiones nuevas, se comienza a implementar una reunión los días miércoles y jueves con grupos de profesionales para descomprimir los días viernes.

Hay una inquietud de que casos que se remontan a agosto no fueron llamados a turnos. Por otro lado, las profesionales se preocupan porque dicen tomar casos que otros efectores no toman. “Es desproporcionada la cantidad de efectores que trabajan con adultos y los que trabajan con niños” G.

8.1.4 Talleres y grupos terapéuticos

En relación a los grupos terapéuticos, se me permitió participar del “Grupo de peques” que había comenzado a principio de año, pero por el cambio de residentes de RISAMiJ se realizó un nuevo comienzo a fines de mayo. Se trata de un grupo donde participan

aproximadamente 5 niños/as entre la edad de 2 y 5 años y se realizan los días Jueves a las 10 de la mañana. En el primer encuentro mi rol como practicante fue de observadora participante, pero al siguiente encuentro, se me comunicó que era necesario que mi rol sea de escribir los registros de lo que iba sucediendo. En un primer momento me dio enojo cumplir dicho rol ya que en un principio había tenido un rol más activo, pero luego comprendí la importancia de ello y la necesidad que tenía la institución y las profesionales para tener un registro de cada encuentro.

Como dinámica del grupo, se da comienzo con una canción de bienvenida mientras se canta y se utilizan instrumentos. En un comienzo, las interacciones entre los participantes del grupo se caracterizaban por ser individuales, por lo que las residentes y la psicomotricista debían ubicarse una junto a uno o dos niños. Luego, se realizan diversas actividades como jugar con bloques, jugar en la “casita” (caja que simula ser una casa), los niños juegan a aparecer y desaparecer (Fort-da), dibujar y pintar con crayones y témperas, juegan a ser médicos. Los diferentes encuentros permitieron que en la actualidad comienza a haber más interacción y juego en conjunto. En el grupo, hay encuentros donde los niños se encuentran con más dificultad de separarse de sus madres, por lo que genera un cambio de dinámica grupal al incluir a las mismas en la sala.

El último encuentro de cada mes, se encuentra destinado a una reunión con los padres de los niños. El primer encuentro se realizó en Julio, donde únicamente se presentaron dos madres. Se leyó el cuento “La línea” como disparador para poder observar qué les resonaba a las madres con respecto a sus hijos. Surgen interrogantes como; “¿Cuándo podemos escuchar?”; “¿Qué encuentran de diferente en este mes de trabajo?”; “¿Qué les sucedió a ustedes como madres en este tiempo?”, “¿Cuáles son sus sentimientos?”. En un segundo encuentro, realizado el primero de septiembre, se les pide a las madres escribir en aviones de papel sus deseos para estos niños. En dicha actividad, se repite el deseo de que los niños puedan jugar, ser felices y que logren expresarse. Surgen preguntas sobre cómo actuar ante diferentes situaciones, las cuales son respondidas entre ellas, lo que permitió un mayor entendimiento de las problemáticas y cómo afrontarlas. En octubre, se propone realizar un nuevo encuentro con las madres, pero nos encontramos con que ninguna madre pudo asistir, y no habían realizado ninguna mención de su falta.

Asimismo, se re-comenzó el taller “Recreanza” a mediados de Junio. Comenzó únicamente un niño, pero con el pasar del tiempo se fueron sumando más niños. Dicho taller se realizaría los días Miércoles a las 10 de la mañana. Mi rol, sería de realizar los registros para la institución de las diferentes actividades que se realicen y los aspectos importantes que se

dicen por parte de las profesionales o los niños. En dicho taller se leen cuentos que se consideran necesarios dependiendo de la subjetividad de los niños, y las diferentes temáticas que surgen; entre ellas, miedos, la importancia de las mascotas, el comportamiento propio. A partir de ello, se reflexiona junto con los niños y se realizan juegos que se encuentren vinculados a dicha temática. Cada encuentro se presentan niños diferentes, pocas veces son los mismos que se presentan en encuentros anteriores.

En un primer momento, el taller comienza ubicando una caja con pelotas de diferentes colores, cada una de ellas representa una emoción diferente. Cada participante debe relatar cómo se siente en ese momento y compartirlo con el grupo. Al momento de la lectura de cuentos, se enciende una vela y se apagan las luces.

Los cuentos que han sido relatados hasta el momento son: “La princesa y el Colugo”, “La chica, la casa y los fantasmas”, “Los animales no se visten”, “Medio blanco, medio negro” y “El globo”, entre otros. Cada cuento permite que se genere un juego a partir de él, por ejemplo jugar a ser fantasmas, convertirnos en animales, dibujar los monstruos y nuestros animales. Asimismo, el taller permite que los propios niños puedan crear cuentos y convertirlos en realidad llevándolo a dibujos, actuación y creando los personajes. En los últimos encuentros, los niños realizaron un cuento de monstruos, lo que dio pie a que se crearán dichos personajes con materiales que se encontraban en la sala (cartones, cinta, plasticola, CD’s, entre otros. A continuación adjunto material fotográfico:



Nota. Fotografía. Creación Propia. 31 de Agosto 2022.

Centro Integral Infanto Juvenil

8.2 Analisis y sintesis de la experiencia

8.2.1 Identificar y analizar los factores psicosocioculturales que funcionan como barreras y posibilitadores de accesibilidad en la atención de salud mental en un centro de atención secundaria para niños y niñas en la ciudad de Córdoba.

El primer objetivo consiste en la identificación y análisis de los factores psicosocioculturales que actúan como barreras y posibilitadores de accesibilidad en el Centro Integral Infanto Juvenil. Para abordar esta temática, se tomará en consideración los aportes de Landini et al., (2014) quienes describen la accesibilidad como una característica de los servicios de salud que pueden facilitar u obstaculizar el acceso y la recepción de la atención necesaria por parte de los usuarios. Asimismo, se atenderá a lo sucedido en la práctica pre profesional en relación al concepto de accesibilidad entendido como “vínculo que se construye entre los sujetos y el servicio” (Stolkiner et al., 2007). Durante la práctica profesional, se ha observado

que la accesibilidad al sistema de salud mental se encuentra determinado por el contexto actual, caracterizado por ser de post pandemia, donde las instituciones y las personas deben adecuarse a una “nueva normalidad”, donde de a poco se intenta volver a cómo se organizaban las cosas con anterioridad. Además, dicha accesibilidad al sistema de salud, se encuentra delimitado por factores geográficos, administrativos, financieros y culturales, los cuales pueden permitir u obstaculizar una atención eficaz cuando sea requerida.

En el derecho constitucional Argentino, se puede observar el reconocimiento del derecho a la salud en su Artículo 42. Este artículo se enfoca en la protección de la salud de los usuarios de los bienes y servicios, abarcando específicamente los servicios de salud.

Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. (Art. 42, Constitución Nacional [CN], primer párrafo)

Este derecho, involucra no solamente la garantía de acceso a las prestaciones básicas de salud, sino también su mantenimiento y continuidad a lo largo del tiempo.

Según la OMS, se establece que el acceso universal a la salud y su cobertura, deben ser garantizados a todas las personas y comunidades, sin discriminación, proporcionando servicios integrales de salud que se ajusten a las necesidades individuales. Es fundamental asegurar que estos servicios estén disponibles sin que los usuarios se vean expuestos a dificultades financieras. Por lo tanto, se comprende que la salud mental es un componente esencial de la salud integral de las personas, y cuando una de sus dimensiones se convierte en obstáculo, se lo define como “*barreras de accesibilidad*”. Estas barreras se encuentran entre los usuarios y los servicios de salud, limitando la posibilidad de lograr una atención necesaria y eficaz en el ámbito de la salud. (Landini et al., 2014). Durante la práctica profesional, se ha observado que no todas las personas se enfrentan a las mismas barreras de accesibilidad, sin embargo, se pueden identificar factores recurrentes que dificultan a la accesibilidad y que afectan a la mayoría de los usuarios. Asimismo, es importante destacar los elementos que favorecen la accesibilidad y permiten lograr un tratamiento eficaz y eficiente. Se trata de factores que pudieron ser observados dentro de la institución por entrevistas o comentarios de las familias o profesionales, así como también, mediante el análisis de registros y datos recopilados durante la práctica.

Es importante tener en cuenta que existen factores que surgen tanto del sistema de prestación de servicios como de la demanda de atención. En relación al sistema de prestación de servicios, se pueden identificar problemas que afectan al acceso inicial de los usuarios al

sistema. Estos problemas están influenciados por la organización y estructura del sistema de salud (Rodríguez S y Roldan P., 2008). Para el análisis, se entenderán como accesibilidad geográfica y la accesibilidad administrativa como barreras que pueden dificultar o facilitar el acceso a los servicios (Landini et al., 2014). Por otro lado, existen factores que se originan en la demanda y están relacionados con características individuales, sociodemográficas, así como con la estructura social y cultural. Estas, se pueden describir como la accesibilidad socioeconómica y la accesibilidad cultural. Además, Comes y Stolkiner (2005) complementan esta última con la noción de accesibilidad simbólica.

En primer lugar, la accesibilidad geográfica se refiere a la proximidad física entre el usuario y los servicios de salud, así como a la disponibilidad de vías de comunicación y transporte para cubrir esa distancia (Landini et al., 2014.) Cuando los servicios de salud están ubicados cerca de la población, se favorece la accesibilidad, lo que permite una atención primaria más descentralizada. En otras palabras, si los servicios de salud se encuentran en ubicaciones estratégicas y de fácil acceso para los usuarios, se facilita su capacidad para recibir atención médica sin tener que realizar desplazamientos largos o costosos. Esto a su vez contribuye a descentralizar los servicios de salud, brindando una atención más equitativa y cercana a la comunidad.

En relación a esto, se ha observado que el Centro Integral Infanto Juvenil, ubicado en el “Hospital San Roque (Viejo)”-Rosario de Santa Fe al 374- tiene una cobertura del área programática sur de la Provincia de Córdoba. El CIIJ, tiene un área de responsabilidad sanitaria (ARS) de Córdoba capital y el interior de la provincia, área geográfica de cobertura que es asignada para que se lleven a cabo las intervenciones socio-sanitarias (Cardozo et al., 2018) abarcando un territorio específico para que toda la población quede definida, quedando asignada a un establecimiento público de salud. Dado su ubicación estratégica en el centro de la ciudad, esta institución ofrece una mayor accesibilidad a una amplia porción de la población por su cercanía entre el usuario y el sistema de salud. Pero aun así, se presentan usuarios de la salud provenientes de otras localidades. Un ejemplo de ello, es un usuario que asistió desde Cosquín, ciudad al oeste de la Provincia de Córdoba:

Si APS no lo puede atender, van a Funes, pero aca en este caso lo mandaron por la medicación (Psicóloga del Centro Integral Infanto Juvenil, Septiembre 2022)

Si la institución que se encuentra a cargo de un área de responsabilidad sanitaria, no puede cubrir determinadas demandas, se lo deriva a otras instituciones, permitiendo un trabajo en red junto a otras instituciones de salud mental. Pero, familias que residen en áreas más alejadas pueden tener dificultades para acceder a estos servicios sin tener que desplazarse largas

distancias, llevando a mayores dificultades en lo que respecta a recurrir nuevamente al CIIJ, perjudicando al proceso terapéutico.

Asimismo, se menciona:

Seguimos teniendo casos que otros efectores no toman. Es desproporcionada la cantidad de efectores que trabajan con adultos y los que trabajan con niños (Psicóloga del Centro Integral Infanto Juvenil, septiembre 2022).

Según una nota del Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba (2022), se ha evidenciado una disminución en los servicios provinciales del primer nivel de atención en salud mental. Esto se refleja en el cierre de equipos comunitarios y la reubicación de profesionales sin una designación adecuada. Además, el informe destaca que solo el 29% de los centros de salud municipales en la ciudad de Córdoba cuentan con profesionales en psicología. En este contexto, durante la práctica profesional y como se ha comentado anteriormente, se ha observado que el CIIJ ha asumido una cobertura mayor a la que le corresponde. Esto se debe a que otras instituciones han cerrado sus servicios o no pueden brindar turnos para la atención en salud mental, lo que conlleva a que los pacientes sean derivados al CIIJ en busca de atención y tratamiento. Este suceso, sumado a la falta de profesionales dentro del Centro Integral Infanto Juvenil genera que la demanda hacia la institución sea desmedida y la atención no sea hacia todos. Se ha podido observar que mensualmente, entre 100 y 200 personas aproximadamente acuden al CIIJ buscando obtener un turno para recibir atención. No obstante, dadas las limitaciones en cuanto al número de profesionales disponibles, compuesto únicamente por tan solo 7 profesionales, se requiere indagar con las familias acerca del motivo de consulta con el fin de evaluar si se les ofrece una admisión en la institución o si se les deriva a otra institución más pertinente y adecuada para abordar su situación particular.

Asimismo, se ha observado que, más allá de la distancia física al Centro Integral Infanto Juvenil, existe una mayor dificultad relacionada con el transporte necesario para acceder a la institución y cubrir dicha distancia. Por un lado, se han manifestado complicaciones debido a eventos como manifestaciones o marchas, así como situaciones como barrios inundados o calles cortadas:

Se presentaron 3 niños al taller, han avisado las madres que es por el paro de docentes y manifestaciones en el centro (Registro, Agosto 2022).

Alto Alberdi está todo cortado. El transporte es lo que dificulta el venir al infanto, tengo una hora para venir acá cuando está todo cortado. (Entrevista a mamá de niño perteneciente a grupo de peques, Noviembre 2022).

C me cuenta que una familia no pudo acercarse al centro porque su barrio se encontraba totalmente inundado [por lluvias de la noche anterior] (Registro, Agosto 2022).

Por otro lado, se ha podido observar una serie de problemáticas relacionadas con transporte público en la ciudad de Córdoba. Entre ellas, se destacan dificultades en los horarios de funcionamiento, y la imposibilidad de utilizarlo en algunos casos. Esto mismo se puede advertir a partir de los siguientes registros:

Tuve que caminar una hora para poder llegar a horario (Mujer al momento de admisión, Agosto 2022).

Mientras esperamos, V, me comenta que hoy había llegado temprano porque sino “el colectivo pasaba de largo y no levanta a nadie” (Registro, Octubre 2022)

Se ha observado que el transporte urbano en la ciudad de Córdoba representa un factor de relevancia, siendo el medio de transporte que se utiliza con más frecuencia por las familias para llegar al Centro Integral Infanto Juvenil. No obstante, se ha observado que cuando surgen obstáculos relacionados con este medio de movilización, las familias se ven obligadas a invertir más tiempo en su desplazamiento hacia la institución, ya sea por la necesidad de anticiparse considerablemente para llegar a la parada de colectivo o optar por el desplazamiento a pie como método más eficiente.

Por otro lado, se pudo observar una brecha en la comunicación entre los usuarios y el servicio de salud mental debido a la limitada disponibilidad de vías de comunicación para cubrir las distancias existentes entre ambas partes. Se notó que la única vía de comunicación era a través de un número de Whatsapp, siendo este el único método disponible para contactar con la institución. De esta manera, se producían situaciones en las que algunos mensajes quedaban sin respuesta o eran olvidados, lo que dificulta la asignación de turnos a los usuarios. Además, esto generaba que las familias acudieran directamente a la institución en busca de asistencia o ayuda, pero se los redirigía a comunicarse únicamente a través del número telefónico proporcionado.

Ante esta situación, las profesionales de la institución tomaron la iniciativa de proporcionar sus números de teléfono para facilitar una mejor comunicación con las familias. Sin embargo, esta acción se llevaba a cabo una vez que las familias ya se encontraban asignadas a un profesional o grupo terapéutico específico.

Estos factores externos pueden generar obstáculos significativos para los usuarios al intentar llegar al CIIJ y acceder a los servicios de salud mental que ofrece. Estos, han provocado que los niños, niñas y adolescentes, junto a sus familias, no puedan asistir a sus citas

psicológicas programadas ni participar en los diferentes dispositivos grupales, lo que ha ocasionado una discontinuidad en su proceso de atención. Esta falta de asistencia y participación puede afectar negativamente el avance y los resultados del tratamiento, así como la continuidad de la atención integral que se brinda en la institución.

Por otra parte, se considera accesibilidad económica a la capacidad financiera de los individuos en relación con los costos asociados al acceso a los servicios de salud mental. Esto incluye el costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la atención recibida, los gastos relacionados con medicamentos, estudios y otros costos indirectos. Estos últimos pueden implicar la inversión de tiempo en las consultas, lo que a su vez puede afectar la disponibilidad para el trabajo u otras responsabilidades (Landini et al., 2014.)

En un principio, es importante resaltar que en el Centro Integral Infanto Juvenil se brinda atención de manera gratuita a todas las personas que la requieran, especialmente a aquellos que no cuentan con seguridad social o capacidad de pago (Belló y Becerril-Montekio, 2011). Asimismo, el CIJ brinda, en caso de ser necesario, medicamentos de manera gratuita, los cuales son prescritos por la médica psiquiatra de la institución. Estos psicofármacos considerados esenciales, serán brindados junto con indicaciones para su correcta administración, en las cantidades adecuadas y con dosis farmacéuticas apropiadas, así como con la información necesaria. Mejorar el acceso a los psicofármacos esenciales constituye un elemento fundamental para facilitar el acceso a servicios de atención de salud mental.

De igual manera, ciertas políticas de salud que brindan cobertura de salud permiten a las familias a obtener cubiertos los tratamientos que sean necesarios por afuera de la institución, como lo puede ser sesiones de fonoaudiología, consultas médicas, o estudios diagnósticos que se consideren relevantes para una atención integral

Sin embargo, es necesario reconocer que las barreras relacionadas con la accesibilidad económica van más allá del valor de la atención recibida. Se refieren a situaciones y costos adicionales que pueden afectar la capacidad de las personas para acceder al CIJ. A partir del siguiente registro se puede observar cómo funciona la barrera económica en el acceso a la salud mental:

C me comunica que le habían mandado un mensaje de que no podría venir [MT junto con su madre] porque no tenían dinero (Registro, Agosto 2022)

En relación a este último aspecto, se ha identificado ciertas dificultades manifestadas por algunas familias en relación a la coincidencia de los turnos de atención con sus horarios laborales o el horario del jardín de sus hijos, ya que los mismos eran turnos en horario de la mañana. Esto plantea la necesidad de ausentarse del trabajo, lo cual puede generar una

disminución en los ingresos económicos de estas familias. Por lo contrario, este factor puede dar lugar a que los padres no puedan acompañar a sus hijos a los turnos y se pierda esa oportunidad de asistencia, o bien, que deban recurrir a la ayuda de una persona cercana a la familia para llevar a los niños. Asimismo, existe una presión por parte de la escuela en cuanto a la asistencia regular de los niños, lo que implica obtener permisos especiales o certificados para justificar las inasistencias y mantener a la escuela al tanto del proceso terapéutico.

Además, se deben tener en cuenta los gastos adicionales asociados al transporte y la alimentación del niño, niña o adolescente.

Se puede observar que esta problemática también es propia de los niños, niñas y adolescentes que no cuentan con el Certificado Único de discapacidad, en lo que concierne a su acceso al transporte urbano en la ciudad de Córdoba. Como menciona la psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil:

Quienes no tienen certificado de discapacidad y por ende no tienen un pase de transporte para venir a los centros de salud, que están alejados de su domicilio, entonces, a esa gente se le dificulta el acceso, la venida al tratamiento, y más si nosotros le pedimos venir más de una vez a tratamiento (psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil, Octubre 2022)

Esto se debe al costo del transporte público, dado que si las familias no cuentan con el Certificado Único de Discapacidad, deben abonar dos o más pasajes de colectivo para poder trasladarse desde sus hogares hasta la institución y viceversa, teniendo en cuenta el gasto adicional que esto implica.

Asimismo, es necesario destacar que la barrera económica ha experimentado un incremento significativo debido al contexto económico generado por la pandemia de COVID-19 y la crisis global subsiguiente. Esta situación se ha visto especialmente acentuada en los barrios populares, donde la economía se ha visto paralizada como consecuencia de las restricciones impuestas durante la cuarentena y la limitación de actividades (Argentina, P. N. U. D. 2020).

La pandemia cambió la situación mucho, la economía es casi imposible sostenerla y las madres en el grupo con ellas comentan que se encuentran absorbidas por la tarea de la casa (Psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil, Octubre 2022)

El tercer factor de accesibilidad, conocido como accesibilidad administrativa, se refiere a las barreras burocráticas que pueden dificultar el acceso a los servicios de salud mental. Estas barreras pueden manifestarse en los trámites y procedimientos requeridos para acceder al

servicio, los horarios de atención establecidos y el sistema utilizado para la asignación de turnos (Landini et al., 2014.)

Como se mencionó previamente, en cuanto a los horarios de atención, es importante destacar que las profesionales de planta del Centro Integral Infanto Juvenil, desempeñaban sus labores principalmente en el turno de la mañana, a partir de las 8 de la mañana. Esta coincidencia con los horarios laborales de las familias y el horario de jardín de los niños y niñas ha generado dificultades en la asistencia a los diferentes dispositivos ofrecidos por la institución. Estas circunstancias han planteado un desafío en términos de conciliación para las familias, quienes se ven obligadas a ausentarse de sus lugares de trabajo o modificar sus rutinas diarias para poder acceder a los servicios del CIIJ.

Por otro lado, es importante destacar que los horarios de atención en el CIIJ pueden ser sujetos a modificaciones para adaptarse a las necesidades de las familias y los horarios disponibles en el cronograma de las profesionales. Además, se ha implementado la modalidad de teleconsulta como alternativa ocasional para garantizar la continuidad de la atención. Esta adaptación en la modalidad de trabajo ha demostrado ser una herramienta útil para superar las barreras geográficas y facilitar el acceso a la atención de manera más flexible y conveniente para los usuarios.

Según el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2022), se ha observado en los últimos años una reducción de los servicios de salud mental, al mismo tiempo que se ha registrado un aumento en la demanda de atención en el contexto de la pandemia y post pandemia. Se explica que la nueva realidad socio-sanitaria requiere un fortalecimiento de estas prestaciones, las cuales ya se encontraban debilitadas en los años previos a la aparición del coronavirus a nivel mundial. En el caso del CIIJ, se mencionó que desde principios del 2022 la demanda era de 270 casos aproximadamente por mes, de los cuales solo pueden tomar 30 para brindarles una atención eficaz. Asimismo, las personas recorren diversos servicios de salud mental sin encontrar respuestas adecuadas a sus necesidades de asistencia.

El equipo de guardia recibe 150 casos en septiembre. Es necesario el considerar una posible derivación u orientación a urgencias porque no tenían criterios para ser admitidos en el hospital de niños (Psicóloga del Centro Integral Infanto Juvenil, Septiembre 2022)

Las profesionales de la institución han manifestado en reiteradas ocasiones que la demanda de atención ha experimentado un crecimiento exponencial tras el periodo de pandemia. Anteriormente, no se observaba un aumento tan significativo de familias buscando atención en la misma medida que se ha observado en el contexto actual.

La psicomotricista de la institución comenta al respecto:

Uno de los grandes factores que acrecentaron la demanda tiene que ver con la creciente demanda de las escuelas. Por otro lado, la percepción de los padres que ven las problemáticas de los chicos todos los días, las sienten, perciben que se sienten mal. Y los factores grandes que han incidido en el aumento de la demanda es mucho también la situación de la pandemia, que profundizó y ya venían siendo problemáticas en los niños, niñas y sus familias y en estos momentos se acrecentó. Como? Con la profundización de sufrimientos que tienen que ver con problemas de comunicación de un lazo a otro, una creciente demanda de los llamados casos de TGD o autismo, problemas de relación con el otro que se profundizaron en niños que tuvieron dos años aislados (Entrevista a psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil 2022).

En relación a la forma en que los usuarios acceden a la atención en el Centro Integral Infanto Juvenil, es importante considerar los procedimientos necesarios para poder acceder a este servicio. En primer lugar, la institución ha determinado que la modalidad para la asignación de turnos sería diferente a otros años, por la creciente demanda y la limitada cantidad de turnos a los que se puede acceder.

Es a partir de estos factores que los turnos serán concedidos el primer día de cada mes, los que serán asignados a las diferentes profesionales de la institución para que se realicen las entrevistas de recepción correspondientes. El proceso de asignación de turnos es mediante el canal de comunicación establecido por la institución, el servicio de Whatsapp, donde la secretaria es la encargada de gestionar y otorgar los turnos para las fechas destinadas a las admisiones. Sin embargo, se observa una dificultad para obtener turnos para la mayoría de los usuarios, lo que impide satisfacer su demanda. Estas dificultades se derivan de la imposibilidad de contar con acceso a datos celulares, internet o incluso de disponer de un teléfono móvil para enviar un mensaje. Además, cabe destacar que contar con la posibilidad de enviar el mensaje temprano en la mañana se convierte en un factor determinante para obtener la oportunidad de un turno.

Hay casos que se remontan a mediados de agosto que todavía no fueron llamados para un turno (Psicóloga del Centro Integral Infanto Juvenil, Septiembre 2022)

Además, es importante destacar que la cantidad de personas que solicitan turnos puede superar la capacidad de atención de la institución, generando ciertas limitaciones en la asignación inmediata de citas. Por esta razón, se establece un proceso de priorización a las primeras personas en escribir el día asignado, y atender a los motivos de consulta más urgentes.

Por otro lado, se evidencia una imposibilidad a nivel institucional ante la falta de espacio y horarios para realizar las consultas: “*No tengo turnos, ni consultorios*” (Psiquiatra del Centro Integral Infanto Juvenil, Septiembre 2022), también se menciona que las profesionales “*ya no dan a basto*” (Psicóloga del Centro Integral Infanto Juvenil, Septiembre 2022).

En segundo lugar, como parte del procedimiento necesario para acceder a los servicios de la institución, se requiere que las familias acudan a una entrevista de recepción con la profesional especializada asignada. Durante esta entrevista, se brinda la oportunidad de describir detalladamente el motivo de consulta y compartir las preocupaciones y necesidades específicas que llevan a buscar asistencia. Además, se solicita a las familias completar una ficha de admisión, la cual recopila información relevante sobre el niño, niña o adolescente, su historia médica y clínica y otros aspectos que se consideran relevantes para el proceso de atención. Esta ficha de admisión, con la debida autorización y consentimiento, permite que la institución pueda compartir información pertinente con otras entidades o instituciones de salud pública, si es necesario, para una atención más integral y coordinada. Es a partir de esto, que el profesional considera si es necesaria una derivación a otra institución más acorde a la problemática o continuar con un plan de atención y tratamiento adecuado a sus requerimientos específicos.

Como última instancia, en la revista de casos se determinará qué profesional/es atenderán al usuario, si profesionales de planta, residentes del RISAMiJ o del CIEC, quienes acompañarán a los niños, niñas, adolescentes junto a sus familias en su proceso terapéutico.

Por último, Landini et al. (2014) sostienen que la accesibilidad cultural se enfoca en los factores que influyen en la búsqueda de asistencia, como la percepción del cuerpo y la enfermedad, las creencias acerca de la salud, la tolerancia al dolor y la credibilidad en los servicios de salud. Además, se centra en los hábitos y las costumbres de las distintas poblaciones, así como en las diferencias culturales entre los profesionales y la organización de servicios, por un lado, y los usuarios del servicio, por el otro.

En el caso de la práctica, se ha observado que hay diversos factores por los cuales las familias han decidido buscar asistencia. En general, las familias se encuentran frente a una situación conflictiva donde no se visualizan soluciones intrafamiliares que detengan su malestar o sufrimiento (Carraro et al., 2010). En algunos casos, deben acatar una orden de terceros, como SENAF, para obtener la tenencia de los hijos o visitas de los mismos; otras familias son derivadas por la escuela, ya que son las instituciones donde los niños se encuentran la mayor parte del tiempo. Como describe la psicomotricista del CIJ menciona,

“Es el escenario especial donde los chicos asisten todos los días a la escuela, y las docentes son las que los ven además de la familia” (Octubre 2022).

Se puede percibir, por consiguiente, que algunas familias pueden subestimar o pasar por alto síntomas o problemáticas que puedan presentar los niños o adolescentes, siendo la escuela la que tome conocimiento de estas situaciones y facilite la búsqueda de asistencia.

Asimismo, se ha advertido que son los mismos adultos y su percepción de las problemáticas que se generan en los niños, lo que lleva a consultar al Centro Integral Infanto Juvenil. Son los padres, familiares o tutores quienes *“las sienten, perciben que se sienten mal”* (Psicomotricista del CIIJ, Octubre 2022). Igualmente, se ha observado de familias que han asistido con anterioridad a la institución, y retornan a pedir nuevamente una consulta. Tal es el caso siguiente:

A la recepción se presentó la abuela materna de D, niña de 13 años que ya había concurrido 2 años al CIIJ (Registro, Junio 2022)

A partir de lo expuesto, se evidencia que ciertas familias manifiestan una mayor conciencia y preocupación respecto a su estado de salud, particularmente en lo que respecta a la salud de sus hijos. Esto último, se traduce en la búsqueda de asistencia, en este caso específico, en el Centro Integral Infanto Juvenil. Asimismo, esta percepción puede variar, haciendo que una familia busque atención rápidamente, mientras que otras pueden pasar meses, o años para buscarla, momento que los síntomas se manifiestan en el sistema familiar.

Las expectativas pasan por obtener una atención que se caracterice por la escucha y la dedicación de tiempo de los profesionales de la salud. El CIIJ, brinda un enfoque donde se dan respuestas a las necesidades que cada familia trae a consulta. Se presenta la recepción como una posibilidad de un encuentro entre el equipo de salud y las personas que se acercan en busca de ser acogidos y encontrar un lugar para ellos. Se convierte en un lugar para expresar lo silenciado e inesperado, se transforma en un encuentro con el otro (Carraro et al., 2010). Esto permite que se genere una confianza y haya una percepción positiva de la calidad de los servicios de salud, permitiendo que las familias puedan recurrir rápidamente y de manera recurrente a la institución.

Comes y Stolkiner (2005) complementan esta perspectiva con el concepto de accesibilidad simbólica. Se trata de la capacidad subjetiva del individuo para acceder a los servicios de salud de manera oportuna, considerando la construcción de representaciones en relación a sus derechos y las acciones que lleva a cabo para ejercerlos.

Se considera que la participación social en salud puede desempeñar un papel fundamental al momento de analizar la dimensión simbólica de la accesibilidad, ya que las

modalidades que esta puede adoptar se encuentran relacionadas con distintos conocimientos, recursos materiales y simbólicos presente en la población como en los servicios de salud (Solitario et al., 2008).

Dentro de la institución, se ha observado un aumento en cuanto la participación individual como forma de interactuar con el servicio de salud. En un principio, no solo se evidencia el uso del servicio de las diversas familias, sino también la utilización de distintos mecanismos de expresión de opiniones sobre dicho servicio de salud; ya sea en los espacios grupales y sus encuentros con los padres, en entrevistas individuales o en la sala de espera. Se han percibido tanto quejas como reclamos dirigidos a la institución debido a las dificultades de acceso al servicio, así como también expresiones de agradecimiento por el trabajo y el espacio brindado.

Asimismo, se pudo advertir que en su mayoría asistían familiares, tutores o vecinos del sexo femenino, esto puede reflejar los estereotipos de género arraigados en la sociedad, donde se espera que las mujeres asuman roles de cuidadoras y responsables por la salud y bienestar de sus hijos. De igual manera, se observan los roles laborales y familiares que difieren entre hombres y mujeres, afectando la disponibilidad de tiempo para asistir a las entrevistas en la institución (Chavez, 2015.)

8.2.2 Caracterizar las modalidades de trabajo y los dispositivos grupales que se desarrollan en el Centro Integral Infanto-Juvenil en contexto de post-pandemia, analizando su relación con la accesibilidad al servicio de atención.

El Centro Integral Infanto Juvenil es una institución de Salud Mental destinada a la atención de niños y familias. La institución ha trabajado en la construcción de abordajes integrales, basados en la interdisciplina, el trabajo en redes y la perspectiva de derechos humanos. Sus principales objetivos son promover, prevenir y brindar asistencia psicológica a los sujetos que requieren su intervención a través de diferentes abordajes: individual, grupal, familiar, talleres expresivos y recreativos (Carraro et al., 2010). Por lo tanto, el primer objetivo

es poder caracterizar las modalidades de trabajo y los dispositivos grupales en el contexto actual posterior a la pandemia de COVID-19.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) junto con OPS (2021), describen que la fragilidad de los sistemas en América Latina y el Caribe se evidenciaba con anterioridad, previo a la pandemia, por su subfinanciamiento, fragmentación y segmentación. Sin embargo, la necesidad de aumentar los recursos necesarios para atender la crisis sanitaria surgida a raíz de la pandemia ha generado una reorganización de los sistemas de salud. La interrupción de los servicios, se vio plenamente en el primer nivel de atención, lugar que para determinadas personas es el primer y casi único contacto con el sistema de salud (CEPAL/OPS. 2021). El Centro Integral Infanto Juvenil ha logrado adecuarse a los cambios y necesidades surgidos en el contexto sanitario de confinamiento, modificando su modalidad de atención, a través de la utilización de las telecomunicaciones, reduciendo la presencialidad, teniendo en cuenta las precauciones necesarias del momento.

En este sentido, es posible afirmar que durante el año 2022, la población adquirió una mayor inmunidad frente al virus SARS-CoV-2, lo cual se reflejó en una notable disminución de la incidencia de la enfermedad y la mortalidad asociada al COVID-19. Como consecuencia, se implementaron actualizaciones en las medidas de prevención destinadas a contener la propagación de dicha enfermedad (Ministerio de Salud., 2022). Esta situación generó que las profesionales del CIIJ se enfrentarán a la necesidad de reorganizar su metodología de trabajo, adaptando los protocolos de trabajo y las estrategias de intervención para garantizar la accesibilidad de los servicios de salud mental en el contexto de post-pandemia.

En primer lugar, y tal como se ha mencionado anteriormente, se ha observado un incremento en la demanda de atención en el contexto de pandemia y el periodo posterior a la misma. Como resultado a ello, el Centro Integral Infanto Juvenil ha implementado un nuevo sistema de asignación de turnos. Estos últimos se otorgan el primer día de cada mes, a primera hora de la mañana, mediante el uso de la aplicación de mensajería “Whatsapp”. Para ello, los usuarios deberían contar con dispositivos celulares y con internet para que la comunicación logre llegar de manera adecuada a secretaria.

A través de este proceso, se distribuyen los turnos entre los profesionales de planta, quienes se encargan de llevar a cabo las admisiones y evaluar si los casos califican como "graves" o si están judicializados, determinando si continuarán su atención o si serán derivados a las residentes que se encuentran en la institución, ya sea del RISAMiJ o del CIEC. Esta situación representa un desafío actual, dado que la demanda de atención es considerable y los

recursos disponibles, con tan solo 7 profesionales, resultan insuficientes para atender todos los casos que se presentan.

Las admisiones que he tenido son para psicología y no hay nadie que tome los casos (Psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil, Octubre 2022).

Ante estas dificultades, en una revista de casos a mediados de septiembre, se comenta que en dicho mes el equipo de guardia recibió 150 casos, a lo que se plantea considerar posibles derivaciones a otras instituciones. Se propone que los niños o adolescentes que se encuentren con menor riesgo sean atendidos cada 15 días o un mes (Registro, Septiembre 2022) o posibles derivaciones a otras instituciones.

El dispositivo de recepción se configura como una estructura organizada que se construye en base a diversas y complejas dimensiones, con el propósito de brindar un espacio propicio para el encuentro entre el equipo de salud y las personas que solicitan atención. En este contexto, se abre la oportunidad de dar voz a aquello inesperado, silenciado o latente, que puede manifestarse de manera explícita. Este proceso de acogida es denominado acto de recibimiento, el cual implica dar la bienvenida a aquellos que llegan desde fuera (Carraro et al., 2010). El dispositivo de recepción o admisión, entenderlo como un encuentro con el otro.

Esta última, es el primer acercamiento que tiene la institución con los sujetos, donde se invita a la familia o a la persona consultante para ser escuchada y mirada, teniendo en cuenta el contexto barrial, familiar y social, que serán determinantes en la subjetividad del niño. Las entrevistas de recepción se realizan los días Lunes, Miércoles y Jueves. Una vez que comienza la entrevista, se describe que en la institución cuentan con una ficha de admisión que se realiza en computadora, esto permitiría que cualquier institución pública destinada a la Salud pueda observar el historial clínico del niño o niña, facilitando la continuidad de la atención y la coordinación entre diferentes servicios de salud. La historia clínica electrónica permitiría sustituir la tradicional versión en papel, además de servir como un método eficiente para gestionar el creciente volumen de la información del paciente. Sin embargo, implica un cambio en la naturaleza del registro de información, ya que deja de ser exclusivamente propiedad del médico y la organización. En su lugar, se enfoca en la integración de datos, el trabajo en equipo, la multidisciplinariedad y la adopción de normas y reglas no exclusivas. Además, posibilita el acceso distribuido a la información para diversos propósitos legales y legítimos (Chá Ghiglia, 2020).

La recepción se inicia con interrogantes sobre datos concretos filiatorios, procedencia, situación familiar, y socioeconómica, lo que permite situarse en su realidad cotidiana,

posteriormente, se les brinda la oportunidad de compartir su relato, a partir del cual se pueden plantear distintos interrogantes.

Los registros son objetivos por si surge el caso que tiene que derivar, esto último depende de donde viven, si es que los tienen que derivar a un lugar más cercano a su casa, otro hospital o un dispensario, y depende de la importancia del caso ya que al estar con tantos pacientes solo pueden tener lugares para los que vienen hace unos meses o años y casos importantes.

Debido a la naturaleza virtual del registro, se encontraban situaciones en las que la conexión a internet presentaba fallas o el sistema informático experimentaba problemas técnicos, lo cual dificultaba la realización de la historia clínica electrónica. Ante estas circunstancias, se optaba por utilizar medios físicos, como papel y lapicera, para completar el registro de manera escrita y posteriormente transferir la información al sistema de forma adecuada.

En cuanto al seguimiento posterior de estos casos, se ha observado un incremento en la ausencia a los turnos debido a diversos factores, como dificultades económicas, compromisos laborales, citas médicas, enfermedades tanto del niño, niña o adolescente como de sus familiares como se mencionó en el objetivo anterior:

[Madre de un niño] *había mandado un mensaje de que no podría venir porque no tenían dinero* (Registro, Agosto 2022)

En invierno es mucho más difícil que las familias se acerquen y había muchos niños enfermos (Registro, Junio 2022)

Todos los pacientes que debían atender en el día se habían comunicado para cancelar. Por ello, la única actividad que les quedó fue realizar el taller previsto donde únicamente un niño se presentó (Registro, Junio 2022)

Estas circunstancias ocasionaban la imposibilidad de llevar a cabo un adecuado seguimiento de estos casos, además de representar un desafío para la institución, dado que los turnos eran asignados con antelación y no podían ser reasignados a otras personas debido a la falta de comunicación por parte de los pacientes o la notificación tardía de la ausencia. Los profesionales del CIJ han sabido adaptarse a esta situación en distintas ocasiones, estableciendo comunicación telefónica con las familias para llevar a cabo las entrevistas a través de medios de telecomunicación, adecuando las mismas al encuadre y actividades del consultorio, atravesado por los aspectos éticos y legales propios de la profesión. Para que esto suceda, es necesario una buena conexión a internet, un dispositivo con suficiente batería, una habitación con puerta para contar con intimidad (Cuéllar García., 2022). Asimismo, las

profesionales han proporcionado sus números de teléfono personal a las familias con el objetivo de coordinar de manera más efectiva las próximas entrevistas o notificar con anticipación en caso de que para ellos no sea posible asistir.

Nos comunicamos a través de una llamada telefónica con la abuela de las niñas mientras estas últimas se encontraban en el jardín (Registro, Junio 2022)

Otra modalidad de trabajo presente en el CIIJ, es la revista de casos, la cual se realiza todos los viernes. Se trata de un espacio donde se pone en conocimiento con el resto de los profesionales, ya sea de planta o RISaMIJ, las características de los casos de mayor gravedad o que necesitan algún tipo de derivación. Este espacio, permite tener conocimiento de las diversas situaciones que ingresan a la institución. El objetivo es poder trabajar interdisciplinariamente e intersectorialmente.

Acá cambió mucho la modalidad de trabajo, no pasábamos un viernes sin tener revista de casos. Ahora pasamos dos meses sin tener una (Psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil, Octubre 2022)

Esta situación surgió debido a la presencia de diferentes días festivos en Córdoba, así como a la realización de paros por parte del equipo de salud y la programación de capacitaciones. Esto implicó la necesidad de buscar alternativas durante la semana para compartir información sobre los casos y coordinar turnos con otros profesionales, en caso de ser necesario.

De igual manera, la revista de casos permite a las demás profesionales presentes observar como trabaja cada colega y solicitar ayuda o consejos en caso de considerarlo necesario. Además, brinda la oportunidad de invitar a profesionales de otras disciplinas para que participen de ciertos casos, posibilitando el trabajo interdisciplinario.

Por último, hubo modificaciones en cuanto a la modalidad de llevar a cabo las capacitaciones de las profesionales, las cuales se realizaban de manera virtual los días viernes. Tal es el caso de “identidades y corporalidades diversas. Desafíos y abordajes”. Se tratan de jornadas de actualización profesional y capacitación en salud mental. Fue realizada por la dirección de salud mental, la Secretaría de Salud y la Municipalidad de Córdoba en Mayo de 2022.

El Centro Integral Infanto Juvenil se propone trabajar desde la psicoasistencia, teniendo en cuenta la promoción y la prevención en Salud Mental a través de diferentes abordajes: individual, grupal, familiar, talleres expresivos y recreativos.

Comprendemos que los dispositivos grupales son aquellos que proporcionan el espacio y el tiempo necesario para que las personas que participan puedan expresar no solo sus

incertidumbres, sino también aspectos que pueden tener un impacto en los demás y en sí mismos, dando lugar a la transformación. Son espacios tácticos donde se da la producción de efectos singulares (Del Cueto y Fernandez, 1985). Estos dispositivos se refieren al conjunto de condiciones normativas de la tarea a desarrollar, como el número de participantes, la duración y frecuencia de las reuniones, y la duración limitada o ilimitada del funcionamiento del grupo. Sin embargo, lo más importante es el proceso y la dinámica del grupo que se establece, así como el tipo de intervenciones que realizan los coordinadores (Edelman y Kordon, 2011).

Es importante tener en consideración que, debido a la problemática del COVID-19 y las implicaciones de la pandemia, los talleres tuvieron que ser suspendidos al no poder ser llevados a cabo de forma virtual. Durante el 2022, se requirió de un gran esfuerzo y dedicación para poder retomar dichos talleres. Por un lado, el grupo terapéutico “Grupo de peques” tuvo la posibilidad de comenzar a principios de año, mientras que el taller “Recreanza” re-comenzó a mediados de Junio. De igual manera, una vez que comenzaron dichos dispositivos, los encuentros se realizaban semanalmente, permitiendo establecer un lugar y espacio para el trabajo en conjunto, favoreciendo la promoción y prevención de la salud. Se puede observar esto último a partir de lo mencionado por una madre cuyo niño participó en el “Grupo de peques”:

B sabe cuando llega que viene a jugar con I, la psicomotricista. Cuando se golpea pide ayuda con una doctora (juego que realizamos en el grupo simulando ser doctores y enfermeros). B odia los doctores pero que a partir de dicho juego comienza a pedir por uno cuando se lastima (Madre de B, Grupo de Peques, Julio 2022)

Por un lado, el Grupo de Peques trata de un grupo terapéutico donde participan aproximadamente 5 niños/as entre la edad de 2 y 5 años y se realizan los días Jueves a las 10 de la mañana. El mismo inició sus actividades a principio de año, y hacia fines de mayo, las residentes de RISAMiJ se retiraban para dar paso a nuevas residentes. Por lo tanto, dicho mes marcaba un nuevo comienzo donde se trabaja interdisciplinariamente entre psicología y psicomotricidad. Como dinámica del grupo, se da comienzo con una canción de bienvenida mientras se canta y se utilizan instrumentos. En un comienzo, las interacciones entre los participantes del grupo se caracterizaban por ser individuales, por lo que las residentes y la psicomotricista debían ubicarse una junto a uno o dos niños. Luego, se realizan diversas actividades como jugar con bloques, jugar en la “casita” (caja que simula ser una casa), los niños juegan a aparecer y desaparecer (Fort-da), dibujar y pintar con crayones y témperas, juegan a ser médicos.

A medida que transcurren los encuentros, se evidencia un incremento en la interacción entre los niños, y se observa cómo estos van desarrollando su independencia con respecto a su familia, adquiriendo habilidades para realizar tareas por sí mismos. Esta independencia no solo se manifiesta en el ámbito terapéutico, sino que también se refleja en su vida cotidiana, donde empiezan a realizar tareas o actividades de manera más autónoma. Se puede observar este efecto a partir de un comentario de una madre cuyo niño participa del grupo de peques:

“B sabe cuando llega que viene a jugar con I, la psicomotricista. Cuando se golpea pide ayuda con una doctora (juego que realizamos en el grupo simulando ser doctores y enfermeros)”. La madre, asimismo, comenta que B odia los doctores pero que a partir de dicho juego comienza a pedir por uno cuando se lastima (Registro 7 Julio 2022)

Por otro lado, el taller “Recreanza” comenzó a mediados de Junio. Dicho taller se realizaría los días Miércoles a las 10 de la mañana. En dicho taller se leen cuentos que se consideran necesarios dependiendo de la subjetividad de los niños, y las diferentes temáticas que surgen; entre ellas, miedos, la importancia de las mascotas, el comportamiento propio. A partir de ello, se reflexiona junto con los niños y se realizan juegos que se encuentren vinculados a dicha temática. Cada encuentro se presentan niños diferentes, pocas veces son los mismos que se presentan en encuentros anteriores. Cada cuento permite que se genere un juego a partir de él, por ejemplo jugar a ser fantasmas, convertirnos en animales, dibujar los monstruos y nuestros animales. Asimismo, el taller permite que los propios niños puedan crear cuentos y convertirlos en realidad llevándolo a dibujos, actuación y creando los personajes.

Atendiendo a lo planteado, se visibiliza la función de la dinámica grupal en tanto posibilitador de intercambio de afectos y sentidos entre sus integrantes. Normalmente, el niño es narrado por el discurso de “otros” (justicia, educación, familia, etc.) Ha dejado de ser sujeto de enunciación para ser objeto de enunciados, para ser contado desde sus dificultades, presentado en las entrevistas como un problema (Carraro et al., 2010). Pero es a partir del trabajo de la institución y sus dispositivos que se puede observar que se ayuda y acompaña a los niños/as a simbolizar, poniendo en palabras, expresar con el cuerpo y el juego, procesando de manera particular los diversos acontecimientos que suceden.

Se debe tener en cuenta que a lo largo del año se presentó de manera recurrente un factor que afectaba la asistencia de los niños a los distintos dispositivos grupales. Se observó que cada semana asistían niños diferentes, lo que dificultaba la continuidad del proceso de manera adecuada.

Las residentes comentan que F, niño que va al grupo de peques no fue hace 3 sesiones por enfermedad, y hoy fue al grupo, se le pidió a la madre que venga a las demás reuniones (Registro 4 de agosto 2022).

Se pudo observar que recién el 11 de agosto de 2022 se logró la asistencia de los 6 niños inscriptos de manera simultánea al grupo de Peques.

Para abordar esta situación, fue necesario comprender la complejidad del entorno sociocultural y los diversos factores que actuaban como barreras de accesibilidad, considerando las variables que influyen en el individuo. Entre estos factores se encontraban problemas económicos que dificultaban el acceso a la institución, así como horarios que afectaban la disponibilidad de los niños debido a compromisos escolares o la imposibilidad de los padres de ausentarse del trabajo, entre otros. Es crucial tener en cuenta estas diversas variables que impactan en el individuo al planificar las intervenciones y estar abiertos a nuevas contribuciones.

Asimismo, se observó como dificultad en la modalidad de trabajo después de la pandemia el temor por parte de las familias y las profesionales de contagios. Ha quedado una construcción imaginaria del otro como riesgoso a partir de la pandemia y son marcas que quedaron en las personas. La psicomotricista de la institución comenta lo siguiente al respecto:

Yo lo veo más en la profesión que es de cuerpo a cuerpo, jugamos muchos con la cercanía del cuerpo, del tocarse y esto en algún momento, si bien yo lo trabajo en mis espacios personales, pero hay un resquemor todavía del hecho de mediatizar todavía con el barbijo, que vengan niños como hoy, enfermos y nos hace tener ciertos cuidados por todo lo que vivimos (Entrevista a psicomotricista del Centro Integral Infante Juvenil 2022)

Se ha observado que se continúan sosteniendo medidas preventivas, y reinventando estrategias para poder continuar con el trabajo con el otro. Esta situación ha generado un cambio en la forma de abordar la interacción y el contacto físico con los niños, niñas y adolescentes, manteniendo ciertas precauciones para resguardar la salud de todos los involucrados.

8.2.3 Indagar sobre las representaciones de los usuarios y del Equipo de Salud Mental sobre la accesibilidad al sistema de salud y el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado

En primer lugar, se puede observar que el equipo de Salud Mental del Centro Integral Infante Juvenil percibe la accesibilidad a partir del concepto de Stolkiner junto a su equipo (2007), es decir, como un vínculo que se construye entre los sujetos y el servicio. Hay factores internos a la institución que el equipo de Salud Mental entiende como facilitadores a la accesibilidad, entre ellos la manera en cómo se recibe y se aloja a la familia. Como describe una profesional de la institución:

Generamos y construimos esa transferencia con ellos que posibilite esa confianza y ese encuentro que hace que las familias se conviertan en un hecho importante asistir a la terapia, porque ven resultados en sus hijos, los vínculos transferenciales de las instituciones con los usuarios de la salud mental, como uno los recibe, los aloja. (Psicomotricista del CIIJ, Octubre 2022)

La institución permite el espacio de la recepción como dispositivo que se configura como primer contacto entre el establecimiento y aquellos que acuden en busca de atención. Este dispositivo de recepción se entiende como una estructura que se construye considerando las diversas y complejas dimensiones que lo atraviesan, con el propósito de acoger y brindar un lugar adecuado para el encuentro entre el equipo de salud y las personas que se aproximan a la institución (Carraro et al., 2010).

A su vez, se observa una comprensión sobre las estrategias y prácticas implementadas en la institución para replantearse, facilitar la accesibilidad y promover un encuentro terapéutico efectivo con las familias.

Quizás ese deseo de encontrar la mejor manera de recibir, alojar, y contener alentó nuestra búsqueda y también nos permitió otro “encuentro”, el nuestro como equipo. El trabajo “entre varios” con nuestras subjetividades y nuestra forma de pensar la práctica, de construir una mirada, interrogantes, desafíos, afinidades, respetando la singularidad del otro (Carraro et al., 2010).

Por un lado, se identifican como barreras a la accesibilidad aquellas relacionadas con la prestación del servicio, es decir, las barreras que se surgen a partir de la organización y estructura del sistema de salud. El equipo de salud mental del CIIJ considera que uno de los principales obstáculos para la accesibilidad es el sistema de turnos y las implicancias asociadas a él. De esta forma, las profesionales comentan “*funcionamos bien mientras tenemos turnos*”

(Psicóloga del CIIJ, Septiembre 2022), sin embargo, debido al contexto sociocultural actual, se ha producido un aumento en la demanda, lo que ha generado la falta de disponibilidad de espacios y horarios de atención: “*No tengo turnos ni lugar de consultorio*” (Psiquiatra del CIIJ, Septiembre 2002). Ante esta problemática, las profesionales expresan su descontento debido a la cantidad de casos que son rechazados por otros prestadores de servicios. Una de las psicólogas de la institución menciona que “*es desproporcionada la cantidad de efectores que trabajan con adultos y los que trabajan con niños*”, asimismo, “*de 100 efectores, únicamente 20 serían para niños*” y mencionan a su vez, que se trata de un “*ping pong*” de instituciones.

Por otro lado, en relación a la accesibilidad geográfica, como se mencionó previamente, el equipo de salud mental reconoce los desafíos asociados a la proximidad física entre los usuarios y el servicio de salud mental, así como las dificultades relacionadas con el transporte para cubrir esa distancia. Además, se comprenden las barreras económicas que enfrentan las familias, considerando el costo del transporte y los gastos indirectos que implican asistir a las entrevistas. En este sentido, el equipo del Centro Integral Infanto Juvenil constantemente propone nuevas estrategias y posibilidades, como lo es el cambio de horarios y el uso de entrevistas telefónicas o comunicación a través del teléfono personal, para mejorar la accesibilidad. Estas acciones reflejan la comprensión de las profesionales sobre los factores que obstaculizan el acceso a la institución, teniendo en cuenta que se trata de individuos ubicados en un contexto específico.

Por otro lado, se ha observado una diferencia en la representación de los usuarios del Centro Integral Infanto Juvenil sobre la accesibilidad. En primer lugar, aquellos usuarios que han logrado obtener un turno expresan satisfacción con la institución. Tal como lo menciona la madre de un niño que asiste a un dispositivo grupal del CIIJ: “*es mi primera experiencia en salud mental y es muy buena*” (Noviembre 2022). En contraste, se percibe frustración por parte de las personas que no han logrado obtener un turno. Esto se evidencia a través de la reacción de las personas al solicitar un turno en la recepción y se les informa que deben hacerlo el primer día de cada mes. Estas, son reacciones de enojo y descontento ya que su demanda no será atendida inmediatamente, sino que se presentan muchos obstáculos para poder asistir. De igual manera, se pudo observar que hay poca información al respecto sobre la modalidad de solicitud de turnos ya que diariamente se presentan muchas familias con el fin de obtener atención en salud mental., A su vez, se manifestó en el caso de un hombre que menciona haber intentado obtener un turno durante varios años y, al ser derivado al hospital de niños expresa: “*No pueden hacerme esto, se los ruego. Acá nadie quiere trabajar*” (Noviembre 2022).

En relación al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, se concibe como una construcción individual y social en la cual el individuo elabora su condición de salud a partir de los valores, representaciones y expectativas propias de su contexto sociocultural. Estos elementos influyen en la forma en que cada persona busca ayuda y como comprende y experimenta el proceso de salud-enfermedad. (Michalewicz et al., 2014).

Los familiares del niño, niña o adolescente, en general, se encuentran en una situación conflictiva en la cual no observan soluciones internas que alivien su malestar o sufrimiento. En algunos casos, se ven obligados a cumplir órdenes de terceros para la búsqueda de tratamiento psicológico. En otros casos, es la institución escolar la que sugiere la atención de niños con problemas de conducta, aprendizaje o desarrollo. También, ocurre la derivación que proviene de los centros de salud mismos, con diagnósticos psicopatológicos, neurológicos, solicitando medicación o tratamientos específicos. De esta forma, el niño es caracterizado desde la perspectiva de “otros” (justicia, educación, la familia) en su discurso (Carraro et al., 2010).

El equipo de salud mental de la institución realiza un cambio en la mirada, pasan de una posición de considerar un diagnóstico o patología como algo rígido, a una postura donde se trabaja para la transformación y la elaboración, para evitar que el malestar se mantenga como algo inmodificable. Se puede pensar que además de la asistencia y atención hay un trabajo de vinculación con los usuarios de salud, una atención más integral.

Estos factores generan diversas formas de pensar y actuar, con una variedad de significados atribuidos a la salud y la enfermedad, los cuales están influenciados por aspectos como la edad, el género y las condiciones materiales de vida, los cuales se manifiestan de múltiples formas.

Con respecto a los usuarios de la institución, se advierte que utilizan el sistema de salud como resultado de un proceso que inicia con la percepción de un problema que se convierte en necesidad, demandando algún tipo de atención. Se pudo percibir en la admisión de casos que las diferentes familias expresan un nivel de urgencia en ser atendidos, buscando una atención inmediata para poder aliviar su malestar. De la misma manera, se registró que algunas familias llevaban arraigado un malestar desde hace años, pero recién en este momento solicitan turno para buscar ayuda. Tal es el caso de un niño que en la actualidad tiene 7 años y en la admisión se presentó su cuidadora, “*una señora de 63 años que quedó al cuidado de un niño a partir de los 20 meses de nacido*” (Registro, mayo 2022).

Diversos ejemplos que dan cuenta de la representación que tienen sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Un ejemplo de ello, es de un padre nacido en Bolivia que se presenta a la institución y se presenta lo siguiente:

Al pasar, describe que su suegra los denunció a él y a su pareja a SeNAF por un aparente descuido de los niños (hay un 2 hijo que tiene 4 meses) pero que el Joven dice que no sucedió nada. No describe mucho más del niño ya que repite que solo juega con el celular, que al él (padre) no le gusta que el niño corra en el parque ni que juegue todo el tiempo; que el niño es inteligente pero muy revoltoso (Registro Junio 2022)

Es a partir de este caso, que con un padre nacido en Bolivia y una madre nacida en Perú, se pudo pensar junto a la trabajadora social de la institución que las familias provenientes de otros países tienen diferentes formas de relacionarse con respecto a la familia a la forma de criar. Cada grupo familiar encuentra su propia forma de abordar el cuidado de la salud, en un proceso dinámico en el que se integran tanto la experiencia individual como el contexto que los rodea (Sacchi et al., 2007).

La representación social que tenga el paciente de su problema va a determinar sus acciones y procedimientos. En primer lugar, ante una actividad propuesta en un dispositivo grupal surge lo siguiente:

Se convierten en aviones esos papeles y cada persona lee el deseo de alguien más. Se repiten los deseos de jugar, que logren ser felices y que logren expresarse (Registro, Septiembre 2022)

Es relevante señalar que las madres expresaron su deseo de que las dificultades puedan transformarse en experiencias gratificantes, resaltando la importancia de la felicidad, el juego y la expresión como componentes fundamentales de la salud.

Por otro lado, las maneras de percibir un problema o enfermedad son cuando inhabilita al niño en sus situaciones cotidianas. Una madre cuyo hijo asiste a un dispositivo grupal menciona:

Una madre cuenta que su niño retrocede en el proceso porque se encontró enfermo mucho tiempo. Ella comenta que comenzó el niño con llantos, golpeando juguetes de nuevo, no puede retomar los horarios, muerde todo (Septiembre, 2022)

Igualmente, se percibió que los niños dan cuenta de la enfermedad, cuando estos procesos inhabilitan su continuo desarrollo. Se trata de una idea de enfermedad más relacionado a lo físico y biológico. Sobre todo en invierno, los niños daban cuenta de lo mal que se sentían una vez que se encontraban resfriados o con mocos. O así como un niño comienza a hacer la vertical y comenta:

Me enseñó un amigo, me dijo que si no me quiebro el cuello es porque no puse las manos fuertes (Septiembre 2022)

Es por ello que se entiende que las particularidades relacionadas con la estructura social y familiar brindan una base para interpretar las diferentes formas de cuidado de la salud y atención de la enfermedad. Asimismo, la percepción de dolor se encuentra atravesada por factores que tienen que ver con la experiencia de vida, y los roles de la vida cotidiana (Sacchi et al., 2007).

Es necesario advertir que hay ciertas expectativas en términos de atención y cuidado de la salud. Las expectativas giran en torno a recibir una atención que se caracterice por la escucha activa y la dedicación de tiempo por parte de los profesionales de la salud. El Centro Integral Infanto Juvenil (CIIJ) ofrece un enfoque que busca satisfacer las necesidades específicas que cada familia presenta durante la consulta. Como se mencionó anteriormente, la recepción se presenta como una oportunidad para establecer un encuentro entre el equipo de salud y las personas que buscan ser acogidas y encontrar un espacio para sí mismas. Se convierte en un lugar propicio para expresar aquello que ha sido silenciado e inesperado, generando un encuentro significativo con el otro (Carraro et al., 2010). Este enfoque promueve la generación de confianza y una percepción positiva de la calidad de los servicios de salud, lo que facilita que las familias acudan de manera rápida y recurrente a la institución.

Es a partir de las características familiares y demográficas, las actitudes y expectativas previas y la percepción sobre el estado de salud influirá sobre la accesibilidad y la utilización del sistema de salud y la satisfacción que se alcance.

Frente a estas representaciones, se puede pensar que dependiendo del sistema familiar, su cultura, sus vivencias, y sus sentimientos, generarán una modificación en la forma que se abordará el encuentro con la institución y en la relación terapéutica. Esto se manifiesta a través del compromiso con la institución, asistiendo a todas las citas programadas, así como en casos de ausencia injustificada.

9.Conclusiones

A continuación, se presentarán las conclusiones finales del trabajo, realizadas a partir de la experiencia en las Prácticas pre-profesionales del contexto sanitario en el Centro Integral Infanto Juvenil de la Ciudad de Córdoba, durante el año 2022 y de la elaboración del Trabajo Integrador Final.

Se comenzará por exponer las conclusiones vinculadas tanto al objetivo general como a los objetivos específicos del trabajo. Posteriormente, se expondrán las consideraciones finales basadas en los conocimientos adquiridos en los diversos contextos de la experiencia.

El objetivo general del presente trabajo es analizar la accesibilidad a los servicios de Salud Mental en un Centro de Atención Infanto-Juvenil ubicado en la Ciudad de Córdoba. Con el fin de alcanzar dicho propósito, se propuso trabajar con tres objetivos específicos, formulados a partir de la experiencia práctica de la institución y el marco teórico propuesto.

Como primer objetivo específico, se buscó identificar y analizar los factores psicosocioculturales que funcionan como barreras y posibilitadores de accesibilidad en la atención de la institución. En relación a este aspecto, se ha identificado que, frente al actual contexto de post-pandemia, es más probable encontrar factores recurrentes que funcionan como barreras de accesibilidad y afectan a la mayoría de los usuarios, dificultando una atención eficaz.

Por un lado, en lo que respecta a la accesibilidad geográfica, se evidenció que, si bien el Centro Integral Infanto Juvenil se encuentra en una ubicación estratégica en el centro de la ciudad, lo cual favorece la descentralización de la atención primaria, los usuarios experimentan dificultades para acceder a la institución debido a problemas con el transporte público, manifestaciones y barrios inundados. La accesibilidad económica también se menciona como una barrera. Aunque el Centro Integral Infanto Juvenil brinda atención gratuita y medicamentos sin costo, se identifican situaciones en las que las familias no pueden acceder debido a la falta de recursos económicos para cubrir los costos adicionales, como transporte, alimentación o pérdida de ingresos debido a la necesidad de ausentarse del trabajo. La situación económica agravada por la pandemia de COVID-19 ha exacerbado estas barreras en los barrios populares. Otra barrera destacada es la accesibilidad administrativa, que se refiere a las barreras burocráticas que dificultan el acceso a los servicios. Se mencionan problemas relacionados con los horarios de atención que no se ajustan a los horarios laborales de las familias y la asignación limitada de turnos debido a la alta demanda y la falta de recursos disponibles en el centro.

Estas barreras generaban inasistencias por parte de los usuarios de la institución, lo que dificulta la continuidad del tratamiento y afectaba negativamente su efectividad. Además, la falta de notificación anticipada de las inasistencias, que constituían la mayoría de los casos,

impide brindar ese espacio a otras familias que lo necesitaban, dejando a las profesionales en espera sin saber si las familias iban a asistir o no. Esto afectaba indirectamente el funcionamiento general de la institución y dificultaba el acceso a los servicios de salud para el resto de los usuarios.

Es esencial comprender que la accesibilidad no se limita a la disponibilidad física de los servicios, sino que también implica una atención integral y una relación cercana y empática con los usuarios. La participación activa y el compromiso por parte de los profesionales de la salud mental son fundamentales para garantizar una atención de calidad y una percepción positiva de los servicios. Asimismo, el equipo del Centro Integral Infanto Juvenil propone constantemente nuevas estrategias y opciones para mejorar la accesibilidad, como cambios en horarios y formas de comunicación, permitiendo que haya factores que funcionan como facilitadores a la hora de la asistencia de las familias y logran una accesibilidad más integral a los servicios de salud, garantizando un acceso más equitativo y eficaz a la atención de salud, promoviendo el bienestar de las familias. Asimismo, el equipo de salud mental del CIIJ comprendía la situación de cada familia, adecuando el trabajo a la posibilidad que tenía cada paciente junto a su familia.

Por otro lado, en relación a la caracterización de las modalidades de trabajo y los dispositivos grupales que se desarrollan en el Centro Integral Infanto Juvenil en el contexto posterior a la pandemia, se advierte que, si bien han sufrido modificaciones con anterioridad al momento de encontrarse en la pandemia por COVID-19, se ha logrado una nueva adaptación a los tiempos que han seguido para continuar trabajando con niños, niñas, adolescentes y sus familias. Esto ha permitido proporcionar un espacio de contención, aprendizaje y desarrollo integral para los mismos. Se han logrado adaptar los protocolos de trabajo y las estrategias de intervención con el objetivo de garantizar la accesibilidad de los servicios de salud mental.

Por último, en relación a las representaciones de los usuarios y del Equipo de Salud Mental sobre la accesibilidad al sistema de salud y el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, es importante destacar que estas concepciones tienen un impacto significativo en la forma en que se desarrolla el trabajo dentro de la institución. Estas percepciones influyen tanto en la dinámica de trabajo entre las profesionales y los pacientes, como en las decisiones y acciones que los usuarios toman en relación a su propia salud.

En función de lo anteriormente dicho, se puede reflexionar que se ha podido analizar, desde la psicología sanitaria los diversos factores que atraviesan en la actualidad a la accesibilidad al sistema de salud. A partir de esto, se puede pensar detenidamente en qué se debe modificar la práctica y establecer nuevas herramientas y metodologías de trabajo para que

se logre una mayor equidad en la salud, reduciendo la fragmentación de los servicios de salud. Asimismo, es importante pensar que la accesibilidad al sistema de salud se la debe comprender no sólo el contexto actual del propio sistema, sino también desde las desigualdades que surgen en la sociedad, la equidad en salud, los factores determinantes de la salud y el derecho de cada individuo a obtener servicios de salud acorde a sus necesidades.

Siendo agentes de salud dentro de dicho contexto, se considera necesario ser agentes de derechos, promoviendo los derechos de los niños, niñas y adolescentes y continuar trabajando a través de enfoques integrales. Asimismo, es importante reflexionar sobre la necesidad de no solo trabajar desde la interdisciplina, sino también establecer trabajo en redes junto a otras instituciones. En mi parecer, es necesario no solo el hecho de trabajar con distintas profesiones, sino con otras instituciones para trabajar frente a la complejidad del contexto y de las problemáticas con las que se enfrenta la institución. De igual modo, la interdisciplina permitirá conocer en detalle cada caso. Considero importante distinguir la complejidad del contexto actual, no solo por la situación socioeconómica que la sociedad se enfrenta, sino también la complejidad por la que el sistema de salud público se encuentra atravesando.

Por último, se destaca el trabajo de las profesionales del Centro Integral Infanto Juvenil, por su trabajo frente a las complejidades que fueron surgiendo durante el año y el permitir un espacio para la realización de la práctica pre-profesional. De igual manera, agradecer a las profesionales que me acompañaron y me permitieron aprender en cada uno de los espacios de la institución, posibilitando un crecimiento personal y profesional en mí. También, agradecer por los espacios de escucha, donde se dio lugar a mis inquietudes que surgieron a partir de la sistematización.

10. Referencias

- Acuña, C. H., & Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*.
- Aguirre del Busto, R., & Macías Llanes, M. E. (2002). Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. *Humanidades Médicas*, 2(1) http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202002000100001&script=sci_arttext&lng=en
- Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. *Alma-Ata*. URSS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>
- Argentina. (1860). *Constitución de la nación Argentina*. Artículo 42. Imprenta Nacional.
- Argentina, P. N. U. D. (2020). *Análisis inicial de las Naciones Unidas*. Covid-19 en Argentina: impacto socioeconómico y ambiental. Actualizado al, 19(06), 2020. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informecovid19_argentina.pdf
- Argentina. (s/f) Viaje gratuito en el transporte público terrestre nacional. Ministerio de Transporte. <https://www.argentina.gob.ar/viaje-gratuito-en-el-transporte-publico-terrestre-nacional>
- Ase, I., & Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva*, 5, 27-47. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v5n1/v5n1a03.pdf
- Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta médica costarricense*, 51(2), 71-73 https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002
- Barnechea García, M. M., & Morgan Tirado, M. D. L. L. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Revista Tendencias y retos*, (15), 97-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4929270>
- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53 (suppl 2), s96-s109 <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/06.pdf>
- Bisang, R., & Cetrángolo, O. (1998). La descentralización de los servicios de salud en Argentina. En:

La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana--p. 117-124.

<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31145/S9800076.pdf?sequence=1>

Cardozo, E., Fraifer, S., González, I., Goyos, E., Laffaire, E., Mazzoni, A., Ocariz, Á., Pezzuchi, L., Pons, R., Santos, Y., Schuster, E., Tisnés, A., Vallejos, C., y Zanazzi, L. (2018). Definición y digitalización de Áreas de Responsabilidad Sanitaria de establecimientos públicos de salud del primer nivel de atención. Recuperado de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001409cnt-serie_cus_doc_3_-_definicion_y_digitalizacion_de_reas_de_responsabilidad_sanitaria.pdf

Carraro, C., Campanille, A., Diaz Velez, C., Gomez, I., Gutierrez, V. Moreno, M., Tinnacher, C. (2010) en Puente de Camaño, O., & López, A. (2010). Prácticas y reflexiones para la prevención de la violencia. *Córdoba: Encuentro*.

Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de salud-enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. OPS. *Boletín Epidemiológico*; 10 (4). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32628/8366.pdf?sequence=1>

Reglamento de Especialidades. (2012). *Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba* <https://cppc.org.ar/wp-content/uploads/2022/03/083-16-Reglamento-de-Especialidades-y-anexo.pdf>

Cepal NU (2021). OPS. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47301>

Chá Ghiglia, María Mercedes. (2020). Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. *Revista Médica del Uruguay*, 36(2), 122-143. Epub 01 de junio de 2020. <https://doi.org/10.29193/rmu.36.2.6>

Chavez, G. U. (2015). Accesibilidad simbólica:: barreras psicosocioculturales en la accesibilidad de la

- población adulta a los servicios de Primer Nivel de Atención, Montevideo. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 10(1). <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/7/6>
- Código de Ética. (2016). *Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba* (Aprobado por Asamblea Extraordinaria del 12 de noviembre de 2016). http://www.legisalud.gov.ar/pdf/cba_psico.pdf
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2022). Reflexiones. La crisis de la salud mental en Córdoba. *Revista La Voz del Interior*. <https://cppc.org.ar/el-colegio-en-los-medios-nota-en-la-voz-del-interior-reflexiones-la-crisis-de-la-salud-mental-en-cordoba/>
- Comes, Y., & Stolkiner, A. (2005). " Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de investigaciones*, 12, 137-143. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a13.pdf>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). The concept of accessibility: a relational perspective between health services and population. *Anuario de investigaciones*, 14, 00. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es&tlng=en.
- Cuéllar García, I. (2022) ACTITUD CLÍNICA EN LA VIRTUALIDAD: EL ABORDAJE PSICOLÓGICO EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA. In XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of negative and no positive results*, 5(1), 81-90. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Del Cueto, A. M., & Fernández, A. M. (1985). El dispositivo grupal. *Lo grupal*, 2, 13-56.
- Derechos Humanos (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. *Asamblea General de las Naciones Unidas*, 10. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Díaz Faciolince, V. E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas.

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2626/1/D%c3%adazVictoria_psicologiasa_ludantecedentesdefinicionperspectivas.pdf

- Edelman, L y Kordon, D. (2011). Intervenciones del terapeuta y del coordinador de grupo. En *Trabajando en y con grupos. Vínculo y Herramientas* (pp. 253-274). Psicolibro Ediciones.
- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., & Tobar, S. (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. ISAGS.
- Guber, R. (2011) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo Veintiuno: Buenos Aires. Cap 3: La observación participante. Cap 5: El registro. Medios técnicos e información sobre el proceso de campo.
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.
<https://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>
- Gómez, S A., Rosales, M L., Fernández, M A., Díaz, A V., Matkovich, A., & Agrest, M. (2021). IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ARGENTINA. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13(Supl. 1), 8. Recuperado en 28 de octubre de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000200008&lng=es&tlng=es
- Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 223-229.
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v33n3/a09v33n3.pdf
- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2010) *INDEC*.
<https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-94>
- Jara Holliday, O. (2020). Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias

<http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/3845>

Jara Holliday, O. (1994) Para sistematizar experiencias: Orientaciones teórico-prácticas. Alforja. Centro de Estudios y Publicaciones: San José de Costa Rica. Cap. 7

Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de Salud, 2(1), 7-25.

Landini, F., Cowes, V. G., & D'amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. Cadernos de Saúde Pública, 30, 231-244.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/PtLbFNWZPP8VW8r833rCYPg/abstract/?lang=es>

Ley N° 9.848. Protección de la Salud Mental. Provincia de Córdoba. Reglamentación: 1022-11. Promulgada el 28 de Octubre de 2010.

https://www.justiciacordoba.gob.ar/Estatico/justiciaCordoba/files/TSJ/intervenciones_voluntarias/1%20Ley%209848%20de%20Salud%20Mental%20Provincial.pdf

Ley N° 26.061. Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos. Promulgada 21 de Octubre de 2005.

http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley_26061_proteccion_de_ni_os.pdf

Ley N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Promulgada el 02 de Diciembre de 2010.

<http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Etienne, C. y grupo de trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública, 21(2-3), 73-84.

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>

Morales Calatayud, F. (2009). Una mirada al campo de la salud y enfermedad. En: "Introducción a la

psicología de la salud". Koyatún Editorial, Buenos Aires.

Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 21(1), 217-224. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862014000100021&script=sci_arttext&tlng=es

Ministerio de Economía (2022). Oficina Nacional de Presupuesto. Presupuesto Ciudadano. El presupuesto en Cifras. Gastos.

Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba (s.f) Dirección de jurisdicción de salud mental https://www.academia.edu/12602867/MINISTERIO_DE_SALUD_DE_LA_PROVINCIA_DE_C%C3%93RDOBA_DIRECCI%C3%93N_DE_JURISDICCION_DE_SALUD_MENTAL Referentes de [Referentes de %C3%A9reas Asesoramiento t%C3%A9cnico T%C3%A9lefono y fax](https://www.academia.edu/12602867/MINISTERIO_DE_SALUD_DE_LA_PROVINCIA_DE_C%C3%93RDOBA_DIRECCI%C3%93N_DE_JURISDICCION_DE_SALUD_MENTAL)

Ministerio de salud (2021). Jurisdicción 80. Política Presupuestaria de la Jurisdicción. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/presupuesto_msal_2017.pdf

Ministerio de Salud. (2022). Resolución 3622/2022. RESOL-2022-3622-APN-MS. Ciudad de Buenos Aires, 22/12/2022. Legislación y Avisos Oficiales. Primera sección. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/278304/20221226>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. *Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud*. Madrid. P 28-37 https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdad_Salud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2019) OPS insta a aumentar la inversión en salud mental. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14999:mental-health-spending-must-increase-in-order-to-meet-current-needs-in-the-americas&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

- Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (2012) *Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud Argentina*. Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2017). Notas descriptivas. Organización Mundial de la Salud. Salud y Derechos Humanos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2022). Notas descriptivas. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2014) Carta Fundacional de 1948. *Documentos Básicos*. 48° edición. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf><https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Ottawa, C. (1986). Promoción de la salud. Elaborada en la *Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016) [Art. 12]. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos_publicaciones_colecciondebolsillo_07_derechos_economicos_sociales_culturales.pdf
- Rodríguez, S., & Roldán, P. (2008). Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe. *Revista De Economía Del Caribe*, (2). <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/economia/article/view/553>
- Sacchi, Mónica, Hausberger, Margarita, & Pereyra, Adriana. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en

familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva*, 3(3), 271-283. Recuperado en 01 de junio de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005&lng=es&tlng=es.

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

Saforcada, E. (2012). Psicología sanitaria: historia, fundamentos y perspectivas. *Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 120-130. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4391106>

Sacchi, M., & Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3),271-283. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v3n3/v3n3a05.pdf

Solitario, Romina, Garbus, Pamela, & Stolkiner, Alicia. (2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de investigaciones*, 15. Recuperado en 31 de mayo de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100025&lng=es&tlng=es.

Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(10), 57-67. https://www.academia.edu/39305793/Conceptualizando_la_Salud_Mental_en_las_pr%C3%A1cticas_consideraciones_desde_el_pensamiento_de_la_medicina_social_salud_colectiva_latinoamericanas

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Cap. 4: La

entrevista en profundidad.. Barcelona: Paidós.

Temporão, J. G. (2012). Sistemas universales de salud en el mundo en transformación. *Giovanella L, Oscar F, Faria M, Tobar S, organizadores. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.* Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), 13-20.

Tobar, F., (2017). Sistema de Salud. OPS/OMS. *Ministerio de Salud.*
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud>

Todas las personas con padecimientos mentales deben ser respetadas. (s.f). Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos. *Ministerio de salud de la Nación.* <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/que-es>

Vega, F L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica. *Salud pública de México,* 44, 258-265.
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v44n3/a10v44n3.pdf

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna,* 33(1), 7-11. Recuperado en 11 de octubre de 2022, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es

World Health Organization. (2010). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. *In Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud.*

Yakarta (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.
https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf