

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

Márgenes en la construcción de accesibilidad a salud mental infantil: Un análisis territorial.

Espert, Maria Juliana.

Cita:

Espert, Maria Juliana (2019). *Márgenes en la construcción de accesibilidad a salud mental infantil: Un análisis territorial*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/694>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/NsC>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MÁRGENES EN LA CONSTRUCCIÓN DE ACCESIBILIDAD A SALUD MENTAL INFANTIL: UN ANÁLISIS TERRITORIAL

Espert, Maria Juliana

CeSAC N°9 - Hospital "Dr. Cosme Argerich" - Ministerio de Salud, CABA. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo se origina en la revisión de algunas de las prácticas instituidas en el campo de la Salud y, particularmente, de la Salud Mental. A partir de la evaluación que suscita el proceso de reformulación del llamado dispositivo de admisión a Salud Mental Infantil (SMI) realizado en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) ubicado en la zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires, se establecen algunas líneas de reflexión y análisis sobre cómo efectivizamos la accesibilidad en la construcción de los servicios de Salud. Interviene en este análisis una labor de deconstrucción –visibilización– de los soportes ideológicos, sociopolíticos y económicos que comandan nuestras prácticas y cómo opera el Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 2005) en la formación e institución de categorías, mecanismos y lógicas que hacen a los procesos de salud-enfermedad-cuidados. En estas coordenadas, es dable situar en qué medida y en qué clave territorial particular, la accesibilidad excede caracterizar el problema de la oferta y la demanda desde la óptica de los servicios y lleva a repensar el entramado de dimensiones que invisibilizan cómo los sujetos son constructores de accesibilidad (Stolkiner, 2006:202).

Palabras clave

Accesibilidad - Barreras - Dispositivos - Salud Mental Infantil

ABSTRACT

MARGINS IN THE CONSTRUCTION OF ACCESSIBILITY TO CHILD MENTAL HEALTH: A TERRITORIAL ANALYSIS

The present work originates in the revision of some of the practices instituted in the field of Health and, particularly, Mental Health. Based on the evaluation that the process of reformulation of the so-called admission device for Mental Health for Children (SMI) carried out in a Center for Health and Community Action (CeSAC) located in the South zone of the City of Buenos Aires, some lines of analysis and reflection about how we make accessibility effective in the construction of health services. In this analysis intervenes a work of deconstruction - visualization of the ideological, sociopolitical and economic supports that command our practices, and how the Hegemonic Medical Model (MMH) (Menéndez, 2005) operates in the formation and institution of categories, mechanisms and logics that participate in the health-disease-care processes. In these coordinates, it is possible to locate to what extent and in what particular territorial key,

accessibility exceeds to characterize the problem of supply and demand from the perspective of services and leads to rethink the framework of dimensions that make invisible how subjects are builders of accessibility (Stolkiner, 2006: 202).

Key words

Accessibility - Barriers - Devices - Children's Mental Health

Causas y consecuencias de las deficiencias del dispositivo tradicional de admisión para el abordaje de las demandas-necesidades de la población infantil.

El presente trabajo forma parte de una investigación-acción en curso que da cuenta del proceso de reformulación de ciertas prácticas instituidas y, en definitiva, de la compleja producción de redes de cuidado para la Salud Integral Infantil en el contexto del área de georeferencia del CeSAC N°9 del Área Programática del Hospital Argerich, ubicado en la zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires.

La reformulación del dispositivo de admisión a SMI-psicología comienza en el año 2010 en el marco del proceso paulatino de construcción de un modelo organizativo más coherente con el modelo de atención valorado a nivel institucional. Los aportes de algunos autores que en la línea de la Salud Colectiva han pensado críticamente el campo de la Salud, han favorecido la tarea de formalizar nuestros procesos de trabajo desde diferentes ópticas.

En un primer estudio (Espert; AAVV, 2017 y 2018), se trabajó en el diseño de indicadores con lógica territorial representativos de las demandas-necesidades de la población (niño/as-familias) del área de georeferencia (1). Sobre un total de 969 consultas (periodo 2012-2016) se evaluaron las deficiencias del dispositivo tradicional de admisión con indicadores sobre la tendencia en aumento de las consultas, los recursos y la accesibilidad. A su vez, se profundizó en un estudio comparativo entre el año 2013 y 2015 basado en indicadores relativos a la accesibilidad, a la distribución de las consultas por problemas según el CIE 10 y a la efectividad de los abordajes de admisión.

De los resultados obtenidos en dicho estudio, destacamos que en SMI partimos de la coyuntura causada por la tendencia en aumento de las consultas, la "falta de recursos" y "profesionales" para su atención. Ahora bien, un análisis más exhaustivo nos lleva a precisar la formulación del problema en términos de las "deficiencias del dispositivo tradicional de admisión" de-

limitando algunas causas y consecuencias indeseadas (Matus, 1996:43) en función de la complejidad que caracteriza los abordajes del campo.

Entre las causas, reseñamos sucintamente:

1. La tendencia en aumento del número de consultas derivadas a SMI-psicología: (Año 2011=113 consultas; 2012=136; 2013=178; 2014=211; 2015=248). Este aumento resultó significativo por el escaso número de profesionales de psicología abocado a evaluar niñas y niños (una sola profesional de planta y rotantes concurrentes de psicología durante el periodo 2012-2015). El “recurso” –número de profesionales y poder político, cognitivo-técnico y comunicacional– genera condiciones de posibilidad en el proceso de admisión. Sin embargo, focalizarse en el recurso en términos meramente cuantitativos y disciplinarios, no ha sido en principio una opción viable en la gestión estratégica de mejoras y constatamos que no basta para desentramar la complejidad planteada.
2. Fundamentamos entonces que el malestar y/o síntoma del niño/a en los contextos que habita no se subsume a “tratar psicológicamente al niño/a” sino que requiere la construcción de procesos colectivos de evaluación situacional. En esta perspectiva, el problema remite como causa y nudo crítico crucial a la inadecuación de los dispositivos instituidos intramuralmente –en principio, una admisión disciplinaria de recepción de una consulta–, soportados en la lógica del MMH. Bajo esta lógica, la tentativa de buscar “alguna solución” articulando la conjunción de las variables del aumento de las consultas con la escasez de profesionales ha resultado ineficaz. Así, por ejemplo, constatamos que en niño/as el problema no se agota con la organización, por cierto precisa, de la agenda individual de turnos, con reducir los tiempos de las evaluaciones, el armado de listas de espera o el cierre temporario de la admisión. El proceso de revisión del modelo de atención conduce a interpelar los soportes de los dispositivos mostrando la complejidad de sus deficiencias. La asunción de los mismos anuda metodologías de trabajo, la cultura institucional y de SM, sistemas organizativos y lógicas para pensar la producción en Salud.
3. Esta acumulación se enlaza a otra causa relativa al modelo organizacional del CeSAC (y del Sistema de Salud en general). En el efector conviven disciplinas, programas y Equipos Territoriales (ET). Para abordar la complejidad de las problemáticas de las familias georreferenciadas, los ET han situado en sus agendas la pertinencia de evaluar las demandas de la población infantil sin la necesidad de derivar *a priori* a SMI. Entonces, retomando el problema, se perfila al interior del CeSAC como otra causa y nudo crítico las dificultades de los equipos para evaluar y orientar las consultas; operación que requiere, en principio, articulación y capacitación entre los ET y el Equipo de SMI con función matricial. Con esta orientación, en el año 2013 se comienza a trabajar la viabilidad de un dispositivo de acceso de las consultas georreferenciado tendiente a facilitar la

articulación interdisciplinaria, intra-extramural e intersectorial en solidaridad con la lógica de abordaje territorial.

4. Otra causa del problema se vincula a la fragmentación y correlativa ineficacia del circuito de evaluación establecido intersectorialmente: acumulación sedimentada en función de trayectorias de deficiente articulación, desconocimiento de algunos de los actores intervinientes (Escuelas y Equipos de Orientación Escolar, Salud Escolar, CeSACs) y emprendimientos de consenso con criterios dispersos o no sostenidos. Ubicamos como causa-acumulación, la conflictividad y las tensiones coyunturales (por recursos de poder, políticos, económicos, de conocimientos, de capacidades organizativas) que afectan a las organizaciones que trabajan con la infancia y que emergen en los intentos fallidos de articulación y de trabajo en RED.
5. Por último, es preciso estimar que el problema encuentra raíces profundas en las condiciones de vulnerabilidad social que afectan a la población e impactan en el niño/a que responde en el entramado de las dimensiones subjetivas, culturales e institucionales. Pero también, en la visualización del niño/a “descontextualizado”, como un “problema a adaptar”, como un “trastorno”. Tal síntesis, que conforma diagnósticos en función de una falacia de abstracción de la situación, se sostiene en una causa más profunda relativa a las concepciones imperantes sobre la infancia, los soportes epistemológicos e ideológicos que la constituyen, instituyendo y naturalizando explicaciones y abordajes consecuentes. Se trata de acumulaciones (Matus, 1992:394) eficaces, productoras de categorías, prácticas y modos de subjetividad en los escenarios socioeducativos.

En cuanto a las consecuencias del problema, situamos las relativas a la generación de listas de espera para una primera evaluación; la profundización del malestar y/o síntoma del niño/a-familia que desalojado, no abordado, insiste; la psicopatologización de la infancia; la profundización del malestar socioeducativo: de las instituciones, sus profesionales y la población.

Algunas reflexiones sobre cómo efectivizamos la accesibilidad.

Analizando las condiciones y discursos de los servicios, ubicamos que SMI sostiene históricamente –a diferencia de los otros servicios del área de influencia– una política no restrictiva en cuanto a las posibilidades de atención. En este punto, los altos valores de los indicadores de cobertura/acceso a SM del efector registrados en el Anuario Estadístico de CABA (2013) son significativos de la realidad de la accesibilidad en el campo y cómo opera en el problema situacional.

La reformulación del dispositivo de admisión ha permitido exitosamente, por un lado, no limitar a cupos por semanas o por mes el registro de las consultas y, por otro lado, que en el periodo de un mes se efectivice el proceso de evaluación inicial para deter-

minar la precisión del abordaje. Retrospectivamente ubicamos que las barreras administrativas, que imponen la organización misma de los servicios, operan como una limitante crucial cuyos usos pueden ser en mayor o menor medida conscientes. Así por ejemplo, por más que antes de la reformulación tenía valor la política de no limitar el ingreso, la configuración misma del dispositivo tradicional generaba aperturas estrechas, inicialmente al menos porque la programación de las consultas excedía ampliamente la agenda profesional. El trabajo de movilización de tal barrera ha generado la emergencia de otras dimensiones de la “accesibilidad ampliada”, no sólo inicial, y de la “dignidad en la atención”, que visibilizan la articulación con las condiciones y representaciones de los sujetos en las posibilidades e imposibilidades de encontrarse (Stolkiner, 2006).

Ubicamos que un número elevado de consultas no son espontáneas, es decir demandadas por el niño/a o sus referentes familiares, sino sugeridas o indicadas por terceros. Esto no es discutible en el plano de que, por su condición de dependencia, el niño/a suele ser derivado, pero amerita reflexión en tanto se cuelan aquí las concepciones de lo que sería “evaluable”, “tratable” por SMI por los distintos actores y ello también conforma márgenes de accesibilidad. Hallamos un número elevado de consultas imprecisas geográfica y clínicamente, y esto abre el requerimiento del trabajo intersectorial por, al menos, dos consecuencias indeseadas: a) la creciente psicopatologización y medicalización de las infancias; b) porque constatamos que, quizá en rechazo ante las derivaciones realizadas sin subjetivación, los sujetos no llegan a registrarse –en casos que sí lo amerita– o, si se registran, no se presentan a la cita.

Hay en este entramado un nudo denso que interpela la lógica de la atención focalizada meramente en las demandas o que considera las necesidades con sustento territorial. En esta última orientación, sería válido cuantificar la impresión probablemente cierta de que la accesibilidad se facilita cuando se trabajan las barreras geográficas, económicas, administrativas pero fundamentalmente las barreras simbólicas que se entran con aquellas.

Con respecto a las barreras geográficas, incide la cultura de atención del CeSAC que apunta a focalizarse principalmente en su área de georeferencia dada la factibilidad de emprender prácticas en territorio. Para el caso de SMI, este criterio abarca también lo/as niño/as de las escuelas del área por más que no residan en la misma. La barrera queda impuesta del lado de la organización pero su tratamiento diferencial es lo que apuntamos a tratar.

Del lado de las barreras económicas, la situación sociolaboral de las familias acarrea trabas en las posibilidades de iniciar o sostener los abordajes, siendo uno de los motivos más frecuentes de las interrupciones la imposibilidad de que los referentes del niño/a concurren por motivos laborales o que alguien lo/as acompañe. La carencia de lazos, sobre todo en las familias migrantes, también hace obstáculo a la accesibilidad. El desafío es entonces cómo trabajar la existencia de estas barreras sin

hacer del miramiento por la lógica territorial y sus condiciones un criterio de exclusión en salud (“no se atiende porque no puede venir a la mañana”, “no se lo admite porque no es del área”). Bordeamos en este atolladero, el terreno en que las distintas dimensiones de la accesibilidad se conjugan en discursos normados –burocratizados– y se expresan y circulan en términos administrativos, desconociendo incluso las legislaciones correspondientes para la atención. En contrapunto con esta modalidad, fue y sigue siendo tarea del equipo argumentar por qué no optamos por producir un tope a la admisión en la normativa de acceso con evaluación previa por parte del circuito Salud-Educación o en función de la disposición del personal y la lista de espera. Conociendo lo perimido del circuito interinstitucional, consideramos que “no admitir” profiriendo que “vuelva cuando haya sido evaluado” no es más que hacerle pagar al sujeto el precio de la burocratización patológica de las prácticas. En este sentido, argumentamos que, en todo caso, todos los actores constituimos ese circuito empezando a pensar cómo construir corresponsabilidades.

Consideraciones finales

La formalización del problema de los abordajes en SMI focalizó primero el factor cuantitativo en el análisis y, en este sentido, el “acceso” encontraba limitantes dada la tendencia en aumento del número de consultas en relación al personal y por lo indiscriminado de las mismas que, sin las evaluaciones previas, ingresaban directa y masivamente colapsando las posibilidades de ser atendidas. Profundizar en el callejón sin salida de formular el problema en términos de “falta de turnos” permitió identificar la complejidad de las variables y considerar que la accesibilidad excede caracterizar el problema de la oferta y la demanda desde la óptica de los servicios; o mejor dicho, lleva a repensar el entramado de dimensiones que dan cuenta de cómo los sujetos son constructores de accesibilidad (Stolkiner, 2006: 202).

Estimamos que el diseño de determinadas operaciones y su abordaje estratégico, ha desencadenado movimientos con incidencias favorables en las posibilidades para abordar las demandas-necesidades de la población infantil, garantizando condiciones de accesibilidad y equidad al evaluar integralmente sus procesos de salud-enfermedad -cuidados. En este sentido, aprehendemos que la construcción de redes de cuidados para la Salud Integral Infantil requiere revisar los modelos de atención y organización instituidos, fundamentalmente en los dispositivos de puerta de entrada-admisión de los problemas complejos de la población.

El análisis socioepidemiológico realizado retrospectivamente, a partir de la formulación del nuevo dispositivo de admisión (Espert; AAVV, 2017 y 2018), permitió visibilizar que del total de las consultas que se registran mensualmente, sólo concurren a la cita aproximadamente un 65% (162 consultas sobre el total de las 248 consultas registradas durante el año 2015). Queda entonces en pie un trabajo más inclusivo y participativo que

considere las representaciones que inciden generando barreras a la accesibilidad ampliada. Avizoramos que las características poblacionales, las condiciones de vulnerabilidad social y la no subjetivación de ciertos derechos admitidos para la infancia, ofician como barreras en la accesibilidad a los abordajes. En estas coyunturas, sabemos que el malestar no accede por la mera derivación, y en esto encuentra un fundamento importante la necesidad de abordar las articulaciones intra e intersectoriales como parte ineludible de la revisión de las prácticas.

NOTAS

(1) Si bien el estudio se basa en la población del área de georreferencia de 2 a 12 años de edad, en este trabajo –y a los fines de legibilidad– se emplea el término “niño/as”. De todas maneras, resulta crucial mencionar que las redes de cuidados para la Salud Integral y, particularmente, los abordajes de los padecimientos subjetivos de las infancias y las adolescencias en territorio, se construyen en acto desde una perspectiva de género y diversidad.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica* (México), 26(73) <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- Anuario estadístico C.A.B.A (2013) de la Dirección General de Estadísticas y Censos del G.C.B.A.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? AAVV. Michel Foucault filósofo. Barcelona: Gedisa.
- De Sousa Campos, G. (1998): “Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado”. <https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>
- Duarte Nunes, E. (2010). Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. *Revista Salud Colectiva* 6(1).
- Espert, M.J., Wagner, G. (2013). Inclusión de la categoría padecimiento subjetivo que no constituye un trastorno mental. *Hacia una nueva epidemiología en Salud Mental*. Trimboli, A. y otros (Comp.) Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención. Buenos Aires: Conexiones Ediciones.
- Espert, M.J. (2014). Precisar los abordajes subjetivos del padecimiento en contextos de vulnerabilidad. Trimboli, A. y otros (Comp.) *Cuerpo y Subjetividad*. Buenos Aires: Conexiones Ediciones.
- Espert, M.J. (2016). La infancia que toma cuerpo: de las exigencias de regulación a los modos de arreglo singulares. <https://www.aacademica.org/ooo-044/711>. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Espert, M.J., AAVV. (2017). Reformulación de prácticas para la Salud Integral Infantil en un Centro de Salud de Ciudad de Buenos Aires. Poster presentado en el X Congreso Brasileño de Epidemiología. Florianópolis.
- Espert, M.J. (2018). Dispositivos de abordaje del padecimiento subjetivo en la infancia. *Incidencias del psicoanálisis*. Trimboli, A. y otros (Comp.) *Psicosis actuales. Locuras y alienación*. Buenos Aires: Conexiones Ediciones.
- Espert, M.J., AAVV. (2018). Reformulación de las prácticas para la Salud Integral Infantil: hacia la construcción de redes inclusivas de cuidados. Poster presentado en las Jornadas de APS 2018. Buenos Aires.
- Fanlo, L.G. ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. serbal.pntic.mec.es/AparteRei/fanlo74.pdf
- Granda, E. (2004). A qué llamamos Salud Colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2) <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- Matus, C. (1992). *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.
- Matus, C. (1996). *El método PES. Planificación Estratégica Situacional*. La Paz: Editorial Cereb.
- Menéndez, E. (2005). El modelo Médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva* VI N°1. Buenos Aires.
- Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva*. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-
- Nirenberg, O. (2000). *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Samaja, J., Galende, E. (2009). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Silva Paim, J. (1992). *La salud colectiva y los desafíos de la práctica. La crisis la salud pública reflexiones para el debate*, Washington DC [internet]. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-006.pdf>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva* VI. N° 3. Buenos Aires.
- Testa, M. (2007). *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de Salud)*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, Vol. XIV. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Voltolini, R. (2014). *Inclusión y excepción. Especialización en Psicoanálisis y Prácticas Socioeducativas*. FLACSO Argentina. Área Educación.