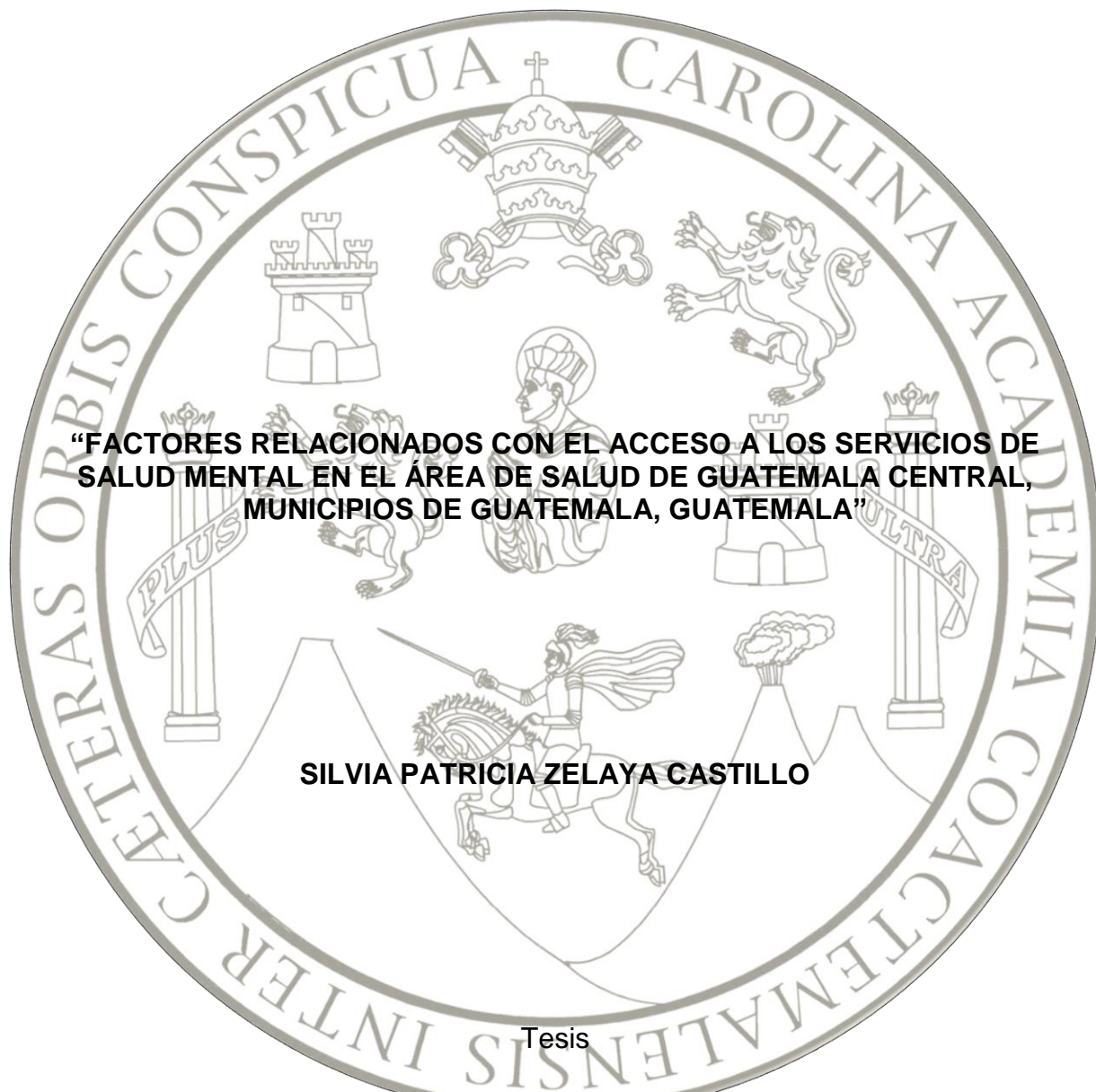


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**“FACTORES RELACIONADOS CON EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE
SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE SALUD DE GUATEMALA CENTRAL,
MUNICIPIOS DE GUATEMALA, GUATEMALA”**

SILVIA PATRICIA ZELAYA CASTILLO

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Salud Pública
con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud
Para obtener el grado de
Maestra en Salud Pública
con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud

Septiembre 2015



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Silvia Patricia Zelaya Castillo

Carné Universitario No.: 7911062

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud, el trabajo de tesis **“FACTORES RELACIONADOS CON EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE SALUD DE GUATEMALA CENTRAL, MUNICIPIOS DE GUATEMALA, GUATEMALA”**


Que fue asesorado: Dr. Nehemías Calel MSc.

Y revisado por: Dra. Cízel Ixbalanqué Zea Iriarte Ma.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2015.

Guatemala, 19 de agosto de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado *


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Director Consultor Col No. 345 - Humanidades
Docencia - Letras - Lingüística del Castellano.

Guatemala, 22 de junio de 2015.

Universidad de San Carlos de Guatemala,
Facultad de Ciencias Médicas,
Escuela de Estudios de Postgrado,
Maestría Ciencias en Salud Pública.

A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo-a y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en Letras y formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto de la tesis de:

SILVIA PATRICIA ZELAYA CASTILLO DE ESCOBAR

La candidata debe presentar la tesis corregida acompañada del original.

Atentamente,


Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado no. 345
DIRECTOR



MA. Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado No. 345
Letras - Lingüística

Guatemala, 12 de mayo 2015


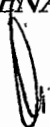
Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Programas de Maestrías y Especialidades
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Presente .

Estimado Doctor Ruiz:

Para su conocimiento y efectos le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentando por la estudiante Silvia Patricia Zelaya Castillo, carné: 7911062, titulado "Factores relacionados con el acceso a los servicios de salud mental en el área de salud de Guatemala Central, Municipio de Guatemala, Guatemala" El mismo cumple con los requisitos establecidos por el Programa de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Cordialmente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

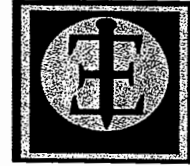


Dr. Alfredo Moreno Quiñonez
Profesor Área de Investigación
Maestría en Ciencias en Salud Pública *
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas

C.c. Archivo



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Estudios de Postgrado
Maestría en Ciencias en Salud Pública



Guatemala, 04 de mayo 2015

Doctor
Alfredo Moreno Quiñonez
Coordinador Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas

Estimado Dr. Moreno:

Atentamente me dirijo a usted, en atención a la solicitud de revisar el Informe Final de Tesis titulada "ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL AREA DE SALUD DE GUATEMALA CENTRAL, MUNICIPIO DE GUATEMALA", de la estudiante SILVIA PATRICIA ZELAYA CASTILLO, para que emita dictamen en calidad de revisora.

Me complace informarle que he revisado el documento en donde la estudiante ha cumplido con los requerimientos señalados así como, con la rigurosidad del método científico, por lo que me satisface emitir un dictamen favorable. En atención a lo anterior, la estudiante mencionada puede iniciar sus gestiones para someterse al examen de graduación.

De antemano, le agradezco la atención a la presente. Deferentemente,

Dra. Cizel Ixbalanqué Zea Iriarte
Profesora del Área de Gestión Social de la Salud
Maestría en Ciencias en Salud Pública

Adj. Informe Final de Tesis
C.c. Archivo

Guatemala 14-10-14

Doctor

Alfredo Moreno Quiñones

Coordinador Maestría en ciencias en Salud Pública

Escuela de estudios de postgrado

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

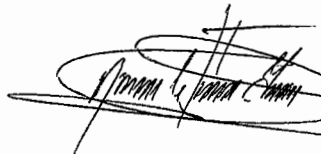
Dr. Moreno:

Por este medio quiero informarle que como asesor designado, he revisado el documento de informe final de la tesis de la estudiante Silvia Patricia Zelaya Castillo de Escobar, el cual cumple con los requisitos y rigurosidad del método científico.

Por esta razón, me satisface emitir un dictamen favorable.

Agradeciendo la atención a la presente.

Deferentemente,



Dr. Nehemías Calel Gáez
Pediatra
Colegiado No. 11344

Dr. Nehemías Calel
MC Sistemas de Salud
Médico Pediatra
Col. 11344

Agradecimientos

A DIOS

Por ser tan maravilloso y guiar mi vida día a día, mostrándome el camino para poder cumplir con el propósito para el que fui creada.

A MI ESPOSO

Lucas Eduardo Escobar Vielman, por ser mi mejor amigo y el compañero de mi vida, a quien amo con todo mi corazón.

A MIS HIJOS

María Olga y Héctor José, por haber llenado mi vida de felicidad y hacerme sentir orgullosa todos los días.

A LA MEMORIA DE MIS QUERIDOS PADRES

Héctor Vicente Zelaya Baños y María Teresa Castillo Álvarez, por motivarme siempre a dar lo mejor de mí.

AL PERSONAL DOCENTE DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Por su entrega y dedicación a la noble tarea de enseñar.

A MIS COMPAÑEROS

Por ser tan solidarios y buenos amigos.

A MIS AMIGOS

Luis Villegas, por ser una persona tan especial, con un gran corazón, siempre dispuesto a ayudar a los demás y a mí, en gran manera.

Isabel Orozco, por ese cariño especial y los lindos momentos compartidos en estos años.

Índice de Contenidos

	Página
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I MARCO TEÓRICO	4
CAPITULO II JUSTIFICACIÓN	22
CAPITULO III OBJETIVOS	24
CAPITULO IV MATERIAL Y MÉTODOS	25
CAPITULO V RESULTADOS	45
CAPITULO VI DISCUSIÓN Y ANALISIS	65
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	103

Índice de Cuadros

Cuadro	Pagina
Cuadro No. 1. Operacionalización de variables.	27
Cuadro No. 2. Edad, sexo y estado civil de los usuarios.	46
Cuadro No. 3. Tiempo de traslado, distancia aproximada y tipo de transporte Utilizado por los usuarios.	48
Cuadro No. 4. Religión, atención recibida, respeto y sexo del prestador de Servicios de su preferencia.	50
Cuadro No. 5. Percepción de los usuarios en cuanto a las características del sistema organizacional de los servicios.	52
Cuadro No. 6. Receta de medicamentos a usuarios y atención en salud.	54
Cuadro No. 7. Opinión de los usuarios en cuanto al horario de atención Y número de personal con que cuentan los servicios.	56
Cuadro No. 8. Tipo de personal presente en el servicio.	57
Cuadro No. 9. Calificación de los usuarios sobre la información brindada, en cuanto a la atención que presta el servicio de salud mental.	59
Cuadro No. 10. Condición socioeconómica de los usuarios.	60
Cuadro No. 11. Ocupación de los usuarios.	62
Cuadro No. 12. Escolaridad de los usuarios.	63

Resumen

Objetivo. Han sido evaluados, factores relacionados con accesibilidad a los servicios de salud mental, Área de salud Guatemala Central, Municipio de Guatemala. **Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal, observacional; en usuarios de servicios de salud mental, en 8 centros de salud, que cuentan con servicio de atención en salud mental; con una muestra de 227 usuarios. Encuesta, sobre factores asociados con el acceso a servicios de salud mental (edad, sexo, estado civil, condiciones geográficas, culturales, sistema organizacional servicios de salud, estrato socioeconómico y escolaridad); aplicando análisis univariado de los datos, utilizando estadística descriptiva. **Resultados.** La mayoría, edad entre 18 y 39 años, sexo femenino y soltero; vive cerca del centro de atención y utiliza menos de dos horas para trasladarse. Religión católica, considero buena la atención y fue tratado con respeto; más de la mitad optaron por ser atendidos por personal sexo femenino; menos del 50%, se enteran por un médico y fueron referidos a salud mental en la primera consulta; el 25% fue referido a otro centro asistencial, al 33%, se le recetó medicamento y de estos, 25% los obtuvo en el centro de salud; un 10% del total de pacientes, recibió tratamiento en el centro de salud y otro lugar, al mismo tiempo, la mayoría calificó como buena la privacidad, horario de atención, personal encargado, y, tener un ingreso mensual bajo; respecto al tipo de vivienda, una proporción similar indicó vivir en casa propia y alquilada, refirió como ocupación ama de casa y tener educación universitaria. **Conclusiones.** Las variables evaluadas tienen relación directa con acceso a servicios de salud mental; los resultados concuerdan con estudios relacionados, en Centro América y América Latina.

Palabras “clave”: Accesibilidad; acceso a los servicios de salud mental; factores relacionados; Guatemala.

INTRODUCCIÓN

Guatemala asume que la salud es un derecho humano y que la equidad debe regir las políticas y sistemas de salud, a fin de mejorar el desarrollo humano y social (77).

El país ha impulsado en los últimos años, cambios en el sistema de salud, promoviendo que se integren los cuidados de salud mental a la atención básica, buscando incrementar y redistribuir, territorialmente, los servicios, lo que permitirá descentralizar la atención de la institución hospitalaria e iniciar un proceso que será de gran importancia para mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, organizacional, económica y social de la población con problemas mentales.

El acceso a los servicios de salud mental en el país, es un problema de salud pública, ya que involucra a gran parte de la población, la cual no tiene acceso a dichos servicios por diversas razones que, probablemente, al evaluarse en forma aislada no serían tan relevantes, pero que en conjunto interactúan de forma compleja para favorecer la falta de acceso a los servicios de salud mental.

La atención de los problemas de salud mental, se encuentra centralizada en el tercer nivel de atención (hospitalaria) específicamente, en un hospital especializado en este servicio, que absorbe el 90% del presupuesto destinado a la salud mental, con un marcado descenso en la atención primaria y secundaria (puestos y centros de salud) además, el agravante de concentrarse en las áreas urbanas. (77)

En los países en vías de desarrollo, el empleo y, por lo tanto, el acceso adecuado a los servicios de salud, es mucho más importante, si lo comparamos con los países desarrollados, ya que éste se convierte en un indicador indirecto de las diferencias socioeconómicas y de mejores niveles de bienestar general. (6) (77)

La accesibilidad, se refiere a recibir servicios de salud imparciales al tratamiento disponible que se indique, medicamente, sin considerar su raza, creencia, sexo, estado

civil, estatus social y origen. (32) en este contexto es fundamental que los servicios sean oportunos, que atiendan la demanda real, y que, garanticen el acceso a otros niveles del sistema de ser necesario. Se deben incluir acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, manteniendo un vínculo permanente entre los servicios y las personas.

Accesibilidad a servicios de salud mental, describe el recibir servicios oportunos y de calidad, que permitan satisfacer la necesidad, completamente, para poder afrontar las presiones normales de la vida, ser productivos y hacer contribuciones a la comunidad. (22)

Según el informe sobre el proyecto de política de la salud mental de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud, 2001, pág. 8) “casi 450 millones de personas padecen trastornos mentales y del comportamiento”. Los datos refirieron que la falta de salud mental se encuentra entre las causas principales de invalidez a nivel mundial. Esto afecta a todos los grupos sociales y a todos los países, sin importar si son pobres o ricos. El informe mencionado, anteriormente, indicó que en una encuesta reciente se encontró que más del 40% de los países del mundo carecen de una política en salud mental; más del 30% carecen de un programa de salud mental; más del 25% de los países carecen de la medicación psiquiátrica y que, el 70% de la población mundial tiene acceso a menos de un psiquiatra por 100,000 Habitantes. (1) (77)

En este estudio, de tipo descriptivo, transversal y observacional; el término salud mental comprende los trastornos mentales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los problemas Psicosociales como han sido abordados por las ciencias sociales, aborda el tema de forma integrada y objetiva, presentando evidencias que, a su vez, puedan influir en las dependencias encargadas de tomar las decisiones pertinentes, a fin de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud mental, lo cual redundará, en que un alto porcentaje de la población podrá reinsertarse a la sociedad enriqueciéndola y apoyando el desarrollo del país en todos los ámbitos.

Los estudios sobre la utilización de servicios de salud mental, coinciden en señalar como determinantes importantes del acceso a factores como la edad, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, cultura y situación socioeconómica; además de

identificar los factores propios de los servicios de salud, relacionados con la disponibilidad, accesibilidad geográfica, así como lo relacionado con características organizacionales y estructurales. (50)

Para el efecto se estudiaron algunas de las variables más relevantes, que tienen que ver con el aspecto geográfico, cultural, educativo, organizacional y socioeconómico; evaluando su interacción y como se relacionaron con la dificultad para acceder a los servicios de salud mental, asumiendo la tarea de evaluar las variables antes mencionadas y su relación con el acceso de la población a los servicios de salud mental, en 8 centros de salud, pertenecientes al Área de Salud de Guatemala Central, distribuidos en el municipio de Guatemala durante el periodo de enero a junio del año 2014.

En cuanto a los resultados obtenidos, la mayoría, refirió edad entre 18 y 39 años, sexo femenino y soltero; vivir cerca del centro de atención y utilizar menos de dos horas para trasladarse. Profesar la religión católica, consideró buena la atención y que fue tratado con respeto, más de la mitad optaron por ser atendidos por personal de sexo femenino; menos del 50%, se enteró por un médico, sobre el problema de salud mental y fueron referidos al servicio de salud mental en la primera consulta; el 25% fue referido a otro centro asistencial, y al 33%, se le recetó medicamento; de estos, 25% lo obtuvo en el centro de salud; sólo un 10% del total de pacientes (227), recibió tratamiento en el centro de salud, y, otro lugar al mismo tiempo; la mayoría calificó buena la privacidad, el horario de atención y el personal encargado, indicó tener un ingreso mensual bajo; y, en cuanto al tipo de vivienda, una proporción similar indicó vivir en casa propia y alquilada, refirió como ocupación ama de casa y tener educación universitaria.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

Fundamentación Teórica.

Modelo de Aday y Andersen.

En 1974 Lu Ann Aday y Ronald Andersen, presentaron un modelo para investigar el acceso a la atención médica, basándose en las diferentes definiciones para el concepto de ACCESO, y, se integraron en un marco teórico, en donde se considera que las políticas de salud, influyen sobre las características, tanto del sistema de prestación de servicios como en las comunidades en riesgo y, esto, modifica cómo se utilizan los servicios además de la satisfacción de los usuarios; las políticas de salud, si bien son de suma importancia, no serán evaluadas en esta investigación.(25)(26)(70)

Las características del sistema de atención, se utilizaran como las características de la población que lo demanda serán las que utilizaremos para medir las variables a investigar y la discusión de los resultados; se considera que se adecua, perfectamente, al presente estudio. (25)(26)

En este modelo se plantean los objetivos de la política de salud, las características del sistema de atención y de la población; cómo se relacionan entre sí, para que la utilización de los servicios sea efectiva y que, a la vez, satisfaga las necesidades de los usuarios. (25)(26)(70)

En la figura 1 se ilustra el modelo que los autores antes mencionados proponen.

Figura No. 1

Modelo de Aday y Andersen para el acceso a los servicios de salud



Fuente: (1) Health services research 9(3):208-220, 1974. Aday L, Andersen R.

Las políticas de salud, reflejan la preocupación de los gobiernos por hacer asequible los servicios de prestación de servicios a la población y, en ese contexto, el concepto de acceso es más político que práctico, y, aunque no se tomará en consideración dentro de los resultados de la presente investigación, tiene que ver con las leyes vigentes en cuanto a los derechos de los ciudadanos a la salud, la disponibilidad de todos los recursos necesarios (financieros, humanos, de infraestructura, etc.), educación en salud a población, capacitación de personal y todo lo que se requiera para implementar un sistema de salud, que esté acorde a las necesidades de la población y que sea efectivo en todos los niveles de atención, para mejorar los estándares de vida de la población.(3)(4)(5)

En las últimas décadas, se han implementado diversos programas e instancias dedicadas a mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, de parte de los gobiernos, en conjunto con las Universidades, ONGS y sector privado, para mejorar las políticas existentes y las acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud.

(1)(2)(3)(4)

En el segundo plano del diagrama de Aday y Andersen, se incluyen las características del sistema de prestación de la atención, este se subdivide en dos componentes a evaluar, los recursos y la organización; el primero tiene que ver con el presupuesto destinado a la atención y el personal que prestará el servicio y tiene que ver con la cantidad de recursos médicos y su distribución en una determinada área. (25)(21)

En cuanto a la organización, ésta se refiere a como el sistema coordina los puestos y centros de salud, así como hospitales que imparten el servicio, con los agentes de salud, para prestar los servicios médicos; éste también se subdivide en dos componentes muy importantes que tienen que ver con el ingreso del usuario, específicamente, para acceder al sistema de salud. Por ejemplo: el tiempo para trasladarse a donde recibirá la atención, así como el tiempo que esperará para ser atendido y otros; la estructura tiene que ver con las características del sistema de atención, que va a determinar lo que tiene que ver con la atención que recibirá el paciente dentro de la institución, quien le evaluará para el tratamiento a recibir. (25)(21)

Siempre en el segundo plano se evalúan las características de la población que recibirá el servicio, esto tiene que ver con la predisposición, la capacidad y la necesidad a los que podemos llamar determinantes individuales de la atención de los servicios. (25)(21)

La predisposición de los individuos a utilizar el servicio, tiene que ver con las variables como edad, sexo, raza, religión y como se valora tanto la salud como la enfermedad por el individuo, estas características existen antes de que aparezca la enfermedad; en cuanto a la capacidad tiene que ver con los recursos con que cuenta el paciente o su familia (nivel socioeconómico, si tiene un seguro médico) y las características de su lugar de habitación (Zona urbana o rural); la necesidad que es motor que mueve al paciente a utilizar el servicio, ya que tiene que ver con la enfermedad, la necesidad de atención tiene dos enfoques, según lo vea el paciente y lo que determina el sistema de atención. (21)(26)

Las variables que pueden modificarse como la cultura (involucra las creencias respecto de la salud), el nivel de ingresos y la cobertura de servicios son aspectos de

gran relevancia dentro de las políticas de salud, buscando cambiarlas para que un mayor porcentaje de la población tenga acceso a los servicios.(26)

En el tercer plano de diagrama de Aday y Andersen, se evalúa la utilización de los servicios de salud, es una medida que permitirá comprobar las predicciones propuestas a través de los indicadores de acceso basados en el sistema y en la población; sus características tiene que ver con el tipo de utilización y se refiere al agente de salud y la clase de servicio recibido; el motivo de la visita que tiene que ver con la necesidad que motiva la consulta, prevención, tratamiento o la atención en un sistema no médico (hogares de ancianos o de convalecencia).(21)(26)

Estos motivos (de prevención, tratamiento o atención personal en un ámbito no médico) que promueven la necesidad de atención, comprenden modelos distintos de demanda de atención y dentro del concepto de acceso es muy importante especificar lo que requieren o solicitan los usuarios del servicio de salud. El intervalo se refiere al contacto que tiene el paciente con el sistema en un periodo determinado, el volumen que tiene que ver con el número de visitas dentro de un periodo determinado; y, la continuidad que es sumamente importante porque tiene que ver con la coordinación de los diferentes servicios asociados a un episodio de enfermedad en particular, y, si no se concreta a cabalidad, por falta de organización u otros aspectos que no estén, directamente, relacionados con la persona, se puede decir que no hubo un acceso adecuado al sistema de atención.(26)

La continuidad se refiere al estado de conexión y la forma de coordinación entre los servicios médicos que se asocian con un proceso de enfermedad determinado, esto permite definir los niveles funcionales de integración del sistema de atención. (26)

En lo que respecta a la satisfacción de las necesidades del consumidor, se mide según las actitudes de los usuarios que han tenido contacto con el sistema, y mide la conformidad que experimenta el individuo con la cantidad o calidad de la atención que ha recibido. (26)

Marco Conceptual.

Salud Pública.

La sociedad se organiza, principalmente, a través de sus instituciones de carácter público, buscando promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones, por medio de actividades colectivas; de esta manera la salud pública se entiende como la salud de la población; y, es el pilar fundamental de los esfuerzos para mejorar la salud, en todas sus dimensiones. (30)

Salud Mental.

Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y, fructíferamente, y, es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (29)(31)

Acceso.

Recibir servicios de salud imparciales al tratamiento disponible que se indique, medicamente, sin considerar su raza, creencia, sexo, estado civil, estatus social, y origen. (32)

Acceso a los Servicios de Salud.

Proceso mediante el cual las personas buscan y logran recibir una adecuada atención en salud, es decir, oportuna y de calidad, pretende que esa necesidad, se satisfaga completamente, por lo que se debe involucrar no solamente la disponibilidad de recursos sino que su uso, sea efectivo y adecuado para responder a las necesidades de atención de la población.(33)(34)

Accesibilidad geográfica.

Es el grado de acceso a los servicios de salud respecto de las características representadas por la distancia, tiempo y barreras naturales o construidas por el hombre. (53)(54)

Accesibilidad cultural.

Es el grado de acceso a los servicios de salud respecto de las características referentes a las costumbres y prácticas de los prestadores y usuarios de los servicios de salud. (22)(36)(38)(49)

Accesibilidad administrativa.

Es el grado de acceso a los servicios de salud respecto de las características de tipo organizacional de los servicios de salud. (35)(36)(38)

Accesibilidad socioeconómica.

Es el grado de acceso a los servicios de salud, respecto de las características representadas por la situación socioeconómica de las personas, tales como tarifas, precios de servicios y medicamentos. (37)(38)

Accesibilidad Educativa.

Es el grado de acceso a los servicios de salud, respecto de las características representadas por el nivel educativo de las personas, a menor educación mayores limitaciones para la comprensión de mensajes y conocimientos importantes para el autocuidado, desencadenando problemas en salud, higiene y nutrición. (35)(37)(24)

Descentralización de los servicios de salud.

Es la transferencia de competencias y recursos a los municipios para que asuman la salud; la infraestructura sanitaria; vigilancia en salud pública y programas de salud. (47)(48)(51)

Disponibilidad.

Se refiere a la presencia física de los recursos para la salud. (42)(48)(52)(53)

Disponibilidad efectiva.

Es la disponibilidad, corregida según la resistencia que se opone a búsqueda y obtención de los servicios. (38)(43)(47)(48)

Barreras Acceso.

Se refiere a la presencia de barreras, políticas, sociodemográficas y de los servicios de salud, que pueden enfrentar las personas para usar los servicios de salud. (35)(25)(35)

Eficacia.

Medida en que son alcanzados los resultados deseados. (38)

Efectividad.

Conseguir mejoras en la salud, mejorando el impacto de la morbi-mortalidad sobre un grupo poblacional definido. (38)

Marco Referencial.

Consideraciones generales de acceso a los servicios de salud.

La falta de acceso a los servicios de salud es un problema global, que afecta en mayor grado a países en vías de desarrollo, y que incide de forma importante a que persistan los niveles elevados de enfermedades y mortalidad; tiene que ver con muchos factores más allá de los, propiamente, biológicos y en las últimas décadas, se ha estado insistiendo en abordar el problema en forma integral, desarrollando políticas públicas, creadas por los países abordando la problemática y prestando especial atención a las características específicas de sus poblaciones, y, las condiciones en las que se lleva a cabo la interacción social.(42)(41)(1)(3)(5)(6)

La utilización de los servicios se da en torno a una práctica social integradora, que se desarrolla en un contexto cultural, en una sociedad y en una época determinada, y, en esta interacción deben convivir aspectos objetivos, como las características demográficas, económicas, tipos de enfermedad, recursos, así como los subjetivos que tiene que ver con las características culturales, la confianza, la información, las normas, los valores y las formas en que se organizan los sistemas de salud. (43)(44)(42)(27)(30)

Hay que considerar que, tanto el usuario como el prestador, pueden tener además de sus propias condiciones, concepciones personales sobre el acceso a los servicios de salud, que no necesariamente coinciden; estas condiciones y percepciones van a estar determinadas, por políticas globales propias de un estado quien las impulsa a través de sus políticas, y, es por eso que Lu Aday y Andersen, plantean que el análisis de acceso no puede hacerse solo desde el punto de vista del usuario, ni del prestador, es por eso tan importante integrar las dimensiones del acceso de acuerdo a la teoría planteada.(25)(26)(70)

En Guatemala la deficiencia de acceso a los servicios de salud, es un grave problema que se tiene que abordar desde todas las áreas involucradas, en el intrincado tejido social en el que nos desenvolvemos, así, los aspectos demográficos, socioeconómicos, culturales, geográficos y educativos; tanto como el aspecto político, que determina en general el abordaje que se le brinda a los problemas de salud, dictando las políticas públicas que el Ministerio de Salud va a desarrollar, para enfrentarse a los grandes problemas de salud de la población, que son prioritarios como la mortalidad materna e infantil, desnutrición aguda y crónica, enfermedades infecciosas que cobran muchas vidas, la debilidad de los sistemas de servicios de salud, en cuanto a infraestructura, conocimientos, falta de personal, prácticas, actitudes, así como insumos, medicamentos y equipo adecuado.(15)(16)(44)(45)

Acceso a los servicios de Salud en general y salud Mental.

El acceso a los servicios de salud mental, presenta complicaciones a nivel global, porque sus implicaciones respecto del estigma y discriminación, no son propias de los países subdesarrollados, y, representan gran importancia para la salud pública; porque

en este momento los trastornos de salud mental, representan a cinco de las diez primeras causas de morbilidad a nivel mundial y un poco menos de 500 millones de personas alrededor del mundo, padecen algún trastorno mental. (1)(2)(18)(26)

El problema se incrementa, cuando nos referimos a Latinoamérica y, en Guatemala, afrontamos diversos problemas que tienen que ver con el bajo presupuesto asignado a la salud en general y en especial a la salud mental, en donde, únicamente se otorga el 1% de los ingresos y se concentra en la atención de pacientes hospitalizados, utilizando una ínfima cantidad en la atención primaria que debería ser la prioridad, además, hay serias deficiencias en cuanto a la falta de información en el registro de la atención de la salud mental, en los servicios de atención, además de que sólo unos pocos centros de salud y hospitales generales cuentan con el servicio de atención en salud mental(4)(5)(44)(46)

En Guatemala uno de cada cuatro guatemaltecos, padece algún trastorno de salud mental, las mujeres son las más afectadas y los trastornos de ansiedad son frecuentes, el estrés post traumático, es el abanderado de los trastornos de salud mental, según estudios sobre la violencia y las consecuencias de nuestra población en cuanto al conflicto armado que se vivió durante treinta años; también debemos recalcar que solo un 2.3% de la población (más de 14 millones), ha consultado alguna vez a un profesional de salud por un trastorno mental.(44)(46)(14)(16)

No existen estudios relacionados con el acceso a los servicios de salud mental, existe un sub registro de la información en cuanto a la prestación de los servicios, los cuales se encuentran en su mayoría en el centro urbano (capital), y aun así, son pocos los centros de salud que cuentan con el servicio de atención en salud Mental, sin contar con que no cuentan con los insumos necesarios para dar una buena atención, entiéndase medicamentos y personal especializado, por lo que con frecuencia se refiere el paciente al Hospital Nacional de Salud Mental, que cuenta con servicio de consulta externa y dentro de las posibilidades se le brinda al paciente el medicamento, por lo que muchos, prefieren continuar su tratamiento en el hospital, ya que por falta de capacidad económica no pueden acceder a los medicamentos.(3)(4)(5)(46)

Los niveles de inequidad en el acceso es el resultado de la exclusión social, de privaciones y de pobreza. A pesar de que existen algunas razones para las inequidades que se observan que exceden del control del sistema de salud, la mayoría de las razones para que ocurran, tienen que ver con decisiones políticas, que concentran los recursos y servicios en grupos de población con mayores ventajas sociales y regiones geográficas específicas, dándole prioridad a las urbanas en lugar de rurales. (46)(47)(48)

Como ya se ha mencionado antes, el acceso a los servicios de salud, así como de salud mental, tiene que ver con características específicas, relacionadas con nuestra sociedad, como la pluriculturalidad, un alto porcentaje de raza indígena, pobreza y pobreza extrema, altos índices de delincuencia común, raíces culturales profundas con creencias y costumbres arraigadas, en cuanto a la salud y enfermedad, causas y formas de tratamiento.

Además de altos niveles de analfabetismo y poco acceso a la educación en general, principalmente, en niñas y mujeres; altos niveles de violencia intrafamiliar y femicidios; y, un bajo desarrollo de carreteras que unan las comunidades lo cual afecta la economía y el acceso de la población a los servicios, aunado a un bajo porcentaje de puestos y centros de salud que son insuficientes para atender a los requerimientos de atención de la población. (3)(4)(5)(44)(45)

Factores sociodemográficos, que influyen en el acceso a los servicios de salud en general y salud mental.

Las características sociodemográficas, tienen que ver con el acceso a los servicios, en general, los grupos en edades extremas, como los niños y los ancianos son quienes más utilizan los servicios de salud, lo que está asociado con los riesgos en esos grupos etarios y la mayor necesidad de utilizar los servicios, esto contrasta con los servicios de salud mental, en cuanto a que sabemos que quienes más consultan son adultos entre 21 y 50 años, en mayor proporción mujeres. (14)(16)(17)(51)

A pesar de que las etnias indígenas representan gran parte de la población, un alto porcentaje debido a la cosmovisión maya consultan con sus líderes religiosos, además de que padecen más pobreza, menos acceso a la educación, mayor morbilidad y mortalidad que el resto de la población; esto es algo común a la región de las Américas, y, estas diferencias de salud y expectativas de vida, no tienen que ver con la herencia genética, sino con las condiciones de inequidad y franca marginación en la que viven.(44)(45)(46)

En cuanto al estado civil, es importante mencionar que tanto estudios a nivel de Centro América, Costa Rica, como de América del Sur y México, concuerdan en que los servicios de salud están orientados a mujeres casadas, unidas con hijos, para desarrollar programas de planificación familiar. (52)(53)

Condiciones geográficas y su influencia en el acceso a los servicios de salud en general y salud mental.

- Según estudios realizados en cuanto al acceso a los servicios y las condiciones geográficas se ha evidenciado que hay muchos lugares remotos en Guatemala, en donde no hay puestos ni centros de salud, y, la atención se presta a través de ONGS que pueden llegar a las comunidades una vez por semana, lo que es insuficiente para la demanda que existe, y, los usuarios tienen que recorrer largas distancias, la mayoría de las veces a pie, con un tiempo promedio de 1 a 4 horas, ya que no existen carreteras, y, en época de invierno las cosas se complican aún más con el crecimiento de ríos y deslaves.(14)(44)
- El transporte público muchas veces no puede acceder a las comunidades lejanas y los usuarios deben caminar para poder tomar el bus que les lleve a las comunidades que sí cuentan con centros de salud, estas situaciones son comunes a otros países de Centro América y América del Sur.(14)(16)(44)(45)(54)
- El MSPAS, así como los otros subsistemas de atención, (privada, IGSS), concentran sus recursos de infraestructura y humanos, en el departamento de Guatemala, en el que solo vive un 23 % de la población; esto se evidencia en la

concentración de los médicos registrados y colegiados en cuanto a que el 73% se encuentran en este departamento; lo que hace que la relación médica por población sea de 1 médico por cada 348 habitantes. (44)(48)

- Específicamente en el Ministerio de Salud, la distribución geográfica de recurso humano e infraestructura de servicios es inequitativa, principalmente, hacia los departamentos y municipios de mayor pobreza y más rurales, especialmente, el departamento de Quiché, en donde existe un médico por cada 11,489 habitantes. La diferencia aún sería mayor si no fuera por el apoyo que brindan las brigadas de médicos cubanos, quienes representan más de la mitad de todos los médicos del MSPAS asignados a brindar atención en el primero y segundo nivel de la red de servicios.(47)(48)
- A pesar de algunos esfuerzos aislados, los servicios de salud mental continúan siendo inaccesibles (geográfica, cultural y lingüísticamente) para la mayoría de la población, especialmente, para aquellos habitantes indígenas de áreas rurales. Se debe resaltar que el poco avance en este punto, se deriva principalmente, de esfuerzos coordinados con la cooperación internacional y algunas organizaciones no gubernamentales locales. (3)(4)

Características culturales como barreras para el acceso a los servicios de salud en general y de salud mental.

Guatemala es un país pluricultural, y, dentro de estas culturas, la Maya es la que predomina; actualmente, contamos con muchos idiomas mayas, que emergen como francas barreras para el acceso a los servicios de atención, también es importante mencionar que ya se está tratando de incorporar la perspectiva intercultural en los prestadores de servicios de salud, y, en los protocolos de atención, las creencias específicas en cuanto al origen de los trastornos mentales, crea una barrera en cuanto a la expectativa de los tratamientos, se busca atención con los líderes religiosos, como primera opción y en alto grado como la única.

Los pueblos indígenas (mayas, garífunas y xincas) constituyen 58% de los pobres y 72% de los pobres extremos. Más de tres cuartas partes de la población indígena viven en la pobreza, en comparación con 41% de la población que no es indígena. El mapa de la pobreza coincide con el mapa étnico. Así, las mejores condiciones las presenta el departamento de Guatemala, en donde se encuentra 11,7% de la población indígena, y las menos afortunadas, los departamentos de Alta Verapaz, Quiché y Huehuetenango, en donde la población es, en su mayoría, indígena (92,5%, 88,3% y 65,1%, respectivamente). (22)(49)

Por lo general la medicina tradicional se asocia con el uso de plantas medicinales y otros procedimientos alternativos, en tanto que la medicina maya se refiere al modelo de concebir el proceso, salud enfermedad, que es inherente a los grupos étnicos del país, (50% de la población) y su accionar va más allá e incluye procesos de interacción social y cultural. (48)(49)

Características socioeconómicas como barreras para el acceso a los servicios de salud en general y de salud mental.

En el caso de Guatemala, con un sistema que se financia, principalmente, con gasto de bolsillo y un aseguramiento muy bajo -IGSS- la población depende de la disponibilidad financiera individual, (gran parte de la población depende de una economía informal), para atender sus problemas de salud. La encuesta nacional de condiciones de vida - ENCOVI- del año 2000, observó que ante una necesidad de salud 60% de la población de los estratos más pobres utiliza la automedicación, consulta a un familiar o no hace nada por resolver el problema. En contraparte el estrato económico más alto, buscó a personal con entrenamiento médico, en un 60 % de todos los episodios de enfermedad. (46)(47)(48)

Esta necesidad de disponibilidad financiera para la búsqueda de la atención, también se aplica en establecimientos de salud pública, que en teoría son gratuitos y no acarrear costos directos a los usuarios; esto se debe a que en la mayoría de los casos, los usuarios deben comprar sus medicamentos, pagar por pruebas diagnósticas, además de otros costos indirectos como transporte y tiempo de espera, en otras evidencias

obtenidas por la ENCOVI 2000. De toda la población que reportó estar enferma y que no buscó atención (área urbana y rural), más de la cuarta parte, citó la falta de dinero como la principal razón. (47)(48)

La pobreza está distribuida desigualmente; más del 80% de la población catalogada como pobre, y, el 93 % de la población de los llamados, extremadamente pobres, viven en áreas rurales. Además, se encuentra concentrada en la población indígena, que habita en su mayoría en áreas rurales. La disparidad de ingresos y consumo que existe en Guatemala la hacen uno de los países más desiguales del mundo. (48)

Características del sistema organizacional de los servicios de salud, como barreras para el acceso a los servicios de salud en general y de salud mental

El sistema de atención del MSPAS, está concentrado en el área urbana, principalmente, en el Departamento de Guatemala en donde vive menos de la cuarta parte de la población, esto implica infraestructura y recurso humano, dejando al área rural, que es donde se concentra el grueso de la población, además de ser los más pobres y vulnerables. (45)(46)

En cuanto a los niveles de atención de primero y segundo nivel, se tiene que apoyar con las ONGS y médicos cubanos, quienes además de ser insuficientes, generalmente, asisten a las comunidades más lejanas en forma esporádica, y, en otras, varias veces al mes y la población debe recorrer en muchas ocasiones, largas distancias para llegar a los centros de salud y éstos muchas veces no cuentan con los insumos, medicamentos y profesionales de la salud para atenderlos, sin contar que los horarios de atención muchas veces no se ajustan a las necesidades de la población y, en otros casos, se tiene un horario establecido que no se cumple, lo que agrava la situación y en caso de emergencias tienen que acudir a los centros urbanos y esto aumenta la brecha de acceso, obligándoles a buscar atención en otros sistemas de salud.(45)(46)(47)(48)

Hay una tendencia de la población, aún en los estratos más pobres, asistir a un prestador de servicios si se cuenta con los recursos, la baja calidad de los servicios públicos es una de las principales razones para no asistir a un prestador público. La

población también acude a los hospitales públicos para los problemas de salud que tienen mayor complejidad y requieren mayores costos de atención. La ENCOVI 2000, evidenció que aún los estratos de mayor riqueza asisten a los hospitales públicos. Es importante notar que los estratos más pobres no acuden con la misma frecuencia que los estratos superiores, lo cual que ocasiona que el subsidio neto del gasto público en la red de hospitales del MSPAS se destine en un 29%, para el 40% de la población más pobre, mientras que un 40% beneficia al 40% del estrato más rico. (47)(48)

Es a partir del año 2004, cuando se empiezan a reportar morbilidades de tipo psiquiátrico entre las primeras causas de atención, siendo en el 2005 cuando se reportó la mayor cantidad de casos, tres de estos problemas (esquizofrenia, ansiedad y depresión) aparecen dentro de las primeras diez causas de muerte. No se sabe si lo anterior obedece a un aumento de la prevalencia del problema en la población o la mejora de la calidad de los registros o a la aparición de unidades psiquiátricas en los hospitales. (48)

Según la Organización mundial de la Salud -OMS-, la densidad de los recursos humanos en salud es una medida que permite identificar el déficit o superávit de un país en cuanto a la entrega de servicios a la población. Se estima que para alcanzar la cobertura mínima de la población, el ratio de profesionales en la salud, médicos y enfermeras, por 10,000 habitantes tiene que ser de 25; en el caso de Guatemala, estimaciones para el 2005 indicaban la existencia de alrededor de 10 médicos y 4 enfermeras para 10,000 habitantes, el problema se exacerba por una distribución inequitativa. (47)(48)

Al analizar el gasto del MSPAS por programas de atención a enfermedades específicas y grupos poblacionales identifica que un 63% del presupuesto se utiliza para enfermedades infecciosas y transmisibles, las crónicas y degenerativas cuentan con un 1 %, la salud laboral 3%, el adulto mayor y personas con discapacidad 2%, y, la seguridad alimentaria y nutricional 3%. (47)(48)

Hay dos aspectos fundamentales que caracterizan la situación del recurso humano, primero el MSPAS es el mayor empleador de los recursos humanos en salud, y, un dato importante es que no existe una carrera administrativa dentro del mismo, la

segunda es que la mayoría del personal que gestiona el subsistema y tiene poder de decisión, se encuentra bajo los renglones de contrato temporal y por lo regular cambia con cada administración de gobierno, lo que como es de esperarse influye no sólo en el desarrollo del recurso humano, sino en la posibilidad de implementar políticas de salud en el mediano y largo plazo. (47)(48)

Aproximadamente, un 32% del total de personal del MSPAS participa, directamente, en la prestación de servicios de salud: médicos, enfermeras, y enfermeras auxiliares, de estos sólo el 9% es personal médico. La red de servicios del MSPAS tuvo un crecimiento sostenido durante el periodo de 1975 -2000, en cuanto a centros y puestos de salud, en el mismo periodo la infraestructura hospitalaria ha estado, prácticamente, estancada (47) (48)

Únicamente, el 4% de la formación para los médicos está dedicado a salud mental, la Universidad -USAC-, incluye ahora un espacio de entrenamiento que antes no existía. En comparación, únicamente, el 3% de la formación para enfermeros corresponde a salud mental. Si hablamos de capacitación de actualización, solamente el 2% de médicos de atención primaria de salud ha recibido, por lo menos, dos días de capacitación de actualización en salud mental, en tanto que para enfermeros corresponde el 4%.(3)(4)(5)

En Guatemala coexisten tanto clínicas de atención primaria de salud que cuentan con un médico, como clínicas de atención primaria de salud que no cuentan con un médico. De las clínicas de atención primaria de salud que cuentan con un médico, solamente algunas, 1%-20%, tienen protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para condiciones claves de salud mental, en comparación con algunas, 21%-50%, clínicas de atención primaria de salud que no cuentan con un médico. Por otro lado, son pocas, 1%-20%, de estas clínicas que cuentan con un médico las que realizan, en promedio por lo menos, una referencia a un profesional de salud mental. Algunas, 21%-50, clínicas de atención primaria de salud que no cuentan con un médico realizan una referencia a un nivel de atención más alto.(3)(6)

Características de educación como barreras para el acceso a los servicios de salud en general y salud mental.

Desde el año 1948, la adquisición de competencias básicas como la lectura y escritura, se considera como un derecho humano inalienable. Sin embargo, la persistencia y agravamiento del analfabetismo expresa una de las mayores deudas de la sociedad. El analfabetismo, además de limitar el pleno desarrollo de las personas y su participación en la sociedad, tiene repercusiones durante todo su ciclo vital, afectando el entorno familiar, disminuyendo el acceso a los beneficios del desarrollo y siendo obstáculo para gozar de otros derechos humanos.(49)(37)

Estadísticas recientes de 25 países en América Latina y el Caribe, indican que para el año 2007, el 8,6% de la población de 15 años y más es analfabeta absoluta, lo que equivale a cerca de 35 millones de personas. Enfatizándose que en siete de estos países el analfabetismo supera el 10% y en dos de éstos, incluso, supera el 20%. Esta información corresponde al analfabetismo absoluto, es decir, a las personas que declaran no saber leer ni escribir en los censos y encuestas de hogares que se aplican, usualmente, en los países de la región. (37)(47)

En los primeros años de vida, los primeros efectos se observan en la familia y en la sociabilización primaria de los niños. Las evidencias de la investigación reciente en el campo de la psicología, la nutrición y las neurociencias indican que los primeros cinco años de vida son vitales en la formación de la inteligencia, la personalidad y las conductas sociales. Es en esta etapa donde millones de células nacen, crecen y se conectan. Cuando este proceso de desarrollo, maduración y conexiones no ocurre, apropiadamente, hay un impacto negativo en el desarrollo del niño o la niña (UNESCO, 2004). (37)(49)

En el adulto, el analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de las personas y es un importante agente de reproducción de dicha condición a través de sus hijos. El analfabeto tiene mayores dificultades de inserción social no sólo a nivel personal, problemas de inclusión social, trabajo precario, altas morbilidades, etc., sino también a nivel de su grupo familiar: nutrición, higiene, salud y escolaridad de los hijos, entre otros, y a la sociedad, pérdidas de productividad, altos costos para el sistema de salud. (49)

En el campo económico, se ha demostrado que la alfabetización y la escolaridad son factores que tienen gran incidencia en la determinación de los ingresos individuales. En América Latina existe una alta correlación entre nivel de ingresos y escolaridad. Los jóvenes que no alcanzan el certificado de educación primaria tienen menor probabilidad de tener empleos de calidad suficiente para mantenerse fuera de la situación de la pobreza (37)

En 2006, la tasa de analfabetismo era de 24,0% y disminuyó, progresivamente, hasta 19,5% en 2009 y 18,5% en 2010; el problema afecta más a las mujeres, 19,9% (6). La tasa neta de escolaridad se ha incrementado y sostenido en todos los niveles educativos. En 2009, 57,1% de la población tenía educación preprimaria, 98,7% educación primaria, 40,2% educación básica y 21,2%, diversificada (7). Aunque el promedio de escolaridad es de 5,3 años, para los indígenas es de 2,1 años. (22)(37)

Los departamentos con los más altos índices de analfabetismo son: Quiché, Alta Verapaz, Huehuetenango, San Marcos, Totonicapán, Baja Verapaz y Sololá. Esto sugiere que el retraso en la alfabetización se manifiesta de distintas formas. En los departamentos con mayor población indígena, el multilingüismo, el monolingüismo y una historia de falta de oferta de servicios educativos y la baja calidad de la educación han determinado la tasa de analfabetismo. (37)

En cuanto al acceso a la educación, el nivel de educación de las mujeres, históricamente, ha sido inferior a la de los hombres, siendo esta diferencia mayor para las mujeres indígenas. Las niñas indígenas se encuentran triplemente excluidas; primero, el hecho de que viven en áreas puramente rurales, dificulta su acceso a la escuela. Segundo el sistema educativo desconoce el valor de su cultura y la necesidad de preservar su visión del mundo y su cultura. Por último por ser mujer se le pone más impedimentos a la hora de permanecer en el sistema educativo ya que los trabajos domésticos y tareas, generalmente, atribuidas a las mujeres son aún consideradas una prioridad para la mujer indígena. (22)

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales representan, actualmente, cinco de las diez primeras causas de morbilidad a nivel mundial, un gran número de personas alrededor del mundo las padecen, en silencio y sentenciadas a la discriminación y estigma, que las caracteriza, principalmente, por ignorancia e indiferencia de parte de las autoridades, quienes son las designadas para proteger y ofrecerle alternativas al enfermo mental; esta conducta se repite alrededor del mundo en sociedades desarrolladas y subdesarrolladas, claro está que en estas últimas la situación es más dura, dadas las condiciones socioeconómicas que afrontan. En general podemos decir que una de cada cuatro personas padece, padecerá o padeció de algún trastorno mental a lo largo de su vida. (1)(2) (24)

La accesibilidad a los servicios de salud mental, según la OMS requiere que los proveedores de servicios garantice a los usuarios servicios de salud de una manera fácil. A nivel mundial, en cuanto al acceso a tratamientos de salud mental por personal calificado, el 70% de la población mundial tiene acceso a menos de un Psiquiatra por cada 100,000 habitantes, en 37% de los países no hay atención comunitaria disponible, esto se vuelve un problema mayor en cuanto que la mayoría de países de Latinoamérica, el presupuesto asignado para la salud mental es menor del 1%; en Guatemala es del 1% y el 90% del mismo lo absorbe el Hospital Nacional de Salud Mental -HNSM-. (3)(4)

Esto, es un serio problema de salud pública, ya que no existe una legislación adecuada y funcional, el control de los servicios de salud mental, por el ministerio de salud es inadecuado por carecer de mecanismos eficaces para el mismo, además de ser insuficientes para atender a la población que ya rebasa los quince millones de habitantes, con una población indígena del 50 % y que solo en la capital llega a ocho millones, además, el índice de analfabetismo en el año 2010, era del 18% afectando

más a las mujeres, en cuanto a la educación en el año 2009 el promedio de años de escolaridad era de 3 a 5 años, pero para los indígenas es de 1,2 años.(23)

En Guatemala existen poblaciones vulnerables, como lo es el caso de los pueblos indígenas que representan el 58% de los pobres y el 72% de los pobres en extremo; los establecimientos de salud mental existentes en el país, brindan atención ambulatoria aproximadamente, a 363 usuarios por cada 100,000 habitantes, se estima que el 58% son mujeres y el 14 % niños o adolescentes. Según el reporte de OMS en el año 2006 la red de servicios de salud cuenta con 43 hospitales, 279 centros de salud, 903 puestos de salud, 46 de estos cuentan con un Médico, y, 4163 centros de convergencia. En el programa de extensión de cobertura no se contemplan los problemas de salud mental. De cada 10 personas, no pobres, 6 demandan los servicios de salud, de cada 10 pobres sólo 3 lo solicitan. (23)

No se dispone de estudios sobre la accesibilidad a los servicios de salud mental a pesar de que como en otros países representan una carga importante de morbilidad la salud mental sigue siendo una cuestión periférica, sin darle la importancia que tiene, ya que los trastornos mentales incapacitan tanto como el cáncer y las enfermedades cardíacas y producen baja productividad como muertes prematuras, a pesar de ello solo una baja proporción de la población recibe atención sanitaria para este tipo de problemas, particularmente, la ubicada en centros de atención urbana.

Lo antes descrito es importante porque según la Organización Panamericana de la Salud-OPS- ya que la población con problemas de salud mental no tiene acceso a servicios de salud para resolver sus problemas a pesar de que el 80 y 90 % de los trastornos son tratables, el descuido general de las enfermedades mentales se debe en parte al estigma ya que este disuade al enfermo de buscar tratamiento y afecta la salud mental a nivel individual, familiar comunitario y de políticas (23) (24)

El presente estudio pretende estudiar la accesibilidad de la población a los servicios de salud mental, para obtener evidencia de la situación actual de los mismos y con ello promover que las autoridades sanitarias del país mejoren este tipo de servicios de atención, y, con ello, contribuir a la mejora de la salud mental de la población.

CAPITULO III

OBJETIVOS

General

Evaluar los factores relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud mental en el área de salud de Guatemala Central, del municipio de Guatemala, Guatemala.

Específicos

1. Determinar si existe relación entre las características sociodemográficas, de edad, sexo y estado civil, con la accesibilidad a los servicios de Salud Mental.
2. Identificar si existe relación entre las condiciones geográficas con la accesibilidad a los servicios de Salud Mental.
3. Establecer si existe relación entre las características culturales de los usuarios y la accesibilidad a los servicios de Salud Mental.
4. Comprobar si existe relación entre el sistema organizacional de los servicios de salud mental y el acceso a los servicios de salud mental.
5. Corroborar si existe relación de las condiciones socioeconómicas de los usuarios con la accesibilidad a los servicios de salud mental.
6. Determinar la relación entre nivel educativo de los usuarios y la accesibilidad a los servicios de Salud Mental.

CAPITULO IV

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Descriptivo, analítico observacional, de corte transversal.

Población

Usuarios de los servicios de Salud Mental en el área Guatemala Central, del municipio de Guatemala, de 8 centros de salud, cada unidad cuenta con el servicio de atención en salud mental.

1. CS Bethania
2. CS ITS (Infecciones de transmisión sexual)
3. CS Justo Rufino Barrios
4. CS Zona 1
5. CS Zona 3
6. CS Zona 5
7. CS Zona 6
8. CS Zona 11

Selección y tamaño de la muestra

En el presente estudio se calculó una muestra de la población objeto de estudio, utilizando la fórmula para estudios descriptivos de poblaciones finitas, considerando un límite de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %.

Fórmula

$$n = \frac{N z^2 p q}{e^2 (N-1) + z^2 p q}$$

Donde

n= tamaño de muestra

N= total de la población

z²= nivel de confianza al cuadrado

p= porcentaje de casos a determinar.

q= complemento de p (q=1-p)

e²= máximo error de estimación.

$$n = \frac{(2789) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{0.05^2 (2789-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n= 227

Cuadro 1. Pacientes evaluados durante el año 2012, en los Centros de Salud seleccionados los cuales cuentan con el servicio de atención en Salud Mental, hombres y mujeres mayores de 18 años.

Lugar	Cantidad de pacientes vistos en el año	Porcentaje de pacientes vistos en el año	Cantidad de pacientes que constituyen la muestra por lugar
C/S Bethania	95	3.40%	8
C/S ITS	527	18.89%	44
C/S Justo Rufino Barrios	430	15.41%	35
C/S Zona 1	1050	37.64%	85
C/S Zona 11	157	5.62%	12
C/S Zona 3	175	6.27%	14
C/S Zona 5	241	8.64%	19
C/S Zona 6	114	4.08%	10
TOTAL	2789	100%	227

Fuente: SIGSA central, (Sistema de Información Gerencial en Salud), Ministerio de Salud y Asistencia Social. Gobierno de Guatemala.

Muestra de la población que se estudió 227 usuarios.

Unidad de Análisis

Usuarios Hombres y Mujeres mayores de 18 años que consultaron a los centros de salud del área Guatemala Central, descritos anteriormente, que cuentan con servicio de atención de Salud Mental del municipio de Guatemala.

Criterios de Inclusión

Usuarios de ambos sexos.

Usuarios mayores de 18 años.

Criterios de Exclusión

Usuarios que no acepten participar en el estudio.

Variables a Estudiar

Variables independientes

1. Características sociodemográficas: edad, sexo y estado civil.
2. Características de las Condiciones Geográficas.
3. Características Culturales.
4. Sistema Organizacional de los Servicios de salud.
5. Condiciones Socioeconómicas.
6. Nivel Educativo.

Operacionalización de variables

Cuadro No. 1. Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Características sociodemográficas	Características que sirven para distinguir a los usuarios de sus semejantes y para identificar los principales rasgos demográficos y sociales de la población a la que pertenecen.	Edad 18 – 29 años 30 – 39 años 40 - 49 años 50 - 59 años 60 - 69 años 70 - 79 años 80 años y mas	Cuantitativa	Intervalo
		Sexo Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
		Estado civil Soltero (a) Casado (a)	Cualitativa	Nominal

Características de Condiciones geográficas	Medida del tiempo relacionado con la distancia que se requiere, así como el tipo de transporte utilizado, para tener acceso desde el lugar de residencia al servicio de salud mental.	Tiempo	Cuantitativa	Ordinal
		Menos de una hora		
		De 1 a 2 horas		
		Mayor de 2 horas		
		Distancia		
		Menor de 10 KM		
		De 11 a 20 KM		
		Mayor de 21 KM		
		Tipo de transporte que utiliza para trasladarse	Cuantitativa	ordinal
		Vehículo propio	Cualitativa	Nominal
		Trasporte público		
		Otra forma		

Características culturales	Aspectos referentes a las costumbres, creencias y preferencias de los usuarios de los servicios de salud mental que influyen en la accesibilidad; la religión que profesa, la cual tiene influencia en su visión de la atención; el buen trato, percibido a lo largo del contacto que ha mantenido el usuario con el personal del centro de salud; y, el grado de confianza según el sexo de oferente de los servicios.	Tipo de religión que profesa el usuario	Cualitativa	Nominal
		Católico		
		Evangélico		
		Otra		
		Sí otra, cual		
		Percepción de la atención del prestador de servicios, por parte de los usuarios	Cualitativa	Nominal
		Buena		
		Regular		
		mala		
		Preferencia del usuario por el sexo del prestador de servicios	Cualitativa	Nominal

		Masculino Femenino Respeto de las costumbres y creencias del usuario en el servicio de salud mental Si No	Cualitativa	Nominal
Sistema organizacional de los servicios de salud	Aspectos de tipo organizacional de los servicios de salud mental que influyen en la accesibilidad de acuerdo a la perspectiva del usuario.	Conocimiento de los servicios prestados en los servicios de salud Si No Conocimiento de problema personal de salud mental (por quién)	Cualitativa Cualitativa	Nominal Nominal

		Médico Familiars Amigos Usted mismo Otros		
		Referencia a los servicios de salud mental (por quién) Médico Enfermería Familiars Amigos Otros	Cualitativa	Nominal
		Consultas recibidas antes de	Cuantitativa	Ordinal

		<p>referencia a servicios de salud mental</p> <p>Una</p> <p>Dos</p> <p>Tres o más</p>		
		<p>Referencia a otro lugar para continuar tratamiento</p> <p>Si</p> <p>No</p>	Cualitativa	Nominal
		<p>Receta de medicamentos</p> <p>Si</p> <p>No</p>	Cualitativa	Nominal

		Medicamentos utilizados (lugar de provisión)	Cualitativa	Nominal
		Centro de salud		
		Farmacia particular		
		Otro		
		Atención alterna de problema de salud mental	Cualitativa	Nominal
		Si		
		No		
		Privacidad en la prestación del servicio de salud mental	Cualitativa	Nominal
		Buena		
		Regular		

		Mala		
		Horarios de atención satisfactorios	Cualitativa	Nominal
		necesita ampliación		
		cantidad de personal adecuado	Cualitativa	Nominal
		necesita más		
		Tipo de personal con que cuentan los servicios de salud mental	Cualitativa	Nominal
		Psiquiatra		
		Psicólogo (a)		
		Médico residente		

		<p>Enfermero (a)</p> <p>Estudiante de psicología</p> <p>Estudiante de medicina</p> <p>Otro</p>		
		<p>Información recibida sobre el servicio de atención en salud mental</p> <p>Si</p> <p>No</p>	Cualitativa	Nominal
		<p>Se dedicó tiempo suficiente para explicar los tipos de servicio de salud mental</p> <p>Si</p>	Cualitativa	Nominal

		No		
Condiciones socioeconómicas	Condición económica de los usuarios de los servicios de salud mental de acuerdo a su ingreso económico, ocupación y tipo de vivienda	<p>Nivel alto: De Q 10,000.00 o más</p> <p>Nivel medio: De Q 3,001.00 a 10,000.00</p> <p>Nivel bajo: De Q 0.00 a 3,000.00</p> <p>Ocupación</p> <p>Profesional universitario Administrativo o Enfermero Maestro (a) Vendedor Piloto</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>

		Seguridad Bodeguero Agricultor Obrero- operario(a) Ama de casa Otros		
		Tipo de vivienda	Cualitativa	Nominal
		Propia Amortizando Alquilada		
Nivel educativo	Estudios realizados por el usuario de los servicios de atención en salud mental	Estudios realizados: Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Educación superior	Cualitativa	Nominal

Recolección de datos

Técnica de recolección de datos

La técnica seleccionada para el presente estudio fue la encuesta, por medio de la cual se obtuvo información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre el acceso a los servicios de salud mental; para el efecto se elaboró un instrumento (cuestionario), que recoge información sobre las variables establecidas, este se entregó a los usuarios participantes, Explicando el propósito del estudio y aclarando dudas sobre la interpretación de alguna de las preguntas.

Procedimientos para la recolección de información

En el presente estudio para la recolección de la información se consideraron los siguientes pasos:

Obtención del Aval Institucional.

La investigadora solicitó al coordinador del área de Investigación, así como al coordinador general de la Maestría en Salud Pública, una carta de presentación y solicitud del aval para la obtención de información de parte de la Directora del área de salud, de Guatemala central Dra. Ileana Rabanales; así mismo su autorización para recabar información y entrevistar a los usuarios de los centros de salud de su jurisdicción que cuentan con el servicio de atención en salud mental.

La investigadora solicitó a los directores de cada centro de salud incluido en el estudio (San Rafael, ITS (infecciones de transmisión sexual), zona 3, Santa Elena, Bethania, Justo Rufino Barrios, zona 1, 5, 6, 11 y Centro América), su aval para la realización del estudio y su autorización para pasar el cuestionario a los usuarios seleccionados.

Con base en lo anterior se obtuvo información detallada del tiempo y lugar adecuado para recabar la información a través del cuestionario, y, de acuerdo a ésta se establecieron las fechas y horarios correspondientes para las visitas de trabajo de campo a cada centro de salud y clínica periférica.

Se creó la boleta de consentimiento informado y se llevó a cabo la estandarización del instrumento para recabar la información.

Validación del instrumento.

Para la validación del instrumento de recolección de datos se aplicó el cuestionario a un número equivalente al 10 % de la muestra calculada; se realizó en centros de salud de otras áreas que también cuentan con el servicio de atención en salud mental, estos procedieron a responder las preguntas del instrumento (anexo 1); se observó la claridad en la elaboración de las preguntas y si son de fácil comprensión por los encuestados, además las dificultades de llenado y el tiempo que requirió contestarlo; se corrigieron los errores encontrados y se hicieron los ajustes pertinentes.

Identificación de los usuarios participantes y solicitud del consentimiento informado.

La investigadora visitó cada centro de salud seleccionado dentro del estudio, durante un día completo de atención (de 7 am a 3 pm), para seleccionar a los usuarios elegibles de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

La investigadora se dirigirá a cada usuario seleccionado en forma individual para plantearles con un lenguaje claro y comprensible el propósito, objetivos, importancia y utilidad del estudio. Posteriormente y habiéndose asegurado que la información fue comprendida en su totalidad, solicitó su consentimiento de participación de forma escrita, respetando su derecho a no firmar si así lo decide.

Aplicación del cuestionario a los sujetos de estudio.

La investigadora se entrevistó con los usuarios seleccionados que aceptaron participar en el estudio y les pidió que respondieran el instrumento para la recolección de datos (anexo 1), permaneciendo a una distancia razonable para no incomodar al participante, pero adecuada para poder resolver las dudas respecto del mismo. Cuando se entregó el cuestionario lleno, la investigadora le preguntó al usuario si lo completó y procedió a una rápida revisión del mismo para cerciorarse de que así fue y, en algunos casos, instó al usuario a completarlo.

Se revisó el llenado de los instrumentos aplicados.

Revisión del llenado adecuado del instrumento por la investigadora antes de retirarse del lugar de aplicación.

Posterior a la entrega de los cuestionarios llenos, la investigadora procedió a realizar una última revisión de los mismos, en cuanto al llenado adecuado, y, cuando fue necesario, abordó, nuevamente, al usuario correspondiente para que lo completara minimizando de esa forma, sesgos que pudieran presentarse al momento de la evaluación de datos; esto se realizó antes de retirarse de las instalaciones.

Sesgos del estudio

Sesgo de selección: durante el desarrollo de la investigación, cabe la posibilidad que se presente:

Sesgo de no respuesta o efecto del voluntario.

Se refiere al grado de interés o motivación que pueda tener el sujeto de estudio que participa de forma voluntaria.

Para controlar este tipo de sesgo, se le explicó a cada participante, la importancia de su participación para conocer sus opiniones, que toda la información será tratada con

absoluta confidencialidad, y que, al terminar el estudio se les dará a conocer los resultados.

Sesgos de medición.

Pueden ser de dos tipos.

Sesgo de procedimiento: se puede dar durante el proceso de desarrollo de la encuesta.

Para controlarlo, cada cuestionario contó con instrucciones precisas, para su llenado adecuado por cada participante y se cumplió con todos los pasos establecidos en el proceso de recolección de datos.

Sesgo por falta de sensibilidad del instrumento de recolección de Datos.

Se presenta cuando no se cuenta con adecuados métodos de recolección de datos, que tengan la sensibilidad necesaria para detectar la presencia de la variable en el estudio.

Para controlar este sesgo, se realizó una prueba piloto que permitió evaluar la efectividad del instrumento para fines de lo que se pretende estudiar, no fue necesario realizar cambios previos al procedimiento de recolección de datos.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos del presente estudio se consideraron los siguientes pasos:

1. Se revisó la calidad de llenado de los instrumentos de recolección de datos aplicados, previo su procesamiento.

2. Los datos recolectados se ingresaron a tablas del programa de Microsoft Office Excel 2007. Y, se elaboraron tablas y gráficas de acuerdo a cada una de las variables del estudio.
3. Se realizó análisis exploratorio de los datos de las variables del estudio.
4. Se realizó análisis univariado de los datos, utilizando estadística descriptiva; para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y para las variables cualitativas se calcularon razones y proporciones, utilizando el software Epi-info versión 7, de acuerdo a cada una de las variables de estudio.
5. Se elaboraron conclusiones y recomendaciones del estudio.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

En el presente estudio se garantizó el cumplimiento de los siguientes principios éticos:

1. Respeto por las personas y su autonomía individual, en cuanto a que la participación de los individuos en la presente investigación fue voluntaria, respetando el bienestar, derechos, creencias, costumbres, cultura y percepciones, tanto individual como colectiva, de los participantes quienes dentro de este principio firmaron un consentimiento informado de participación.
2. Beneficencia, porque no puso en riesgo la vida de los participantes y los beneficios son positivos ya que este tipo de estudios, son de utilidad para evaluar el acceso a los servicios de salud mental, y, en un futuro, ampliarlo y fortalecerlo.
3. Justicia, ya que existió una justa selección y distribución de los sujetos de estudio; todos los participantes fueron informados del propósito y el uso que se hará de los resultados, conociendo la importancia de su participación, además tuvieron la opción de no participar en el estudio si no lo deseaban, o, retirarse en cualquier momento; se respetó la privacidad de los participantes y la confidencialidad en el manejo de la información.

4. Se solicitó consentimiento informado a los sujetos que participaron en el estudio.

5. Se solicitó un dictamen al comité de ética del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, previo a la realización del estudio.

Conflicto de intereses

La investigadora declara no tener conflicto de intereses en la realización de este estudio.

CAPITULO V

RESULTADOS

Los resultados del estudio, Factores relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud mental, en el Área de Guatemala central, Municipio de Guatemala, Guatemala, durante el período de enero a junio del año 2014. Con el objetivo de evaluar los factores relacionados con la accesibilidad a dichos servicios, desde la perspectiva de los usuarios.

Con base en el modelo de Aday y Andersen, para la medición del acceso a los servicios de salud, se investigaron las variables: 1) Características sociodemográficas, 2) Características de condiciones geográficas, 3) Características culturales, 4) Características del sistema organizacional de los servicios de salud mental, 5) Condiciones socioeconómicas, 6) Nivel educativo.

1. Características Sociodemográficas

Cuadro 2. Edad, sexo y estado civil de los usuarios

Servicio de Salud	Edad %			Sexo %		Estado civil %	
	18-39	40-59	60-79	Femenino	Masculino	Soltero	Casado
Bethania	75.0	12.5	12.5	100.0	0.0	37.5	62.5
ITS	65.9	34.1	0.0	77.3	22.7	45.5	54.5
Justo Rufino							
Barrios	71.4	25.7	2.9	60.0	40.0	60.0	40.0
Zona 1	60.0	35.3	4.7	51.8	48.2	57.6	42.4
Zona 3	50.0	50.0	0.0	42.9	57.1	35.7	64.3
Zona 5	73.7	26.3	0.0	42.1	57.9	57.9	42.1
Zona 6	60.0	20.0	20.0	50.0	50.0	40.0	60.0
Zona 11	66.7	33.3	0.0	41.7	58.3	58.3	41.7

Fuente: Usuarios de los servicios de salud de los centros estudiados.

El rango de edad que presenta mayor proporción de demanda de servicios es el de 18 a 39 años, siendo Betania, Zona 5 y Justo Rufino Barrios los servicios con mayor proporción de usuarios en este rango de edad.

El 50% de los usuarios del centro de salud de la zona 3, se encuentran en el rango de 40 a 59 años.

La menor demanda del servicio se presenta en el rango de edad de 60 a 79 años, en donde, únicamente, en cuatro servicios (Betania, JRB, zona 1, y zona 6), se atendió a usuarios en este rango de edad.

En la mayoría de los servicios de salud existe un predominio del sexo femenino entre los usuarios.

Más del 50% de los usuarios de los centros de salud de zona 3 (57%), zona 5 (58%) y zona 11 (58%), fue de sexo masculino.

El 50% de los usuarios del centro de salud de la zona 6 son de sexo masculino.

El estado civil “soltero” tuvo más predominio en los servicios Justo Rufino Barrios, zona 1, zona 5 y zona 11, y, el estado civil “casado” fue predominante en el resto de servicios de salud.

2. Características de condiciones geográficas

Cuadro 3. Tiempo de traslado, distancia aproximada y tipo de transporte utilizado por los usuarios.

Servicio de Salud	Tiempo de traslado %			Distancia Aproximada%			Tipo de transporte %		
	<1hora	1 a 2 horas	>2 horas	< 10 km	11-20 km	>de 20 km	Propio	Público	Otro
Bethania	100.0	0.0	0.0	75.0	25.0	0.0	37.5	12.5	50.0
ITS	79.5	15.9	4.5	79.5	13.6	6.8	29.5	22.7	47.7
Justo Rufino Barrios	82.9	8.6	8.6	82.9	11.4	5.7	25.7	48.6	25.7
Zona 1	57.6	29.4	12.9	61.2	23.5	15.3	18.8	77.6	3.5
Zona 3	71.4	28.6	0.0	71.4	28.6	0.0	42.9	35.7	21.4
Zona 5	57.9	31.6	10.5	73.7	15.8	10.5	57.9	42.1	0.0
Zona 6	70.0	30.0	0.0	70.0	30.0	0.0	40.0	60.0	0.0
Zona 11	58.3	41.7	0.0	58.3	33.3	8.3	50.0	50.0	0.0

Fuente: Usuarios de los servicios de salud de los centros estudiados.

La mayoría de los usuarios de los servicios de salud, tarda menos de 2 horas en llegar al servicio de salud, y, únicamente, en ITS, Justo Rufino Barrios, zona 1 y zona 5, hay una proporción de usuarios que tarda más de dos horas en llegar al servicio de salud.

El 100% de los usuarios del centro de salud de la Bethania, refirió tardar menos de una hora, para trasladarse al servicio de salud.

La mayor proporción de los usuarios tiene que recorrer menos de 10 kilómetros para llegar al servicio de salud, una pequeña proporción de usuarios de ITS, Justo Rufino Barrios, zona 1 y zona 5, debe recorrer más de 20 kilómetros para llegar al servicio de salud.

Casi la mitad de todos los usuarios, utiliza el transporte público, y, más de la tercera parte, lo hace en vehículo propio; la mitad de los usuarios llega al servicio de salud de otra forma.

El 50% de los usuarios del centro de salud de la zona 11, utiliza vehículo propio para trasladarse al servicio de salud, y, la otra mitad, lo hace en transporte público.

La mitad de los usuarios del centro de salud de la Bethania, utiliza otra forma de transporte (a pie).

El 70% de los usuarios del centro de salud de la zona 6 tarda menos de una hora en trasladarse a los servicios de salud, y, recorre menos de 10 kilómetros de distancia.

3. Características culturales

Cuadro 4. Religión, atención recibida, respeto y sexo del prestador de servicios de su preferencia.

Servicio de salud	Religión %			Calificación de atención Recibida %			Lo trataron con Respeto %		Sexo del prestador de servicio de salud %	
	Católica	Evangélica	Otra	Buena	Regular	Mala	Si	No	Masculino	Femenino
Bethania	38	38	25	100	0	0	100	0	0	100
ITS	66	14	20	77	23	0	98	2	11	89
Justo Rufino Barrios	49	26	26	89	11	0	94	6	23	77
Zona 1	54	41	5	79	20	1	92	8	49	51
Zona 3	50	43	7	100	0	0	100	0	14	86
zona 5	68	32	0	84	16	0	100	0	32	68
zona 6	70	20	10	60	40	0	90	10	60	40
zona 11	58	33	8	75	25	0	92	8	75	25

Fuente: Usuarios de los servicios de salud de los centros estudiados.

En todos los servicios de salud, predominan los usuarios que profesan la religión católica y, en segundo lugar, la religión evangélica.

La mayoría de los usuarios de los servicios de salud consideran que la atención prestada fue buena. Solamente, en la zona 1, una menor proporción (1%) considera que la atención recibida fue mala.

La mayor proporción de usuarios de los servicios de salud refieren haber sido tratados con respeto.

En los servicios de salud de ITS, JRB (Justo Rufino Barrios), zona 1, zona 6 y zona 11, hubo usuarios que refieren no haber sido tratados con respeto.

La mayor proporción de los usuarios prefieren ser tratados por profesionales de sexo femenino.

Una quinta parte de los usuarios de los centros de salud de la Bethania, ITS, y JRB, profesan una religión diferente a católica y evangélica.

En el centro de salud de la Bethania el 100% de los usuarios refirió ser tratado con respeto, calificó de buena la atención referida, y, prefiere ser atendido por profesional de sexo femenino.

Una menor proporción de los usuarios de los centros de salud de zona 6 (10%), zona 1 (8%), y JRB (6%), refirió no haber sido tratado con respeto.

4. Características del sistema organizacional de los servicios

Cuadro 5. Percepción de los usuarios en cuanto a las características del sistema organizacional de los servicios.

Servicio de salud	conocimiento del servicio %		por quien se enteró %					consultas previas a referencia %			contra referencia %	
	Si	No	Médico	Familiares	Amigos	Usted mismo	Otros	Una	Dos	Tres o más	Si	No
Bethania	63	38	13	25	13	25	25	50	13	38	13	88
ITS Justo	61	39	68	7	7	11	7	55	23	23	11	89
Rufino Barrios	77	23	43	37	6	6	9	57	34	9	23	77
Zona 1	62	38	53	18	11	15	4	51	35	14	22	78
Zona 3	100	0	86	14	0	0	0	57	43	0	14	86
zona 5	68	32	32	21	16	16	16	58	42	0	16	84
zona 6	80	20	30	20	20	30	0	30	60	10	40	60
zona 11	75	25	42	33	17	8	0	33	58	8	67	33

Fuente: Usuarios de los servicios de salud de los centros estudiados.

Casi tres terceras partes de los usuarios de los servicios de salud, refirieron tener conocimientos sobre el servicio de atención en salud mental en los centros de salud evaluados, excepto en el centro de salud de la zona 3 en que se reporta un conocimiento del servicio del 100%

Un poco menos de la mitad de los usuarios de los centros de salud, se enteraron del padecimiento a través de un Médico, seguido de familiares, y, una menor proporción lo hizo por ellos mismos.

Casi la mitad de los usuarios de los servicios de salud mental de los centros de salud evaluados, fueron referidos al servicio de salud mental de cada centro de salud, en la primera consulta; y, un poco más de la tercera parte, necesitaron tres o más consultas antes de ser referidos a dicho servicio.

En los centros de salud de la zona 3 y 5, ningún usuario recibió más de dos consultas, antes de ser referido al servicio de salud mental de los mismos.

Sólo una cuarta parte de los usuarios fue referida a otro centro asistencial, para continuar su tratamiento de salud mental.

Cuadro 6. Receta de medicamentos a usuarios y atención en salud

Servicio de salud	Le recetaron medicamentos %		Donde los obtuvo %			Recibe atención en otro lugar %		Privacidad %		
	Si	No	En el servicio	En farmacia particular	Otro	Si	No	Buena	Regular	Mala
Bethania	25.0	75.0	25.0	0.0	0.0	25.0	75.0	87.5	12.5	0.0
ITS Justo	2.3	97.7	0.0	2.3	0.0	6.8	93.2	75.0	25.0	0.0
Rufino Barrios	8.6	91.4	2.9	2.9	2.9	11.4	88.6	91.4	8.6	0.0
Zona 1	34.1	65.9	22.4	9.4	2.4	12.9	87.1	64.7	34.1	1.2
Zona 3	35.7	64.3	28.6	7.1	0.0	7.1	92.9	92.9	7.1	0.0
zona 5	52.6	47.4	52.6	0.0	0.0	15.8	84.2	100	0.0	0.0
zona 6	30.0	70.0	20.0	10.0	0.0	20.0	80.0	40.0	60.0	0.0
zona 11	33.3	66.7	0.0	16.7	16.7	8.3	91.7	58.3	41.7	0.0

Fuente: Usuarios de los servicios de salud de los centros estudiados.

Alrededor de una tercera parte de los usuarios, refirió que se les recetó medicamento para su problema de salud mental, y, de estos, una cuarta parte dijo haberlos obtenido en el centro de salud y solo una menor proporción los obtuvo en una farmacia particular.

La mayoría de los usuarios de los servicios de salud, reciben tratamiento en el centro de salud y solo una décima parte, lo hace en el centro de salud y en otro lugar, lo que va de acuerdo con lo mencionado por algunos Psicólogos prestadores del servicio, en cuanto a que algunos casos son referidos al Hospital Nacional de Salud Mental, para ser evaluados por un Psiquiatra y que se les provea de los medicamentos necesarios, para su tratamiento; no en todos los centros de salud que prestan el servicio de salud mental, se cuenta con Psiquiatras, (esto se evaluará en el siguiente cuadro).

Tres cuartas partes de los usuarios refirieron como buena la privacidad en cuanto a la atención de salud mental, casi una cuarta parte, la refirió como regular y solo un 1 %, dijo que era mala, específicamente, en el centro de salud de la Zona 1, en donde también una menor proporción de usuarios refirió que no se sintió respetado durante la atención en salud mental; en este centro de salud se atiende a un alto % de la población que cubre el Área de Guatemala central.

Cuadro 7. Opinión de los usuarios en cuanto al horario de atención y número de personal con que cuentan los servicios

Servicio de salud	horario de atención %		Personal %	
	Satisfactorio	Necesita Ampliación	Adecuado	Necesita más
Bethania	50.0	50.0	62.5	37.5
ITS	81.8	18.2	81.8	18.2
Justo Rufino Barrios	85.7	14.3	91.4	8.6
Zona 1	47.1	52.9	47.1	52.9
Zona 3	85.7	14.3	92.9	7.1
zona 5	100.0	0.0	100.0	0.0
zona 6	50.0	50.0	50.0	50.0
zona 11	75.0	25.0	58.3	41.7

Fuente: Usuarios de los servicios de salud de los centros estudiados.

La mayoría de los usuarios considera que el horario de atención es satisfactorio.

La mayor proporción de los usuarios, considera que el personal encargado en el servicio de salud es adecuado.

El 50% de los usuarios de los centros de salud de la Bethania y de la zona 6, considera que el horario de atención necesita ampliarse.

Más de la mitad de los usuarios del centro de salud de la zona 1, (52%), reportaron que el horario de atención necesita ampliarse.

El 100% de los usuarios del centro de salud de la zona 5, considera que el horario de atención es satisfactorio y el número de personal adecuado.

Cuadro 8. Tipo de personal presente en el servicio

Servicio de salud	Psiquiatra %		Psicólogo %		Médico residente %		Enfermero %		Estudiante de Psicología %		Estudiante de Medicina %	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Bethania	0.0	100.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	87.5	12.5	0.0	100
ITS	0.0	100.0	100.0	0.0	100.0	0.0	90.9	9.1	0.0	100.0	0.0	100
Justo												
Rufino	57.1	42.9	97.1	2.9	94.3	5.7	2.9	97.1	0	100	0.0	100
Barrios												
Zona 1	92.9	7.1	94.1	5.9	88.2	11.8	3.5	96.5	0	100	1.2	98.8
Zona 3	0.0	100.0	92.9	7.1	100.0	0.0	42.9	57.1	0	100	0.0	100
zona 5	0.0	100.0	84.2	15.8	100.0	0.0	0.0	100	0	100	0	100
zona 6	0.0	100.0	100.0	0.0	70.0	30.0	0.0	100	0	100	0	100
zona 11	0.0	100.0	75.0	25.0	75.0	25.0	0.0	100	0	100	0	100

Fuente: Usuarios de los servicios de salud de los centros estudiados.

Una quinta parte de los usuarios, refirió que cuenta con Psiquiatra, y, de estos, la gran mayoría recibe atención en el servicio de salud mental, que brinda el centro de salud de la Zona 1, en donde efectivamente cuentan con Psiquiatra dentro del personal que presta el servicio de salud mental.

La mayoría, de los usuarios considera que cuentan con Psicólogo, estudiante de Psicología, médico residente y que no cuenta con Psiquiatra.

En el centro de salud de Bethania, todos los usuarios consideraron que cuentan con personal de enfermería, mientras que en el centro de salud ITS, casi todos, y en el centro de salud de la Zona 3, un poco menos de la mitad, considera que cuenta con este personal.

Únicamente en el centro de salud Bethania, la mayoría (87 %), de los usuarios considera que cuenta con estudiantes de Psicología.

Solo el 1% de los usuarios del centro de salud de la zona 1, considera que cuentan con estudiante de medicina.

Cuadro 9. Calificación de los usuarios sobre la información brindada, en cuanto a la atención que presta el servicio de salud mental.

Servicio de salud	información amplia		tiempo de información %	
	Si	No	Si	No
Bethania	87.5	12.5	87.5	12.5
ITS	90.9	9.1	93.2	6.8
Justo Rufino Barrios	91.4	8.6	94.3	5.7
Zona 1	88.2	11.8	85.9	14.1
Zona 3	100	0	100	0
zona 5	100	0	100	0
zona 6	70.0	30.0	70.0	30.0
zona 11	91.7	8.3	91.7	8.3

Fuente: Usuarios de los servicios de salud de los centros estudiados.

La mayoría de los usuarios de los servicios de salud, considera que se les brindó una amplia información respecto de la atención que se brinda y los diferentes tipos de atención con que cuentan los servicios de salud mental, en los centros de salud evaluados en el estudio, así como que se les dio tiempo suficiente para la misma.

Una tercera parte de los usuarios del centro de salud de la zona 6, reportó no haber recibido una amplia información respecto de los servicios que se prestan, así como que, se les brindara tiempo suficiente para la explicación de los tipos de atención que se ofrecen.

Todos los usuarios de los centros de salud de la zona 3 y 5 consideraron que se les dedicó tiempo suficiente para explicar los servicios que ofrecen, y que, la información fue amplia al respecto.

5. Condiciones socioeconómicas

Cuadro 10. Condición socioeconómica de los usuarios.

Servicio de salud	ingreso económico %			Tipo de vivienda %		
	Alto	Medio	Bajo	Propia	Amortizado	Alquilada
Bethania	0.0	12.5	87.5	50.0	0.0	50.0
ITS	0.0	15.9	84.1	31.8	0.0	68.2
Justo						
Rufino						
Barrios	0.0	22.9	77.1	51.4	2.9	45.7
Zona 1	3.5	17.6	78.8	30.6	16.5	52.9
Zona 3	7.1	42.9	50.0	64.3	0.0	35.7
zona 5	31.6	36.8	31.6	26.3	15.8	57.9
zona 6	20.0	50.0	30.0	10.0	40.0	50.0
zona 11	0.0	50.0	50.0	66.7	8.3	25.0

Fuente: Usuarios de los servicios de salud de los centros estudiados.

La mayoría de los usuarios, refiere tener un ingreso mensual bajo, (no mayor a Q 3000.00); y sólo una menor proporción, específicamente, en zona 5 (31%), y en zona 6 (20%), refiere un ingreso mensual alto (mayor a Q 10,000.00).

La proporción de usuarios que alquila una casa es similar a los que viven en casa propia; y, sólo una quinta parte, se encuentra en proceso de amortización de la misma.

En el centro de salud de la zona 5, la proporción de ingreso mensual, fue de 32%, 37%, y, 32% para alto, medio y bajo, respectivamente.

Más del 60% de los usuarios de los centros de salud de la zona 3 (64%) y de la zona 11 (67%), respectivamente, reportaron vivir en casa propia.

La mitad de los usuarios del centro de salud de la Bethania tiene casa propia, y, la mitad en casa alquilada.

Sólo el 10 % de los usuarios del centro de salud de la zona 6, vive en casa propia.

Casi el 90% de los usuarios del centro de salud de la Bethania (87%), y, más del 80% del centro de salud de ITS (84%), reportaron un ingreso mensual bajo

Cuadro 11. Ocupación de los usuarios.

Servicio de salud	Ocupación %										
	Profesional Universitario	Administrativo	Maestro	Vendedor	Piloto	Seguridad	Bodeguero	Agricultor	Obrero-operario	Amade casa	Otros
Bethania	12.5	12.5	0.0	0.0	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	62.5	0.0
ITS	0.0	0.0	4.5	2.3	11.4	0.0	0.0	0.0	0.0	63.6	18.2
Justo											
Rufino											
Barrios	11.4	0.0	0.0	11.4	17.1	2.9	2.9	0.0	0.0	34.3	20.0
Zona 1	12.9	4.7	0.0	0.0	14.1	7.1	7.1	12.9	5.9	31.8	3.5
Zona 3	0.0	21.4	21.4	0.0	28.6	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	14.3
zona 5	15.8	26.3	10.5	15.8	15.8	0.0	0.0	15.8	0.0	0.0	0.0
zona 6	20.0	10.0	0.0	10.0	0.0	10.0	10.0	0.0	0.0	40.0	0.0
zona 11	33.3	16.7	0.0	16.7	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7

Fuente: Usuarios de los servicios de salud estudiados

Casi una tercera parte de los usuarios de los servicios de los centros de salud evaluados, reportan como ocupación, ama de casa, seguido por piloto y profesional universitario, respectivamente.

Más del 50% de los usuarios del centro de salud ITS (infecciones de transmisión sexual), (64%), reportan como ocupación, ama de casa, y, un 18% refiere tener ocupaciones diferentes a las descritas.

Una proporción menor de usuarios de los centros de salud de la zona 5 (15%) y zona 1 (13%), respectivamente, reportaron la ocupación de agricultor. El 33% de los usuarios del centro de salud de la zona 11, reportaron tener ocupación como profesional universitario, y ninguno reportó ocupación de ama de casa.

Únicamente, en los centros de salud de la zona 5 y zona 11, no se reportó ocupación ama de casa.

6. Nivel Educativo

Cuadro 12. Escolaridad de los usuarios.

Servicio de salud	Escolaridad %					
	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Educación superior
Bethania	25.0	12.5	0.0	12.5	50.0	0.0
ITS	22.7	22.7	25.0	11.4	15.9	2.3
Justo						
Rufino	20.0	22.9	17.1	2.9	20.0	17.1
Barrios						
Zona 1	3.5	23.5	45.9	2.4	8.2	16.5
Zona 3	21.4	0.0	14.3	7.1	28.6	28.6
zona 5	0.0	0.0	15.8	0.0	0.0	84.2
zona 6	10.0	30.0	20.0	10.0	10.0	20.0
zona 11	0.0	0.0	0.0	8.3	33.3	58.3

Fuente: Usuarios de los servicios de salud de los centros estudiados.

Aproximadamente, una tercera parte de los usuarios de los servicios, ha recibido educación universitaria; seguido por secundaria completa; y, en una proporción similar, primaria completa; sólo una menor proporción de los usuarios, carece completamente de la misma.

La mayoría de los usuarios de los servicios reportan tener educación universitaria en rango de 2.3% a 84%, y, sólo en el centro de salud de la Bethania no se encontró ningún usuario con este nivel de educación.

Más del 50% de los usuarios del centro de salud de la zona 11, reportan tener educación universitaria, y, más de la tercera parte reportan tener secundaria completa.

Dos terceras partes de los usuarios del centro de salud de la zona 1, reportan tener solamente educación primaria, y, sólo un 16% reporta tener educación universitaria.

El 84% de los usuarios del centro de salud de la zona 5, reportaron tener educación universitaria y el 16% reportó tener primaria completa.

El 50% de los usuarios del centro de salud de la zona 6, reportó tener educación primaria completa (30%) y secundaria completa (20%).

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y ANALISIS

Se presenta el análisis y discusión de resultados del estudio, Acceso a los servicios de salud mental en el Área de Salud de Guatemala Central, municipio de Guatemala, Guatemala durante el período de enero a junio del año 2014, cuyo objetivo fue evaluar los factores relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud mental en el área de salud de Guatemala Central, del municipio de Guatemala, Guatemala.

El modelo utilizado para el análisis de los datos del estudio es el de acceso a los servicios de salud –Modelo de Aday y Andersen, que plantea dentro de un marco teórico, cómo influyen las políticas de salud, en las comunidades y en el sistema de prestación de servicios, además cómo se relacionan las características del sistema de atención con la población demandante, para que la utilización de los servicios sea efectiva y al mismo tiempo, satisfaga las necesidades de los usuarios; a pesar de su importancia, en este estudio, dejaremos fuera la dimensión de las políticas de salud. (21)(26)(28)

El análisis y discusión de los resultados del estudio se organizan y presentan de acuerdo a las variables estudiadas: 1) Características sociodemográficas, 2) Características de condiciones geográficas, 3) Características culturales, 4) Características del sistema organizacional de los servicios de salud mental, 5) Condiciones socioeconómicas, 6) Nivel educativo.

Para fines de este estudio, acceso, se define como “recibir servicios de salud imparciales al tratamiento disponible que se indique médicamente, sin considerar su origen étnico, creencia, sexo, estado civil, estatus social y origen”. (6)(22)(2)

Los usuarios de los servicios de salud mental, en los diferentes centros de salud evaluados, la mayoría se encuentra en el rango de edad de 18 a 39 años, el sexo predominante en los usuarios es el femenino, la diferencia entre usuarios de los servicios para el estado civil, casado(a) y soltero(a), fue muy baja, siendo mayor la segunda, tomando en cuenta que dentro de los “solteros”, se incluyen a quienes están

unidos, sin haberse casado, la gran mayoría, vive cerca del centro de atención, utilizan menos de dos horas para trasladarse y casi la mitad utiliza el transporte público.

La religión que prevalece entre los usuarios de los servicios de salud es católica, la gran mayoría considera que se les brindó una buena atención y que fueron tratados con respeto, más de la mitad prefieren ser atendidos por personal de sexo femenino, y, la mayoría, conocían del servicio de salud mental en su respectivo centro de salud, casi la mitad, se enteró que padecían un problema de salud mental, por un médico, y, fueron referidos al servicio de salud mental en la primera consulta, solo una cuarta parte fue referida a otro centro asistencial, para continuar su tratamiento, a una tercera parte, se les recetó medicamento, y, de éstos, una cuarta parte lo obtuvo en el centro de salud.

Una pequeña proporción, recibe tratamiento para el mismo problema, en el centro de salud y otro lugar al mismo tiempo, (la mayoría en el Hospital Nacional de Salud Mental), la mayoría calificó como buena, la privacidad al ser atendidos, además, la mayor proporción, considera que tanto el horario de atención, como que el personal encargado es adecuado, y que, los servicios de salud mental, cuenta con Psicólogo, estudiante de Psicología y médico residente, una menor proporción refiere que también cuenta con Psiquiatra, la mayoría de estos, atendidos en el centro de salud de la zona 1, que realmente cuenta con Psiquiatra.

La mayoría consideró que se les brindó amplia información sobre la atención que se presta en el servicio y se les dio el tiempo suficiente para la misma, la mayoría, además, refiere tener un ingreso mensual bajo, y, en cuanto al tipo de vivienda, una proporción similar dijo vivir en casa propia y alquilada, la mayoría refirió como ocupación ama de casa, y, tener educación universitaria.

Características Sociodemográficas

Para fines de este estudio, la variable, características sociodemográficas, se define como: Características que sirve para distinguir a los usuarios de sus semejantes y para identificar los principales rasgos demográficos y sociales de la población a la que pertenecen.

Guatemala, para el año 2013, tuvo una población de 15.468.203 personas, lo que corresponde a un aumento de 385.372 habitantes respecto a 2012, en el que el grueso de la población fue de 15.082.831 personas. La base de la pirámide poblacional es más ancha que la cúspide. El grupo poblacional de 0 a 14 años representa el 41.6% del total de la población, la población entre 15 y 29 años representa el 28.1%, entre 30 y 64 años representan el 26.0% y la población mayor de 65 años representa el 4.3%; según los datos obtenidos del documento Guatemala. Observatorio de Salud Urbana (2013) (77).

La OMS, indica en su informe basado en datos del IESM-OMS 2011, que más del 60% de los usuarios de los servicios de salud mental, son mujeres, y, en su mayoría jóvenes, se comprueban características similares, en otros países de Centro América como Honduras y Nicaragua. En relación al estudio que nos ocupa, la mayoría de los usuarios son de sexo femenino y se encuentran en el rango de edad comprendido entre 18 a 39 años, respecto al estado civil, la proporción fue similar, y aunque por poco prevaleció el estado “soltero”, puede deberse al hecho de que en la encuesta, dentro de este rubro se incluían los que están unidos, sin estar casados; lo que concuerda con el informe ya mencionado (3).

En Colombia según el Estudio Nacional en Salud mental, se replican los resultados en cuanto al sexo, predominantemente, femenino, y, el rango de edad, de igual manera el estado civil, en donde prevaleció el estar casado o en unión libre (11), iguales resultados, refleja el estudio de Gerlero S, sobre salud mental y atención primaria en Argentina, en donde más del 60% de las personas que buscan atención son mujeres jóvenes (6).

Como lo refiere el estudio de Cavalcanti MT, Criterios de admisión y continuidad de cuidados en centros de atención psicosocial, en Rio de Janeiro, desde 1996, se inició en el programa de CAPS (centros de atención primaria en salud), en la ciudad, actualmente, hay 10 CAPS de adultos, y en el 2007, de los 3,246 usuarios, la gran mayoría jóvenes de ambos sexos, prevaleciendo el femenino, comprendido en las edades entre 30 y 49 años (7), lo que concuerda con lo encontrado en este estudio, en cuanto a las características sociodemográficas.

En otros estudios como el de Tames Gonzáles S, en cuanto a la adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal, enfatiza que para la clase de nivel socioeconómico medio, el estar casado o unido es un factor importante, para acceder a los servicios de salud, y que los factores sociodemográficos son barreras importantes para el acceso a los servicios de salud (50).

Según el análisis de la utilización de los servicios y los factores relacionados, a nivel mundial, se concluye que las mujeres son las que más consultan, que los grupos de edad extremos son quienes más utilizan los servicios de salud, y, las madres solteras como grupo familiar consultan más, esto lo refiere el estudio de Rodriguez Acosta, en cuanto a barreras y determinantes en el acceso a los servicios de salud, en Colombia (59),indica además que, más de la mitad de los usuarios son mujeres, con edad promedio de 39 años, lo que coincide con este estudio que hoy nos ocupa.

En otros estudios como el de Secien-Palacin J, respecto a satisfacción de los usuarios de salud; factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados en Perú, se estableció que, en cuanto a los usuarios de los centros de salud, los menores de 29 años ocuparon un poco menos de la tercera parte, otra tercera parte entre 30 y 49 y un poco más de la tercera parte restante, arriba de 50 años, en este aspecto difiere un poco de los datos obtenidos en este estudio, ya que la proporción de usuarios mayores de 50 años, fue muy baja; igualmente, el mayor porcentaje de usuarios es de sexo femenino 58%, y, un 65% están casados o unidos (67).

Latinoamérica, comparte similares condiciones, en muchos aspectos, y, las características sociodemográficas no son la excepción; población en su mayoría joven, mayor proporción de mujeres, y, en cuanto a estado civil, prevalece estar casado o en unión libre; información que se comparte con los resultados, obtenidos en este estudio, y, que nos permite aprovechar los procesos iniciados hace algún tiempo en otros países del área, para comparar y evaluar los propios.

Características de las condiciones geográficas

Para fines de este estudio, la variable característica de las condiciones geográficas, se define como: Medida de tiempo relacionada con la distancia, y tipo de transporte utilizado, para tener acceso desde el lugar de residencia al servicio de salud mental.

La cercanía de los servicios de salud mental, a la población, y, la mayor cantidad de profesionales de la salud en los servicios, facilita el acceso a los mismos, según lo registra el informe Salud mental en la Atención Primaria, 2009. (73)

En Guatemala, el 49% de la población vive en áreas urbanas, siendo la tasa de urbanización equivalente a 3.4% anual, por consiguiente, la población de las áreas urbanas presenta mayor acceso a los servicios de salud, Guatemala. Observatorio de Salud Urbana. (77)

En este contexto, cuando se evalúan las características de condiciones geográficas, se define distancia como “intervalo de lugar o de tiempo que media entre dos cosas”, pudiéndose medir como dimensión temporal y espacial, y accesibilidad como “la habilidad para alcanzar diferentes localizaciones” como se presenta en el estudio de Villareal E, sobre la evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. Atención Primaria (62).

Según el informe sobre el acceso de los servicios de salud en Guatemala, para la OMS, el acceso físico adecuado a un servicio de salud, es aquel que queda a menos de 60 minutos de viaje. Esto concuerda con los resultados obtenidos en este estudio, en donde la mayoría de los usuarios utilizan menos de dos horas para trasladarse a los servicios de salud, y, de estos, un alto porcentaje, lo hacen en menos de una hora.

En el Centro de salud Bethania, el 100% de los usuarios refirió tardar menos de una hora para llegar al servicio, a pesar de que un 25% de los mismos, indicó que debe recorrer de 11 a 20 kilómetros de distancia, probablemente, debido a que su ubicación es céntrica y posee alta afluencia de transporte público; de igual manera una tercera

parte de los usuarios refirió utilizar vehículo propio para trasladarse a los centros de salud.

Sin embargo, en los datos recabados por Gragnolati y Marini en el 2003, menciona que solo el 10% de la población adulta, reportada enferma, viajaba por un lapso menor a una hora para llegar a los servicios de salud, los ladinos contaban con acceso a los servicios de salud en un 12%, comparado con los indígenas, 9%, (área rural), mientras que en el área urbana es de 14% y 8%, respectivamente, en el área rural el acceso se dificulta aún más por las precarias condiciones de la población y el alto costo del transporte, ya que la gran mayoría de los servicios de salud se concentran en las áreas urbanas (22),

En el presente estudio, se evaluaron 8 centros de salud, ubicados en el municipio de Guatemala, con una población predominantemente ladina, en donde la mayoría de los usuarios, utilizan menos de 2 horas para trasladarse a los servicios, recorren menos de 10 kilómetros y el 50 % utiliza vehículo propio para transportarse, lo que concuerda con los resultados de los estudios mencionados.

El municipio de Guatemala, con una población de casi un millón de habitantes, y una extensión 223 kilómetros, cuenta con pocos centros de salud, y a pesar de ser área urbana, en algunos centros es difícil el acceso, por no contar con suficientes unidades del transporte público, lo que redundaría en mayor tiempo para trasladarse a los servicios, como en el caso de los centros de salud de ITS, Justo Rufino Barrios y Zona 5, en donde una menor proporción, recorre más de 20 kilómetros, para trasladarse a los servicios de salud.

El 50% de los usuarios, afirmó caminar, hacia el centro de salud ya que recorre menos de 10 kilómetros de distancia; esto probablemente se deba a que algunos centros de salud que se ubican en áreas densamente pobladas, como la zona 21, 7, y 3, respectivamente.

En el estudio de Cavalcanti MT, en la ciudad de Río de Janeiro, se informa que la mayoría de la población de la ciudad, no tiene acceso a los CAPS ya que sólo cuenta

con 13, para atender a 6 millones de habitantes (7), en el estudio en Colombia sobre tres municipios de Antioquia por Silvia Henao H, el costo y la distancia para desplazarse hacia los lugares de la prestación de los servicios, se presenta como una barrera al acceso de los mismos por la población (12).

El lugar de residencia puede ser una barrera geográfica, según estudio en los pobladores de Rabinal, Guatemala, sobre las barreras de acceso a los servicios de salud en el año 2007, y, se refiere en especial a mujeres embarazadas que a veces, prefieren utilizar la ayuda de las comadronas para dar a luz a sus hijos, la falta de transporte es otra barrera para el acceso a los servicios (13).

La ciudad de Guatemala es una urbe que acoge a una quinta parte de la población del país, y, comparte características con otras ciudades similares de la región Latinoamericana, lo que explica las similitudes en los resultados de este estudio, con los ya mencionados en cuanto a tiempo, distancia y transporte utilizado para acceder a los servicios de salud.

Características culturales

Para fines de este estudio, las variables características culturales, se definen como: Aspectos referentes a las costumbres, creencias y preferencias de los usuarios de los servicios de salud mental que influyen en la accesibilidad; la religión que profesa, la cual tiene influencia en su visión de la atención; el buen trato, percibido a lo largo del contacto que ha mantenido el usuario con el personal del centro de salud; y, el grado de confianza, según el sexo del oferente de los servicios.

Cuando hablamos de cultura, uno de los principales problemas es la adecuación de la información existente y su transformación a datos analizables. Existe mucha información en el entorno cultural, sin embargo, la mayoría no es exportable a datos y, en consecuencia, susceptible de convertirse en indicadores válidos, las diferencias culturales, económicas y sociales existentes en los diferentes países marcan diferencias territoriales sustanciales que imposibilitan fijar un marco global único para las estadísticas culturales, de acuerdo con el estudio de Torres E, en cuanto a la equidad

en materia de salud vista con enfoque étnico (75) y Carrasco Arroyo S, en el estudio Medir una Cultura. Una tarea inacabada (49).

La población indígena equivale al 40.6 % de la población, y, en su mayoría, viven en el área rural, y, la sub-utilización de los servicios de salud, también se explica por la falta de pertinencia cultural, ya que en Guatemala la población Maya tiene concepción diferente a la de la población ladina, como lo explica el informe nacional de desarrollo humano, Guatemala, en lo referente al acceso y pertinencia cultural de los servicios de salud. (22)

En el estudio efectuado en Rabinal, Guatemala, con la población indígena, en cuanto a barreras en el acceso a los servicios (13), los resultados muestran discriminación por raza, dificultades para movilizarse por la distancia de los centros de salud, falta de transporte público (es escaso), barreras por no hablar el idioma, pocos ingresos económicos y no ser tratados con respeto.

En este aspecto, se acentúan los resultados obtenidos en este estudio, realizado en el municipio de Guatemala (área urbana), y, con población, en su mayoría ladina, en donde la mayoría de los usuarios refirió haber sido tratado con respeto.

Se evaluó, la religión que se profesa, la perspectiva en cuanto a calificar la atención recibida y la predilección por el sexo del prestador de los servicios, encontrándose, en la mayoría, que predomina la religión católica, calificó como buena la atención recibida y prefieren ser tratados por profesionales de sexo femenino, esto puede deberse a estereotipos con respecto a que la profesión de Psicología se asocia más con el sexo femenino y concuerda con que en los centros evaluados la mayor proporción de prestadores del servicio, son de sexo femenino .

En un estudio en Colombia sobre la percepción de los usuarios de servicios en tres municipios de Antioquia, se hace alusión a la importancia de los factores sociales y culturales en cuanto a la etiología de los problemas de cada municipio y la percepción de la atención brindada, siendo similar en los tres, además se refiere a la percepción de que los prestadores de los servicios, los consideran pacientes de difícil manejo y con

base en esto se pone de manifiesto, el estigma que tienen que soportar los pacientes con problemas mentales, esto también tiene que ver con la percepción de familiares, funcionarios y la sociedad en general.

La imposibilidad de los usuarios para expresar el problema que los aqueja es otra barrera para el acceso a los servicios (12), difiere con los resultados obtenidos en este estudio, ya que la mayoría de los usuarios de los servicios, refirieron como buena la atención recibida.

Por razones culturales, muchas veces los usuarios prefieren no utilizar los servicios de los centros de salud, además refieren malos tratos al dar a luz en el caso de mujeres, y, discriminación por ser indígenas y, además, por no hablar el idioma español (13).

Los problemas de salud mental son causa y consecuencia de exclusión, según el colectivo Aranteko 2010, y, generalmente, afecta la vida social, educativa y profesional de las personas, porque genera aislamiento, soledad sufrimiento y marginación, por lo mismo, al mejorar la salud mental, se favorece la integración social y su promoción, lo que ha sido mencionado en el estudio Guatemala, observatorio de Salud Urbana 2013. (77)

De igual forma es importante mencionar la situación de las mujeres, que por patrones culturales, juegan un rol desigual respecto de los hombres, ya que son ellas las que se ocupan de las labores domésticas y el cuidado de los niños, por lo que están expuestas a las tensiones y dificultades que genera la vida familiar y en pareja, además, como lo indica la OPS, en el documento sobre el contexto sociopolítico, económico y cultural en 2005, son ellas las que tienen menos acceso a los servicios de salud, salud mental y salud reproductiva, debido al estancamiento de la pobreza y la baja capacidad de ingresos en las familias. (77)

Estas desigualdades en cuanto a los roles también tienen que ver con el uso del poder dentro de la familia, que se evidencia en el incremento de la violencia física, psicológica, sexual y patrimonial, contra las mismas, igualmente, en el ámbito público y laboral, estas características aumentan las experiencias traumáticas entre los miembros de la

familia, especialmente, los niños, y generan trastornos de ansiedad, angustia y de estrés postraumático (77).

En General, cuando se habla de cultura en los países de Latinoamérica, se refiere, primordialmente, a la raza indígena, con costumbres y creencias muy diferentes a la de la población ladina, y en los estudios mencionados, se comparten estas características, de acuerdo a la percepción de los indígenas; pero en este estudio los resultados, no desmienten lo anterior, porque la gran mayoría de la población del Municipio de Guatemala son ladinos y los usuarios de los servicios de salud mental, en su mayoría profesan la religión católica, calificaron de buena la atención recibida y se sintieron respetados.

Sistema organizacional de los servicios de salud mental

Para fines de este estudio, la variable, Sistema organizacional de los servicios de salud mental, se define como: Aspectos de tipo organizacional, de los servicios de salud mental que influyen en la accesibilidad de acuerdo a la perspectiva del usuario.

El MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) es el principal productor público de servicios de salud ya que atiende al 27% de la población. Sus servicios se dividen en tres niveles de atención y cuenta con alrededor de 1,367 instituciones prestadoras de servicio en todo el país; en el primer nivel, la población obtiene los servicios básicos a través de puestos de salud, centros comunitarios y ONGS. (47)(48)

En el segundo nivel, se prestan servicios de salud ampliados, dirigidos a resolver problemas de pacientes referidos del primer nivel, por demanda o por urgencia, aquí se sitúan los centros de salud y hospitales generales; en el tercer nivel los servicios de salud de alta complejidad, dirigidos a pacientes referidos de los niveles anteriores o que acudan de forma espontánea, lo que se describe en el estudio de Flores para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ¿Hacia dónde vamos? en 2008 (48).

En este estudio, se evaluaron 8 centros de salud, ubicados dentro del área urbana en el municipio de Guatemala, en las diferentes zonas de la ciudad, con una población ladina

en su mayoría y que cumple con los criterios mencionados en este y otros estudios referentes al acceso a los servicios de salud mental, lo que nos evidencia las similitudes de los sistemas de salud de la región; Según el informe sobre el sistema nacional de salud mental en Guatemala 2011. (1)

Los servicios de salud mental llegan a una minoría de las personas, quienes luego tienen dificultades para para adquirir los medicamentos necesarios, aunado al hecho de que la mayoría de infraestructura y recurso humano, se haya concentrada en el municipio de Guatemala, en donde se ubica menos del 10% de la población, como lo expresa el informe, Guatemala, observatorio de salud urbana (77).

La mayoría de los usuarios encuestados para este estudio, tenía conocimientos sobre los servicios de atención en salud mental, de sus respectivos centros de salud, además, casi la mitad de enteraron de su padecimiento por un médico, fueron referidos al servicio de salud mental en la primera consulta, y, alrededor de la tercera parte se le recetó medicamento, pues sólo la cuarta parte obtuvo en el centro de salud, lo que concuerda con las referencias presentadas.

No debemos olvidar que, actualmente, no existe una legislación sobre la salud mental, el gasto en salud mental, para el 2011, era menos del 1% del presupuesto de atención del ministerio de salud y de este el 96%, se deriva al gasto de hospitales psiquiátricos, y, solo el 4 % restante en acciones de prevención, promoción y rehabilitación (77). La población también acude a los hospitales públicos para los problemas de salud que tienen una mayor complejidad y conllevan el mayor costo de atención.

La ENCOVI 2000 identificó que aún los quintiles más ricos de la población asisten a un hospital público. Sin embargo, es importante notar que la población en el estrato de mayor pobreza no acude a los hospitales públicos con la frecuencia en que acuden los estratos económicos superiores. Lo anterior ocasiona que el subsidio, neto del gasto público, en la red de hospitales del -MSPAS- se destine en un 29% para el 40% de la población más pobre, mientras que un 40% beneficia al 40% del estrato más rico, como lo refiere el estudio de Flores 2008, el Sistema de Salud de Guatemala ¿Así funcionamos? (48).

Como ya mencionamos, la atención a nivel nacional, se divide en tres niveles de atención, en el primero se cuenta con 969 puestos de salud, en el segundo 257 centros de salud, de estos, 230 son de tipo B (no cuentan con encamamiento) y todos los centros de salud que se evaluaron en este estudio pertenecen a este nivel, en el tercero se cuenta con 44 hospitales, entre departamentales y regionales, en el total de todos los niveles se cuenta con 1,367 servicios de atención, así lo informa el Informe sobre el perfil del Sistema de Salud Guatemala (25).

En los últimos 20 años, se graduaron casi 400 médicos generales por año, y, de estos, los del 80 % egresaron de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sin embargo se debe hacer notar que desde hace 10 años la proporción de médicos por población se ha mantenido, gracias a los egresados de las universidades privadas, ya que en este tiempo también ha disminuido, gradualmente, el número de médicos egresados de la USAC. (48)

En cuanto al personal de enfermería, para el año 2006, se contaba con un total de 5,800 enfermeras profesionales, sin embargo, la proporción de enfermeras por cada 10,000 habitantes, prácticamente, no ha cambiado en los últimos 20 años (de 3 por cada 10.000 en el año 1986 a 4 por 10.000 en el año 2005), respecto de los auxiliares de enfermería, la proporción por cada 10,000 habitantes se incrementó de 11 en el año de 1986 a 18 en el año 2006. (48)

Dentro del personal que labora en el -MSPAS-, el 32% participa, directamente en la prestación de servicios de salud, y, de estos solo el 9% es personal médico, además la disparidad en el recurso humano que atiende al resto de la población, rural, que es la gran mayoría se acrecienta, porque la mayoría de servicios privados de salud y el IGSS, también se encuentran concentrados en el Departamento de Guatemala, esto implica grandes diferencias entre el acceso a los servicios de salud entre la población que reside en el Departamento de Guatemala y la que reside en el resto del país (48).

Existen desigualdades de condiciones de vida de la población, aún dentro de las áreas urbanas, generalmente, diferencias de tipo socioeconómico; se pueden identificar grupos poblacionales particulares más vulnerables y con mayores desventajas. En este

estudio, así como en el efectuado en varios conglomerados urbanos de la región Centro de Argentina en el año 2010 por Gerlero S, salud mental y atención primaria (6), país que nos lleva ventaja en el proceso de descentralización de la salud mental, igualmente, afrontan el problema de la falta de información consistente en cuanto a las necesidades de los usuarios, datos sociodemográficos y servicios prestados.

De igual forma la mayoría de los centros evaluados cuenta con espacios adecuados para la atención de los problemas de salud mental y cuentan con condiciones de privacidad adecuadas, como reportó la mayoría de los usuarios que se encuestaron para el presente estudio.

La referencia a los servicios de salud mental se efectúan de acuerdo al espacio disponible en las agendas de los profesionales prestadores del servicio en su mayoría, con un tiempo de espera entre una y dos semanas; los tipos de atención que se brindan son similares, y, sólo una menor proporción de los servicios cuenta con tratamientos farmacológicos.

A diferencia de lo evidenciado en este estudio, la mayoría de los centros reciben y derivan pacientes a otras organizaciones, hospitales, centros de salud, programas sanitarios y otros, incluso fuera del sector específico y mantienen contactos interinstitucionales en torno a la circulación de los usuarios; sin embargo, en la gran mayoría no existen registros de referencia y contrareferencia de forma escrita, lo que coincide con lo que sucede en Guatemala (6).

En el estudio, respecto de los beneficios de facilitar el acceso a los tratamientos psicológicos, por Saforcada E, Psicología y salud pública (6), se señala la importante labor que desempeñan los profesionales de la psicología, para el tratamiento de muchos problemas de tipo psicosocial, que consultan a los servicios de atención primaria, lo que concuerda con lo encontrado en este estudio.

En Colombia un estudio realizado sobre la percepción de los usuarios, respecto de los servicios de salud mental, prestados en tres diferentes municipios de Antioquia, obtiene resultados que concuerdan con los datos de estudios similares, en cuanto a la poca sistematización de los datos de los pacientes.

En oposición a lo evidenciado en el presente estudio, existe un alto índice de referencia de pacientes al hospital mental de Antioquia, perciben que el acceso ha desmejorado con la reforma del sistema de salud, y que, esto, se debe a fallas en el sistema, más que a los prestadores de los servicios.

En todos los municipios se percibe carencia de presupuesto y de personal calificado para la atención, en esto último hay diferencia con los resultados encontrados en este estudio, en donde se percibe que el número de personal que atiende los servicios es adecuado y calificado, para la mayoría de los usuarios, también difiere en cuanto que en el estudio en cuestión la mayoría de los usuarios, refiere que desconoce sobre los servicios de salud mental que se prestan (12).

Los resultados en el estudio de la población de Rabinal, confirma, el hecho de que los puestos y centros de salud son insuficientes para la población, y, no cuentan con los insumos necesarios para la atención, además de que hace falta personal calificado para dar un mejor servicio, esto concuerda con estudios realizados en Perú y Haití, estudio de Seclén-Palacin en cuanto a la satisfacción de usuarios de los servicios de salud (67).

En el área de las américas se repite el mismo fenómeno, en cuanto a la dificultad de acceso de la población a los servicios de salud, por la deficiencia en el número de centros y puestos de salud, además de no contar con el personal calificado suficiente y la falta de insumos para trabajar, lo reporta Medina Mora ME, en el estudio, Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios (19).

Los servicios de salud y los factores relacionados, demostraron ser barreras importantes para el uso de la atención prenatal, en un estudio efectuado en la ciudad de México, adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano, utilizando la misma metodología que en este estudio.

El número de médicos por habitante, es una variable muy importante en la evaluación de las características de los servicios de salud; en lo que se refiere a la disponibilidad de recursos, que limita el acceso a los servicios, el tener un local definido y un médico definido se asocia a una mayor utilización de los servicios y tiene que ver, también, con

el número de consultas efectuadas, la satisfacción de los usuarios es otra variable muy importante para la utilización de los servicios de salud,(50).

Según el estudio de León F, realizado en el Perú, acerca del manejo de la salud mental, en atención primaria, el problema de inequidad e ineficiencia de la atención en salud mental en este país, tiene que ver con la escases de psiquiatras a nivel nacional y la mala distribución de los mismos en las zonas donde existe necesidad, lo mismo sucede con los Psicólogos, que al igual que en Guatemala, están concentrados en su mayoría en la capital y algunas ciudades importantes.

Al igual que en Centro América y América del Sur, el número de profesionales, Psiquiatras, Psicólogos, Médicos generales y enfermeras por cada 100,000 habitantes es muy bajo y dentro de estos el de enfermería está un poquito mejor, por lo que se desprende que es a ellos a quienes se debería capacitar de forma insistente, para la atención primaria en salud mental identifican, nuevamente el problema del subregistro, el cual se da a nivel mundial (50).

En Perú, ningún problema de salud mental figura entre los 20 motivos de atención más frecuentes en atención primaria, lo que se debe a que los pacientes acuden con síntomas somáticos inespecíficos, que enmascaran hasta en el 60%, problemas de depresión, casi el 70% manifestó que encontró satisfactoria la atención recibida, y, sólo un 4% se mostró insatisfecho, el factor edad mostró asociación positiva con la satisfacción, es decir, a mayor edad existe una mayor probabilidad de estar satisfecho con la atención.

Los solteros o divorciados, también presentaron mayor probabilidad de estar satisfechos con la atención y en cuanto a la distancia del centro de atención, a menores distancias, mayor satisfacción, el nivel educacional también presenta asociación positiva, a mayor educación, mayor nivel de satisfacción, en los de nivel superior de educación, una probabilidad 3 veces mayor, esto fue reportado por Seclén-Palacin en cuanto a la satisfacción de usuarios de los servicios de salud (67).

Guatemala es un país de grandes contrastes entre la población, en cuanto a raza, con casi el 50% de indígenas (es el país con mayor población indígena de Latinoamérica),

en el aspecto socioeconómico con una mayor proporción de pobreza y un 13 % de pobreza extrema, el -MSPAS- cubre al 47% de la población y el seguro social alrededor del 20%, quedando más del 30% de la población desprotegida en cuanto a servicios de salud, las personas deben recorrer largas distancias, para los servicios de salud, falta de transporte y lo accidentado del territorio; factores que, definitivamente, influyen en el acceso a los servicios de salud. (77)

Este estudio se realizó en el casco urbano, en el municipio de Guatemala, y, a pesar de que es donde se concentra la mayoría de los servicios, son insuficientes para atender al grueso de la población, la información obtenida refleja que en general compartimos problemas similares en cuanto a las características del sistema organizacional de los servicios de salud en general y de salud mental, particularmente, ya que por los problemas del subdesarrollo, no se le da importancia debida a la salud, y, dentro de ésta a la salud mental dejándola rezagada, discriminada y estigmatizada. El presupuesto asignado al sector salud es muy bajo y, de este lo asignado a salud mental, es el 1%, que es, totalmente, insuficiente para responder a las necesidades de la población.

Condiciones socioeconómicas

En el presente estudio, la variable, condiciones socioeconómicas se define como: Condición económica de los usuarios de los servicios de salud mental de acuerdo a su ingreso económico, ocupación y tipo de vivienda.

La pobreza es definida como la situación social que se caracteriza por una carencia marcada en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas, se manifiesta en un grupo social específico, que tiene grandes dificultades para acceder a la salud, viendo, educación etc.

Esto afecta, directamente, la calidad de vida de las personas; y, quiere decir mucho más que sólo tener un ingreso bajo, es un problema social complejo, que impacta en la comunidad y se asocia con desesperanza, baja autoestima y abatimiento que, a su vez, genera trastornos en la salud mental, como se demuestra en varios estudios, realizados por Spiker en el 2013, Lopez, Moreno, Patiño y Pereirea en el 2003, y, Pederson en el

2007, los cuales han sido citados en el estudio, Guatemala observatorio de Salud Urbana, 2013 (77).

Si hablamos, específicamente, de Guatemala, los problemas sociales, económicos, la impunidad, la violencia y la pobreza caracterizan a la sociedad desde hace mucho tiempo. A esto se suma la violencia estructural, acompañada de la inequidad, la exclusión, la discriminación, impunidad y violencia política.

Todos estos factores convergen para generar en la sociedad guatemalteca conflictividad social, pobreza y miseria; en el estudio que hoy nos ocupa, la mayoría de usuarios reportó tener un ingreso mensual por debajo de Q 3,000.00, recordemos que estamos hablando de población que reside en el Departamento de Guatemala, lo que nos da una idea de lo que percibe, la mayoría de la población, que reside en el resto del país; estos resultados concuerdan con lo encontrado en los estudios mencionados (77).

En Colombia, según el estudio sobre las barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud (68), los bajos ingresos dificultan el acceso a los servicios de salud y se marca la diferencia entre áreas urbanas y rurales; el vivir en casa propia es significativo en cuanto al nivel socioeconómico, para acceder a los servicios.

Esto concuerda con los hallazgos en esta investigación, en donde una mayor proporción refirió tener ingresos bajos, pero el 50% vive en casa propia, esta disparidad en lo referido quizá se deba al nivel de desconfianza de la población para contestar la encuesta, debido a los niveles de inseguridad que se viven actualmente en el país, además, en nuestra cultura muchas veces las familias son extendidas (abuelos, tíos, hermanos) y viven en la casa paterna lo cual no se definió en la variable.

Uruguay se suma al hecho de que los bajos ingresos económicos son determinantes en cuanto a la falta de acceso a los servicios de salud mental, como lo informan Rudolf S, en el estudio, Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud (65), Evia J, en el estudio, Barreras y facilitadores en la accesibilidad a los servicios de salud mental (63), y, Romero Gorski S. en el estudio "Modelos culturales y sistemas de atención de la salud". (64)

La mayoría de pacientes son de escasos recursos, en los municipios de Antioquia Colombia y ésta es una realidad en cuanto a las barreras sobre el acceso a los servicios, la causalidad de las afecciones está relacionada con la violencia social y las condiciones laborales, en los tres municipios. (12)

La pobreza está descrita como el mayor problema para el acceso a los servicios de salud, lo cual se comparte con estudios similares en otros países de Latinoamérica, como Perú y Haití. (67)

Los más pobres, siempre tienen la peor salud, este es un fenómeno mundial, que se repite en los países con más bajos ingresos económicos, lo cual se refleja en la dificultad para acceder a los servicios de salud, como lo expone Caldas de Almeida JM, en el estudio sobre las estrategias de la -OPS- en la nueva fase de la reforma de la salud mental, en América Latina y el Caribe (16). Al igual que en este estudio, el realizado en el año 2011, en la Ciudad de Cali, por Díaz Grajales C, Acceso a los servicios preventivos...(27).

Según el estudio por Tames Gonzales S. sobre la adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano, en el acceso a los servicios de salud para la atención prenatal en México, para el estrato socioeconómico más bajo, es muy importante la calidad de la atención, y, este estrato es el que dispone de peores condiciones de acceso a los servicios de salud y en el que el pago del bolsillo juega un papel más determinante. (50)

Las clases socioeconómicas más bajas, presentan mayor morbilidad y mortalidad y menor acceso a los servicios de salud y factores como la clase social, ingreso, educación, etnia o raza y desempleo, afectan la utilización de los servicios de salud, como lo expuso Gómez Gómez E, en el estudio sobre Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. (53)

Guatemala es un país de ingreso bajo medio, el ingreso per cápita es de alrededor de US\$ 5,100 y alrededor del 56.2% de la población se encuentra debajo de la línea de pobreza. En Guatemala la mayor parte del gasto en salud es realizado por las familias.

Ello significa que, a menor ingreso para las familias, menor es la capacidad de acceder a servicios de salud, Guatemala. Observatorio de Salud Urbana (77).

El nivel de ingreso, la educación, el lugar de residencia y la pertinencia étnica tienen un efecto importante en las brechas existentes en el estado de salud de las personas. Ello implica que el grupo poblacional de mayor ingreso, residentes en áreas urbanas, pertenecientes al grupo no indígena y con mayores niveles de educación tienen mejores indicadores de salud que sus contrapartes. No sólo ello, sino que además, poseen mayor acceso a servicios de salud. Ello implica que, a pesar de los esfuerzos realizados, el sistema público de salud no ha logrado reducir las brechas en salud mediante la provisión de recursos y acceso a servicios de salud para las personas más vulnerables. (77)

La concordancia de los hallazgos en este estudio, con los efectuados en los demás países de la región, se debe al nivel de subdesarrollo compartido, por tener economías similares así como las características de la población, con un mayor % de pobreza

Nivel educativo

Para fines de este estudio la variable, nivel educativo se define como: Estudios realizados por el usuario de los servicios de atención en salud mental.

Un alto porcentaje de los usuarios de los centros de salud, refirieron tener un nivel de educación universitario, esto concuerda con lo encontrado en otras investigaciones sobre el acceso a los servicios de salud en Latinoamérica, como Colombia, así lo expone Rodríguez Acosta S. en el estudio Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia (59), en donde la relación de mayor nivel educativo es, directamente, proporcional con mayor posibilidad de acceso a los servicios de salud.

El nivel educativo bajo es un factor de riesgo de muerte prematura, y, en países como México y Bolivia, el riesgo de morir es tres veces mayor en las personas con nivel de educación bajo y se ha comprobado que la mortalidad en bebés es mucho mayor en las madres con menos educación y que mejora, notablemente, con madres que, al menos,

tienen estudios de secundaria, como lo expresa Medina Mora ME, en el estudio Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios (19), en el estudio en Colombia sobre la equidad en el acceso al tratamiento de cáncer de mama, prevalecieron los segmentos de secundaria completa, seguido de primaria completa. (70)

En un estudio sobre el acceso a la atención prenatal en la ciudad de México, (50). Se comprobó utilizando la misma metodología (Modelo de Andersen), que la escolaridad y el apoyo social, son las variables más importantes para el uso de los servicios de salud, de control prenatal en, todos los estratos socioeconómicos, (bajo, medio y alto), aunque el estudio tiene mayor peso en el estrato socioeconómico más bajo y el apoyo social, en el estrato más alto, lo que concuerda con lo reportado por los usuarios encuestados en el presente estudio, en donde prevaleció la educación superior y secundaria completa, quedando en tercera posición la primaria completa.

Varios estudios como el presentado por Gómez Gómez E. en cuanto a equidad y acceso a los servicios de salud (53), muestran la asociación positiva entre años de estudio y utilización de los servicios, lo que se repite en diferentes países a nivel mundial.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, confirman lo encontrado en otros estudios de Latinoamérica, en donde a mayor nivel educativo, mayor acceso a los servicios de salud en general y de salud mental, específicamente; probablemente debido a que el conocimiento le permite a la persona, comprender y valorar el concepto de salud, así como el impacto que tiene en la vida del individuo; tomando en cuenta que el estudio se realizó en un área urbana, del municipio de Guatemala, donde encontramos niveles más altos en educación, respecto del resto del país.

CONCLUSIONES

El análisis y discusión de los resultados del estudio: Acceso a los servicios de salud mental en el Área de Guatemala Central, Municipio de Guatemala, Guatemala. Realizado durante el período de enero a junio del año 2014. Permitió lo siguiente:

Características sociodemográficas de los usuarios.

La mayoría de usuarios de los servicios de salud mental, son menores de 40 años, sexo femenino y soltero-a, incluyendo a los que están unidos sin haberse casado.

Características de condiciones geográficas.

La mayoría de usuarios de los servicios de salud mental, utiliza menos de dos horas para trasladarse de su casa al centro de atención, y, recorre menos de 10 kilómetros. Cerca del 50 % de los usuarios utiliza el transporte público, y, una tercera parte, utiliza vehículo propio para trasladarse a los servicios de salud mental. El total de usuarios del centro de salud Bethania, se tarda menos de una hora para trasladarse a los servicios de salud mental, dos terceras partes recorre menos de 10 kilómetros y, la mitad, lo hace caminando. Este centro de salud en particular está muy bien ubicado, con densa población y rápido acceso a transporte.

Características culturales de los usuarios.

De acuerdo con las características culturales, la mayoría de usuarios de los servicios de salud mental, profesan la religión católica, consideran que la atención que recibieron fue buena, y que se les trató con respeto, además prefieren ser atendidos por personal de sexo femenino.

Sistema organizacional de los servicios de salud.

Menos de la mitad de los usuarios de los servicios de salud mental, se enteraron que padecían un problema de salud mental, por un médico, fueron referidos al servicio de salud mental en la primera consulta, y, solo una cuarta parte fue referida a otro centro asistencial, para continuar su tratamiento; a un tercio se le recetó medicamento y de estos, una cuarta parte los obtuvo en el centro de salud.

Solo el 10% de los pacientes, recibe tratamiento para el mismo problema en el centro de salud y, al mismo tiempo, en otro lugar (Hospital Nacional de Salud Mental); la mayoría calificó como buena la privacidad y considera el horario de atención y el personal encargado como adecuado, consideran que los servicios cuentan con Psicólogo, estudiante de psicología y médico residente, igualmente, refieren haber recibido amplia información sobre la atención que se presta en el servicio, y que, le les dedicó tiempo suficiente para la misma.

Condiciones socioeconómicas y nivel educativo de los usuarios.

La mayoría de usuarios de los servicios de salud mental, refirió contar con un ingreso mensual bajo (menor a Q 3,000.00) y ser ama de casa; la mitad refirió vivir en casa propia (no se aclaró si era la casa paterna, ya que culturalmente, en Guatemala se acostumbra vivir con la familia extendida). La tercera parte de los usuarios de los servicios de salud mental, refieren poseer un nivel de educación superior, seguido por secundaria completa y primaria completa, en una proporción similar.

El acceso a los servicios de salud mental aún en el Municipio de Guatemala, que es un área urbana y en donde se concentra la mayoría de los servicios de salud, es deficiente ya que de acuerdo con la población que debe cubrirse (casi un millón de habitantes), los servicios de salud son insuficientes, existe deficiencia en el transporte público, y, debido a la inmigración interna, existen lugares densamente poblados, llamados asentamientos, con un alto porcentaje de pobreza y malas condiciones de vida en general, (drenajes a flor de tierra, difícil acceso al agua potable, hacinamiento, ubicados en las orillas de barrancos, viviendas de tipo covacha, construidas con materiales como

cartón y lámina, piso de tierra, uso de letrinas etc.) que no tienen acceso a los servicios de salud.

En cuanto al sistema organizacional de los servicios de salud, los centros de atención son pocos y no todos cuentan con el servicio de atención en salud mental, el personal muchas veces se reduce a un profesional de Psicología, y como en los otros países de la región existe un subregistro, de los usuarios por lo que no podemos saber con certeza el número de población atendida.

Adicional a esto, muchas personas acuden a la primera cita siendo registrados como pacientes y no acuden nuevamente; para fines de este estudio se tomó en cuenta la población reportada por el -CIGSA- (Sistema de Información Gerencial en Salud) la cual difiere con la reportada en el área de Guatemala Central, a donde pertenecen los centros de salud evaluados y aún dentro de estos datos existen diferencias significativas, probablemente, debido a los pacientes que sólo acuden una vez, como ya se mencionó o al manejo inadecuado de la hojas de registro.

Lo que sí es concluyente en este estudio, es que los factores evaluados si son determinantes para el acceso a los servicios de salud mental, y, eso, concuerda con los hallazgos de estudios similares, realizados en Latinoamérica.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el proceso de registro de los usuarios de los servicios de salud mental, para mejorar y unificar la información.
2. Gestionar ante el -MSPAS- (Ministerio de Salud y Asistencia Social), los acuerdos correspondientes que incluyan dentro del listado básico de medicamentos que se manejan en los centros de salud, por lo menos, uno o dos de los utilizados, para este tipo de problemas.
3. Incrementar las actividades de promoción de la salud mental, para concienciar a la población sobre este problema y su impacto en la sociedad.
4. Promover la inclusión dentro del equipo de trabajo de los servicios de salud mental a personal bilingüe, para facilitar el acceso a personas que no hablen el idioma español/castellano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo 2001. [en línea] Ginebra: OMS; 2011. [citado 15 Jun. 2013]. Disponible en: <http://cursos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?id=7884>
2. Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la estrategia Regional en salud mental. [en línea] Washington D.C: OPS; 2011. [citado 24 Jun. 2013]. Disponible en: http://MARCO_20DE_20REFERENCIA_20Salud_20Mental_20final.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala 2011 [en línea] Guatemala: OMS/OPS, IESM; 2011. [citado 30 Jun. 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mental.../guatemala_who_aims_report_spanish.pdf
4. World Health Organization. Plan estratégico nacional para el fomento de la salud mental en Guatemala 2007-2020. [en línea] Ginebra: WHO; 2007. [citado 4 Jul. 2013]; Disponible en: *WHO* <http://www.mindbank.info/item/896>
5. Organización Mundial de la Salud Pública y Asistencia Social. Proyecto de política de salud mental: paquete de orientación sobre políticas servicios: Resumen analítico [en línea] Ginebra: OMS; 2001. [citado 7 Jul. 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mental-Report2.pdf>
6. Gerlero S, Augsburg A, Duarte M, Gómez R, Yanco D. Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. Revista Argentina de Salud Pública. [en línea] 2011 Dic. [citado 10 Jul. 2013]; 2(9): 24-29. Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen9/art-orig-salud-mental.pdf>

- 7.** Cavalcanti MT, Dahl CM, Carvalho MC, Valencia E. Criterios de admisión continuidad de cuidados en centros de atención psicosocial, Rio de Janeiro, Sureste de Brasil. Rev. Saúde Pública [en línea] 2009 [citado 13 Jul. 2013]; 43 suppl 1: 23-28. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102009000800005&script=sci_arttext&tlng=en
- 8.** Augsburger AC, Gerlero SS, Corbalán F, Orzuza S. El análisis de las políticas de salud mental en la provincia de Santa Fe. Debate postergado necesario en el campo de la salud mental. [en línea] Argentina: CyT; 2009 [citado 16 Jul. 2013] Disponible en: www.unr.edu.ar/descargar.php?id=3475
- 9.** Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. [en línea] Argentina: OPS; 2012 [citado 18 Jul. 2013]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/indicadores/IndicadoresNacion2012.pdf>
- 10.** Salud mental: menos fármacos, más psicoterapia. OCU- salud 100 [en línea] Feb-Mar: 2012 [citado 20 Jul. 2013]; 11-14 Disponible en: http://www.ocu.org/site_images/PressPdf/mas-psicoterapia-menos-pastillas.pdf
- 11.** Bogotá. Ministerio de la Protección Social. Estudio nacional de salud mental. [en línea] Colombia: El Ministerio; 2003. [citado 27 Jul. 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- 12.** Silvia Henao H, Vilma Restrepo R, Andrés F. Alzate R, Carlos M. González P. Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006 Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. [en línea] 2009 Sep-Dic [citado 27 Jul. 2013]; 2(8): 271-281. Universidad de Antioquia Colombia. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000300004

13. Maeve Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Bilkis Vissandjee. Las barreras de acceso a los servicios de salud en población indígena de Rabínal en Guatemala. Rev. Salud Pública Méx [en línea] 2007 Mar-Abr. [citado 29 Jul. 2013]; 49 (2): 86-93. Disponible en: [Http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342007000200003&script=Scp_Arttext](http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342007000200003&script=Scp_Arttext)
14. Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala: desarrollo humano, mujeres y salud. Naciones Unidas en Guatemala. [en línea] Guatemala: PNUD; 2002 [citado 3 Ago. 2013]. Disponible en: <http://www.gt.undp.org/content/guatemala/home.html>
15. Lucas DJ. Consecuencias del conflicto armado en la salud mental de los hachíes de Rabínal, Baja Verapaz, 1980-2000. [en línea] [tesis Licenciatura en Antropología] Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Escuela de Historia, Área de Antropología; 2003 [citado 5 Ago. 2013]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/14/14_0241.pdf
16. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Rev. Pánam. Salud Pública. [en línea] 2005 [citado 8 Ago 2013]; 18 (4-5): 314-26. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28094.pdf>
17. Caldas de Almeida JM, Torres González, eds. Atención comunitaria a personas con trastornos mentales severos. [en línea] OPS; 2005. Salud [en línea] [citado 12 Ago. 2013]. (Publicación Científica y Técnica No. 601). Disponible en: books.google.com.gt/books?isbn=9275316015
18. Minoletti A, Zaccaria A. Pan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Pública [en línea] 2005 [citado 14 Ago. 2013]; 18 (4-5): 346-344). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>

- 19.** Medina Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Rev. Salud Mental [en línea] 2003 [citado 17 Agosto 2013]; 26(4):1-16. Disponible en: http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=es
- 20.** Caldas de Almeida JM. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de Salud Mental: Políticas, planes y programas de salud mental. [en línea] Ginebra: OMS; 2005. [citado 25 Agosto 2013] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf
- 21.** Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res [en línea]. 1974 [citado 27 Agosto 2013]; 9(3): 208-220. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
- 22.** El acceso y la pertinencia cultural de los servicios de salud: la oferta de los servicios. En: Informe Nacional de Desarrollo Humano. [en línea] Guatemala: En el Informe Nacional; 2005. p. 171-194 [citado 30 Agosto 2013]. Disponible en: <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/49/Archivos/ca8.pdf>
- 23.** Flores W. Los elementos fundamentales del sistema de salud en Guatemala: Dinámica de su estructura, funcionamiento y desempeño: resumen ejecutivo. [en línea] Guatemala: PNUD; 2008. Disponible en: <http://www.desarrollohumano.org.gt>
- 24.** Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo integral de atención en salud. [en línea] Guatemala: MSPAS; 2011. [citado 4 Septiembre 2013]; Disponible en: <http://www.saludintegral.incluyente.com/ftp/documento-estrategico-mais-guatemala.pdf>

- 25.** Modelo de atención integral: perfil del Sistema de Salud Guatemala. [en línea] Guatemala: MSPAS; 2007 [citado 7 Sep. 2013]. Disponible en: <http://www.iglesiacatolica.org.gt/cns/200702.pdf>
- 26.** Aday LA, Andersen R. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología: marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. [en línea] Washington D.C.: OPS; 2007. [citado 9 Sep 2013] (Publicación Científica No. 534) Disponible en: <http://www.Health Servicesresearch9>
- 27.** Díaz Grajales C, Zapata Bermúdez Y, Arístizabal Grisales JC. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali. Rev Gerenc Polit Salud. [en línea] 2011 Jul-Dic [citado 20 Oct. 2013]; 10(21): 153-175. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2594>
- 28.** Royal College of Psychiatrists. Mental health of students in higher education. [en línea] London: RCPSYCH; 2011. [citado 24 Oct. 2013] Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk>
- 29.** Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. [en línea] Ginebra: OMS; 2004. [citado 24 Ago. 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- 30.** Álvarez Pérez A G, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M, Van der Stuyff P. La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria. Rev Cubana Hig Epidemiol [en línea]. 2008 Abr. [citado 24 Oct. 2013]; 46(1): 1. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223218855007>
- 31.** Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. [en línea] Ginebra: OMS; 2005. [citado 27 Ago. 2013]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/.../summary_es.pdf

- 32.** Ponce Guevara J F, Ochoa J M. Calidad de la atención a partir de la percepción de usuarios (as) y los (as) prestadores (as) de salud en la Unidad de Salud. Comayagua, Honduras. [en línea] [tesis Maestría en Epidemiología]. Nicaragua; Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de investigaciones y Estudios de la Salud, Escuela de la Salud Pública de Nicaragua; 2004 [citado 25 Oct. 2013]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8922.pdf
- 33.** Mejia A, Sánchez Gandur AF, Tamayo Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública [en línea]. 2007 [citado 5 Feb 2014]; 9(1): 26-38. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a04.pdf>
- 34.** Hernández Bello A, Gutiérrez Bonilla ML. Vulnerability and exclusion: Life concitions, Health situation, and Access to health services of the population displaced by violence settled in Bogotá-Colombia 2005. Rev Gerenc Polit Salud. [en línea]. 2008 Ene. [citado 7 Feb 2014]; 7(14): 145-176. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1657-70272008000100009&Ing=en&nrm=iso. ISSN 1657-7027
- 35.** Knowles J, Leighton C, Stinson W. Medición de los resultados de la reforma del sector salud en cuanto al desempeño del poder: guía de indicadores: primer informe sobre las iniciativas especiales. [en línea] Bethesda, MD: PHR; 1997. [citado 9 Feb. 2014]. Disponible en: <http://www.lachsr.org/documents/indicadoresdemedicióneldesempeñodelsistemadesalud-ES.pdf>
- 36.** Engelman M. Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud. Anu. de Investig [en línea]. 2006 [citado 12 Feb 2014]; 14: 221-228. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1851-16862007000100021&Ing=es

- 37.** Martínez R, Fernández A. Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto. [en línea] Santiago: UNESCO. Oficina Regional; 2009. [citado 13 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/37895/dp-impacto-social-economico-analfabetismo.pdf>
- 38.** Wong Blandón YC, García Vega L del C, Rodríguez Martínez. EG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: Perspectiva de los usuarios. [en línea] [tesis Maestría]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y estudios de la Salud; 2003. [citado 17 Feb. 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2009/sm096g.pdf>
- 39.** Puyol A. Ética y equidad y determinantes sociales de la salud. SESPAS. Rev Gaceta Sanitaria [en línea] 2012 [citado 18 Feb. 2014]; 26(2):178–181. Disponible en: file:///C:/Users/Paty/Downloads/S0213911111003116_S300_es.pdf
- 40.** Ariza Montoya J F, Hernández-Álvarez M E. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. Rev. Salud Pública [en línea] 2008 [citado 11 Mar 2014]; 10 suppl 1: 58-71 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217847006>
- 41.** Secretaría de Salud. Programa de acción en salud mental. [en línea] México: La Secretaría; 2002. [citado 18 Mar. 2014] Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/html/Medica/SALUD%20MENTAL.%20PROGRAMA%20DE%20ACCION.PDF>
- 42.** Palao Vidal D J. Alcances y límites en la actuación del Médico de atención primaria en los trastornos psiquiátricos. Psiquiatría y Atención Primaria. (Barcelona) [en línea] 2003 Mar [22 Mar 2014]; 4 (2): 4-12. Disponible en: http://www.comepa.com.uy/escuela/pluginfile.php/768/mod_resource/content/1/atencion_primaria_material_prejornada.pdf

- 43.** Ruiz Rodríguez M, Valdez Santiago R. Revisión sobre la utilización de servicios de salud, 1996-2006. Rev. Salud Pública [en línea]. 2008 Mayo [citado 23 Mar. 2014]; 10(2): 332-342. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttex&pid=SO12400642008000200014&lng=en
- 44.** Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio nacional de mortalidad materna 2007. [en línea] Guatemala: Serviprensa; 2011. [citado 29 Mar 2014] Disponible en: http://sitios.usac.edu.gt/ipn_usac/wp-content/uploads/2011/08/Diagnostico-Salud-marzo-2011.pdf
- 45.** Guatemala. Programa de las Naciones Unidas. Hacia un estado para el desarrollo humano: Informe nacional de desarrollo humano 2009/2010. [en línea] Guatemala: PNUD; 2010. [citado 16 Feb. 2014]; Disponible en: http://wikiguate.com.gt/wiki/Informe_Nacional_de_Desarrollo_Humano_2009-2010_%28documento%29
- 46.** Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolos para la atención en salud mental en poblaciones que sufrieron violaciones a los derechos humanos y violencia política, durante el conflicto armado interno. [en línea] Guatemala: MSPAS; 2007. [citado 13 Jun 2014]; Disponible en: <http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/progrmaSaludMental/Violencia%20Politica.pdf>
- 47.** USAID. Proyecot Deliver. Usando sistemas e información geográfica para abordar las disparidades en el acceso a los servicios e insumos de planificación familiar en Latinoamérica el Caribe: resumen técnico [en línea] Guatemala: USAID; 2008. [citado 20 Mar 2014]; USAID. Disponible en: http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/logisticsbriefs/GT_UsinGeogInfo_ES.pdf

- 48.** Flores W. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: ¿Así funcionamos? El sistema de salud en Guatemala, ¿Hacia dónde vamos?, [en línea] 2008 [citado 4 Abr 2014]. 2008. Disponible en: http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/Serie_Salud_4.pdf
- 49.** Carrasco Arroyo S. Medir una Cultura. Una tarea inacabada. [en línea] Valencia: Universidad de Valencia, Departamento de Economía aplicada; 2008. [citado 17 Abr. 2014] Disponible en: <http://www.uv.es/carrascos/PDF/medir%20la%20cultura.pdf>
- 50.** Tames Gonzales S, Valle Arcos R I, Hartman E, Méndez Ramírez E. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Resumen. Salud Pública Méx [en línea] 2006. [citado 5 Abr 2014]; 48(5):418-429. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001519>
- 51.** Mendoza Sassi R, Beria J U. utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. CadSaúde Pública [en línea]. 2001 [citado 29 Abril 2014]; 17(4): 819-832. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5288.pdf>
- 52.** Llanos Amada A, Morera Salas M, Barber Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga J, Factors Related to using health services in Costa Rica. Rev. Salud Pública [en línea]. 2009 Jun [citado 14 May 2014]; 11(3): 323-335. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=csi_arttex&pid=so1240064200900030002&Ing
- 53.** Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2002 Jun [citado 19 Mayo 2014]; 11(5-6): 327-334. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s10204989200200050008&Ing

- 54.** Garza Elizondo M, Salinas Martínez A M, Núñez Rocha G M, Villarreal Ríos E, Vásquez Treviño M G, Vásquez Salazar M G. Accesibilidad geográfica para detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas. Rev Méd Chile [en línea]. 2008 Dic. [citado 30 May. 2014]; 136(12): 1574-1581. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872008001200011&Ing=es. Doi: 10.4067/S0034-98872008001200011
- 55.** Frenk J. El concepto de la medición de accesibilidad. Salud pública de México. [en línea] 1985 Sep-Oct. [citado 23 Feb. 2014]; Disponible en: http://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/la_nueva_salud_p25fablica.pdf
- 56.** Hernández Girón C, Arredondo A, Ramos R, Zúñiga A. Evaluación económica de la demanda de atención médica para la salud mental: sala situacional: esquizofrenia y depresión. Rev. Salud [en línea] 2002; [citado 2 Jun 2014]; 14 (2): 315-324. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a12>
- 57.** León F E, Cubas Bennavides F. ¿Manejamos con eficiencia la Salud mental en atención primaria? Rev. Cuerpo Méd. HNAAA. [en línea] 2012 [citado 7 Jun 2014]; 5(3): 45-48. Disponible en: <http://es.paperblog.com/manejamos-con-eficiencia-la-salud-mental-en-la-atencion-primaria-leon-jimenez-y-cubas-benavides-1542773/>
- 58.** World Health Organization. A Framework for the study of access to medical care. Geneva: WHO; 2010.
- 59.** Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. [en línea] [tesis de Maestría]. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Economía Aplicada; 2010 [citado 21 agosto 2013]. Disponible en: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf>

- 60.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud 2006: Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. [en línea] Madrid, España: MSSSI; 2006 [citado 13 Jun 2014] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- 61.** García Roco O, Castañeda N, Pérez Z, Labrada H. La salud pública en América Latina y El Caribe. Rev. Hum. Med. [en línea]. 2002 Mayo- Ago [citado 28 Mayo 2013]; 2(2): [aprox. 13 pant]: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000200003
- 62.** Villareal E, González J, Salinas AM, Garza ME, Núñez G, Uribe MG. Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. Atención Primaria [en línea] 2000 [citado 18 Jun. 2013]; 25(7): 59-62. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencionprimaria27/evaluacionaccesibilidad-los-servicios-salud-11175-originales-2000>
- 63.** Evia J, Cano A. Barreras y facilitadores en la accesibilidad a los servicios de salud mental en el caso del equipo de salud mental del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo. En: VI Jornada de Investigación y 3 Jornada de Extensión; Jardines del Hipódromo, Montevideo 2001 [en línea]. Uruguay: Universidad de la República de Uruguay, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. [citado 20 Jun. 2013] Disponible en: http://www.academia.edu/2500764/Barreras_y_facilitadores_en_la_accesibilidad_a_los_servicios_de_salud_mental_en_el_caso_del_Equipo_de_Salud_Mental_del_Centro_de_Salud_de_Jardines_del_Hipodromo
- 64.** Romero Gorski S. Modelos culturales y sistemas de atención de la salud. [en línea] Monte Video: Instituto Goethe; 2006. [citado 23 Jun 2013] Disponible en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos5/art6.pdf>

- 65.** Rudolf S, Bagnato MJ, Güida C, Rodríguez AC, Ramos F, Suárez Z, Arias A. Accesibilidad y participación ciudadana en el Sistema de Salud: una mirada desde la Psicología. [en línea] Uruguay: Sociedad Uruguaya; 2010. [citado 25 Jun. 2013] Disponible en: <http://www.sociedaduruguaya.org/2010/04/presentan-publicacion-%E2%80%9Caccesibilidad-y-participacion-ciudadana-en-el-sistema-de-salud-una-mirada-desde-la-psicologia%E2%80%9D.html>
- 66.** Saforcada E, De Lellis M, Mozobancyk S. Psicología y salud pública: Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. [en línea] Buenos Aires: Paidós; 2008. [citado 28 Jun. 2013] Disponible en: <http://blog.psico.edu.uy/escueladeverano2012/files/2012/01/Psicolog%C3%ADa-y-Salud-P%C3%BAblica-Cap-I.pdf>
- 67.** Seclén-Palacin J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. An Fac Med Lima [en línea] 2005 [citado 9 Ago. 2013]; 66(2): 127-141. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n2/a07v66n2.pdf>
- 68.** Linares Pérez N, López Arellano O. Temas y debates. La equidad en salud: propuestas conceptuales: aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala. Medicina social. [en línea] 2003 [citado 29 Ago. 2013]; 3(3) 2-13. Disponible en: <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/226/484>
- 69.** Torres C. La equidad en materia de salud vista con enfoque Étnico. [en línea] Rev. Panam Salud Pública [en línea] 2001 [citado 18 Jul 2013]; 10(3): (aprox. 3 pant) Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n3/6573.pdf>

- 70.** Velásquez De Charry LC, Carrasquilla G, Roca Garavito S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Rev. Salud Pública de México [en línea] 2009 [citado 14 Sep 2013]; 51 suppl 2: s246-s253. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=soo36-3634009000800015&script_arttex
- 71.** Duque DP, Jaramillo LA, Restrepo V. Proceso de acceso a los servicios de salud mental: percepción de los usuarios, sus familias y prestadores de los servicios. Rev Panam Salud Pública [en línea] 2001. [citado 25 Ago 2013]; 27(3) [aprox. 3pant.] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n3/v27n3a04.pdf>
- 72.** Madrid. El Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud: Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. [en línea] Madrid: El Ministerio; 2007 [citado 28 Ago. 2013] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- 73.** World Federation for Mental Health. Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. [en línea] Geneva: WHO; [2009] [citado 10 Mar 2014] Disponible en: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/SPANISH-WMHD09.pdf>
- 74.** Giedion U, Ávila A, Flórez C E, Pardo R. Financiamiento de la salud y gasto de los hogares en salud: El diseño del sistema colombiano de salud y su relación con la protección financiera. [en línea] México: FUNSALUD [200?] [citado 12 Mar. 2014] Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%202/Colombia%20sistemico.pdf>

- 75.** Torres C. La equidad en materia de salud en vista con enfoque étnico. Rev Panam Salud Pública [en línea] 2001 [citado 16 Mar 2014]; 10(3) 188-200. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n3/6573.pdf>
- 76.** Bianchi D, Cano A, Evia V, Rodríguez N. Los programas integrales universitarios en la investigación y la formación en salud mental: Relato de un proyecto de investigación. [en línea] Uruguay: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2010 [citado 27 Mar 2014] Disponible en: WWW.fhuce.edu.uy/jornada/2010/PONENCIAS/BIANCHIetal.PDF
- 77.** Guatemala. Observatorio de Salud Urbana. Aproximaciones teórico-prácticas: salud mental [en línea] Guatemala: OSU; 2013. [citado 23 Abr 2014] Disponible en: <http://www.saludmental-aprocesacionesteorico-practicas-OSU-20131.pdf>
- 78.** Moreno E, Moriana A. Los problemas de salud mental en Atención Primaria: un análisis de la demanda y de la percepción de los médicos de familia. Salud Mental [en línea] 2012 [citado 26 Ago 2014]; 35: 315-328. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4266
- 79.** Moreno E, Moriana JA. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. Salud Mental [en línea] 2012 [citado 29 Ago 2014]; 35: 315-328. Disponible en: <http://www.researchgate.net>
- 80.** Benassini O. Atención en salud mental regionalización y reorientación en el marco de descentralización en servicios de salud en México. Salud Mental [en línea] 1997 Dic [citado 30 Ago 2014]; 20 (4): 48-52 Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=227410&indexSearch=ID>

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, FASE IV
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE SALUD PÚBLICA
Investigadora Dra.: Silvia Patricia Zelaya Castillo de Escobar.



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE SALUD GUATEMALA CENTRAL DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO 2014

OBJETIVO GENERAL

EVALUAR LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE SALUD GUATEMALA CENTRAL, MUNICIPIO DE GUATEMALA.

INSTRUCCIONES

Estimado usuario, por favor, lea, cada uno de los enunciados o preguntas siguientes, marque con una X la respuesta que considere correcta según su opinión. Sus respuestas serán de mucha utilidad para mejorar el acceso a los servicios de salud mental. Durante este proceso será acompañado por la investigadora, quien con mucho gusto resolverá sus dudas y atenderá sus comentarios y sugerencias. La información recolectada se realizará en forma confidencial y será utilizada, únicamente, con propósitos de investigación.

Cuestionario No. -----

Nombre del usuario -----

Fecha de Respuesta -----

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1 Edad	1.1.1 18-39 años _____ 1.1.2 40-59 años _____ 1.1.3 60-79 años _____ 1.1.4 80 o más años _____
1.2 Sexo	1.2.1 Masculino _____ 1.2.2 Femenino _____
1.3 Estado Civil	1.3.1 Soltero-a _____ 1.3.2 Casado-a _____

2. CARACTERÍSTICAS DE CONDICIONES GEOGRÁFICAS

2.1 ¿Cuánto tiempo utiliza para trasladarse, de su residencia al servicio de atención en salud mental?	2.1.1 menos de una hora _____ 2.1.2 de una a dos horas _____ 2.1.3 más de dos horas _____
2.2 ¿Según su opinión a qué distancia aproximada se encuentra su residencia del servicio de atención en salud mental?	2.2.1 menor de 10 km _____ 2.2.2 de 11 a 20 km _____ 2.2.3 más de 21 km _____
2.3 ¿Qué tipo de transporte utiliza para trasladarse, de su residencia al servicio de atención en salud mental?	2.3.1 vehículo propio _____ 2.3.2 transporte público _____ 2.3.3 otra forma _____

3. CARACTERÍSTICAS CULTURALES

<p>3.1 Religión</p>	<p>3.1.1 Católica _____</p> <p>3.1.2 Evangélica _____</p> <p>3.1.3 Otra, cual: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3.2 ¿Cómo calificaría la atención recibida por el personal del servicio de atención en salud mental?</p>	<p>3.2.1 Buena _____</p> <p>3.2.2 Regular _____</p> <p>3.2.3 Mala _____</p>
<p>3.3 ¿Le trataron con respeto?</p>	<p>3.3.1 Sí _____</p> <p>3.3.2 No _____</p>
<p>3.4 Respecto de la persona que le brinda el servicio de atención en salud mental, ¿Cuál es el sexo de su preferencia?</p>	<p>3.4.1 Masculino _____</p> <p>3.4.2 Femenino _____</p>

4. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS Y DE ORGANIZACIÓN:

4.1 Respecto de los servicios que presta el centro de salud; tenía usted conocimiento, si el centro de salud cuenta con asistencia en salud mental?	4.1.1 Si _____ 4.1.2 No _____
4.2 Respecto de problemas de salud mental, por quien se enteró que padece un problema de salud mental?	4.2.1 Médico _____ 4.2.2 Familiares _____ 4.2.3 Amigos _____ 4.2.4 Usted mismo _____ 4.2.5 Otros _____
4.3 Quién lo refirió a los servicios de salud mental?	4.3.1 Médico _____ 4.3.2 Enfermería _____ 4.3.3 Familiares _____ 4.3.4 Amigos _____ 4.3.5 Otros _____
4.4 Cuántas consultas recibió antes de ser referido a la clínica de salud mental?	4.4.1 Una _____ 4.4.2 Dos _____ 4.4.3 Tres _____
4.5 Luego de ser evaluado en la clínica de salud mental, fue referido a otro lugar para continuar su tratamiento?	4.5.1 Si _____ 4.5.2 No _____
4.6 Le recetaron medicamentos para su problema de salud mental?	4.6.1 Si _____ 4.6.2 No _____
4.7 Donde obtuvo los medicamentos que está utilizando para su problema de salud mental?	4.7.1 En el Centro de salud _____ 4.7.2 En farmacia particular _____ 4.7.3 Otro _____
4.8 Aparte de asistir al centro de salud, recibe atención para su problema de salud mental en otro lugar?	4.8.1 Si _____ 4.8.2 No _____ 4.8.3 Si la respuesta es sí cual _____

4.9 Respecto de la privacidad durante la atención en salud mental esta fue:	4.9.1 Buena _____ 4.9.2 Regular _____ 4.9.3 Mala _____
4.10 ¿Cuál es su opinión respecto del horario de atención de los servicios de salud?	1.10.1 Satisfactorio _____ 1.10.2 Necesita ampliación _____
4.11 ¿Cómo considera el número de personal encargado de brindar la atención en los servicios de salud mental?	4.11.1 Adecuado _____ 4.11.2 Necesita más _____
4.12 ¿Con qué tipo de personal cuentan los servicios de atención de salud mental?	4.12.1 Psiquiatra _____ 4.12.2 Psicólogo (a) _____ 4.12.3 Médico residente _____ 4.12.4 Enfermero (a) _____ 4.12.5 Estudiante de psicología _____ 4.12.6 Estudiante de medicina _____ 4.12.7 Otro _____
4.13 ¿Calificaría de amplia la información que se le brindó sobre la atención que presta el servicio de salud mental?	4.13.1 Sí _____ 4.13.2 No _____
4.14 ¿Se dedicó tiempo suficiente para explicar los tipos de atención que se brindan en salud mental?	4.14.1 Sí _____ 4.14.2 No _____

5. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

<p>5.1 Ingreso económico mensual</p>	<p>5.1.1 Alto (Más de Q 10,000.00) _____</p> <p>5.1.2 Medio (De Q 3001.00 a 10.000.00) _____</p> <p>5.1.3 Bajo (De Q 0.00 a 3,000.00) _____</p>
<p>5.2 Ocupación</p>	<p>5.2.1 Profesional universitario-a _____</p> <p>5.2.2 Administrativo _____</p> <p>5.2.3 Enfermero-a _____</p> <p>5.2.4 Maestro (a) _____</p> <p>5.2.5 Vendedor-a _____</p> <p>5.2.5 Piloto _____</p> <p>5.2.6 Seguridad _____</p> <p>5.2.7 Bodeguero-a _____</p> <p>5.2.8 Agricultor _____</p> <p>5.2.9 Obrero-operario(a) _____</p> <p>5.2.10 Ama de casa _____</p> <p>5.2.11 Otros _____</p>
<p>5.3 Tipo de vivienda</p>	<p>5.3.1 Propia _____</p> <p>5.3.2 Amortizando _____</p> <p>5.3.3 Alquilada _____</p>

6. NIVEL EDUCATIVO

6.1 Escolaridad	6.1.1 Ninguna _____ 6.1.2 Primaria incompleta _____ 6.1.3 Primaria completa _____ 6.1.4 Secundaria incompleta _____ 6.1.5 Secundaria completa _____ 6.1.6 Educación superior
-----------------	---

OBSERVACIONES

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, FASE IV
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE SALUD PÚBLICA
Investigadora Dra.: Silvia Patricia Zelaya Castillo de Escobar.

“ESTUDIO RESPECTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL
ÁREA DE SALUD DE GUATEMALA CENTRAL, MUNICIPIO DE GUATEMALA”

DÍA ----- MES ----- AÑO -----

No. DE IDENTIFICACIÓN:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad de San Carlos de Guatemala y la Escuela de Post Grado de la Facultad de Ciencias Médicas, a través del programa de Maestría en Ciencias de Salud Pública están realizando un cuestionario sobre “Acceso a los Servicios de Salud Mental en el área de Salud de Guatemala Central, municipio de Guatemala” con el objetivo de conocer el nivel de acceso que tienen los habitantes del municipio de Guatemala a los servicios de salud mental. Este estudio proporcionará información importante, que nos permitirá una mejor comprensión respecto de la influencia de la interacción de algunas variables, sobre el acceso a los servicios de salud mental en el municipio de Guatemala. El estudio requiere la participación voluntaria de usuarios de los servicios de salud mental de 18 años en adelante, razón por la cual solicitamos su valiosa colaboración. Si acepta participar en este estudio, se le hará una serie de preguntas personales sobre su edad, sexo, religión, condición socioeconómica, ocupación, escolaridad y otras; además se le preguntará sobre la atención recibida en los servicios de atención de salud mental. No recibirá compensación económica por su participación.

Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes,

Yo-----, acepto, voluntariamente, mi participación en este estudio y estoy dispuesto (a) a responder a todas las preguntas del cuestionario. Entendiendo que no existe ningún riesgo con las preguntas que se me harán.

Toda la información que proporcione será confidencial y sólo podrá ser conocida por las personas que trabajen en este estudio. Si se llegan a publicar los resultados del estudio mi identidad no podrá ser revelada. También entiendo que tengo derecho a negar mi participación en la encuesta y a no responder a preguntas que no desee, sin que esto vaya en perjuicio de la atención de servicios de salud mental que se me prestan en esta institución en la actualidad o en el futuro.

Se me dio la oportunidad de hacer cualquier pregunta respecto del estudio y todas fueron respondidas, satisfactoriamente. Si tuviera alguna otra pregunta o surgiera algún problema, sé que puedo comunicarme por el teléfono 45687533, de 8:00 a 4:00 pm, con Patricia Zelaya o a la Coordinación de la Maestría, Dr. Joel Sical, teléfono 24188000. Yo he leído o me han leído la presente carta, y la entiendo. Al firmar este documento, doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntario

Firma del voluntario: -----

Firma de la entrevistadora: -----

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “**Factores relacionados con el acceso a los servicios de salud mental en el área de salud de Guatemala central, municipio de Guatemala, Guatemala,**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de Autora que confiere la ley cuando sea cualquier motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.