

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

**Denominación del Proyecto de Extensión:** Barrio Salud: Accesibilidad a Servicios de Salud Mental en Barrios Populares.

**Primera Presentación      Duración: 1 año**

**Programa en el cual se Inscribe:** Fortalecer Cuidados: Fortalecimiento a Políticas, Proyectos y Acciones Gubernamentales o de Organizaciones de la Sociedad Civil Sobre Promoción, Prevención, Atención y Cuidados Integrales de la Salud Mental.

**UNIDAD/ES ACADÉMICA/S DE LA UNC INVOLUCRADA/S EN EL PROYECTO**  
Facultad de Psicología Universidad Nacional de Córdoba.

**ORGANIZACIÓN/ES, INSTITUCIÓN/ES o GRUPO/S EXTRAUNIVERSITARIO/S INVOLUCRADOS EN EL PROYECTO**

Organización / Institución y/o grupo	Referente
Unión de Trabajadores de la Economía Popular (UTEP) Regional Córdoba	Iván Exequiel Córdoba
Comisión Vecinal de Comunidad Marta Juana González	Romina Gutiérrez
Centro Vecinal Barrio Los Artesanos	Gaby Gargate Trujillo
Cooperativa de Trabajadores y Trabajadoras de la Economía Popular Barrio San Alberto	Leandro Ramírez
Casa Pueblo Inti Raymi Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) SEDRONAR.	Roxana Velázquez

**DIRECTOR**

<b>Apellido y Nombres:</b> RIOS MAXIMILIANO ALFREDO	<b>DNI:</b> 34061138
<b>Cargo:</b> Adscripto	<b>Unidad Académica:</b> Facultad de Psicología

**CODIRECTORA**

<b>Apellido y Nombres:</b> SANANEZ GRISELDA GUILLERMINA	<b>DNI:</b> 14449666
<b>Cargo:</b> Profesora Adjunta	<b>Unidad Académica:</b> Facultad de Psicología

## **PRESENTACIÓN DEL PROYECTO**

Son múltiples las razones por las cuales las personas no acceden a los servicios de salud mental, y estas pueden ser de tipo geográficas, administrativas, financieras y psicosociales. Estas dimensiones de la accesibilidad pueden tornarse en barreras o facilitadores cuando obstaculizan o promueven el acceso real de la población al sistema de salud. Este proyecto sostiene una visión crítica sobre la accesibilidad al conceptualizarla como una interfaz relacional, es decir, aunque la disposición material de los servicios de atención a la salud mental condiciona el acceso a los mismos, se ha observado que las barreras psicosociales son más importantes tanto para iniciar como para mantener un tratamiento de salud mental. Esta visión más integral, incluye aspectos materiales como intersubjetivos y comprende a la atención sanitaria en salud mental como un derecho humano fundamental. Por todo ello, el objetivo de este proyecto es identificar y promover conjuntamente la construcción de necesidades y demandas específicas de la población residente en barrios populares de la ciudad de Córdoba en materia de accesibilidad a los servicios de salud mental. Se buscará comprender las barreras y facilitadores geográficos, financieros, administrativos y psicosociales de accesibilidad desde las perspectivas y experiencias de las y los residentes de barrios populares. Esto será mediante la articulación con la Secretaria de Hábitat de la Unión de Trabajadores de la Economía Popular (UTEP) Regional Córdoba y referentes comunitarios de barrios populares de la Comunidad Marta Juana González, Los Artesanos, San Alberto y Seis de Agosto de la Ciudad de Córdoba, con el fin de elaborar propuestas concretas y fundamentadas para el fortalecimiento o la creación de acciones o proyectos que promuevan la accesibilidad a los servicios de salud mental por parte de residentes en barrios populares de la ciudad de Córdoba.

## **FUNDAMENTACIÓN ESPECÍFICA DEL PROYECTO**

La salud ha sido comprendida desde dos enfoques, el enfoque médico y el enfoque integral-social (Solar & Irwin, 2010). El primer enfoque se centra en las intervenciones médico-clínicas y se basa en la utilización de tecnologías para atenuar las enfermedades de la población. En contraste, el segundo conceptualiza a la salud como un fenómeno social y multidimensional que requiere formas complejas de intervención interdisciplinar e intersectorial. El enfoque social considera los aspectos médico-clínicos de la salud y además integra en su comprensión teórica las condiciones sociales de vida que impactan en la salud general de las personas. Cabe destacar que también incluye el rol de la organización de los sistemas de salud como factor determinante en el estado de bienestar de los individuos y las comunidades. Esto conlleva un movimiento epistémico desde un paradigma biomédico hacia un paradigma integral-social de la salud, que tiene como hito institucional a la Declaración de Alma-Ata de 1978 (OMS, 2011). En este marco, las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales, medioambientales y

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

las características de los sistemas de salud influyen en la salud de las personas, y son reconocidas en la literatura como determinantes sociales de la salud (OMS, 2011).

Una forma práctica y comprensiva de ordenar el amplio conjunto de determinantes sociales de la salud, con sentido para la planificación y análisis de las políticas públicas, es con el modelo de campo de salud de Lalonde (Lalonde, 1996). Es un modelo epidemiológico para la política sanitaria, el cual delimita cuatro amplios componentes del campo de la salud, a) la biología humana, b) el medio ambiente, c) los estilos de vida y d) la organización de la atención de la salud (Dever, 1991a; Lalonde, 1996). Entre los cuatro componentes, especial interés tiene el último, que refiere a la cantidad, la calidad, el orden y las relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. En concreto, la accesibilidad a los servicios de salud mental por parte de residentes de barrios populares puede ser analizada y comprendida desde el marco de los determinantes sociales de la salud y más específicamente desde el modelo de campo de salud desarrollado por Lalonde.

Otro aspecto teórico relevante, es el concepto de campo de la salud en Argentina. El cual refiere a la fragmentación de la atención sanitaria en sector público, sector de seguridad social y sector privado como un campo de convergencia de actores, intereses y capitales (Spinelli, 2010). Específicamente en el ámbito de la salud pública, las políticas sanitarias tienen el objetivo de promover y preservar la salud de la población mediante la identificación de las necesidades de los servicios de salud por parte de una población (Dever, 1991b). En ese sentido, se comprende a las políticas sanitarias en niveles de atención y complejidad de servicios de salud. Los niveles de atención refieren a una estructuración del sistema sanitario de una forma ordenada y estratificada a fin de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población (Vignolo et al., 2011). Por lo tanto, una primera aproximación para caracterizar a las políticas sanitarias puede ser a partir de las necesidades derivadas del primer nivel, del segundo nivel y del tercer nivel de atención. En cada nivel se busca resolver las necesidades de atención de la población, desde las más básicas y frecuentes hasta las más complejas y específicas. En lo que refiere a este proyecto, se procurará identificar y promover conjuntamente la construcción de necesidades y demandas específicas de la población en base a las perspectivas y experiencias de las y los residentes de barrios populares de la Ciudad de Córdoba con respecto al primer nivel de atención en salud mental.

Por último, el enfoque de derechos es otro marco de referencia conceptual que sustenta este proyecto, el cual se basa en distintos tratados internacionales sobre Derechos Humanos promovidos por organismos multilaterales. Los Estados Nacionales, suscriben a estos tratados por lo que los derechos consagrados en ellos se vuelven exigibles al mismo Estado. En términos generales, los tratados comprenden que una persona por el solo hecho de ser persona es titular de una serie de derechos entendidos como fundamentales (principio de inalienabilidad), como el derecho a la salud, la vivienda, la educación, el trabajo, los servicios públicos, entre otros (Nikken, 1994). En ese sentido,

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

desde el enfoque de derechos, las barreras de accesibilidad consistirían en una serie de privaciones injustas o violaciones a los Derechos Humanos, pues el Estado es el principal garante de las condiciones de vida digna de los ciudadanos (CEPAL, 2013; Salvia et al., 2017).

En lo que respecta a los antecedentes sobre la problemática, es posible afirmar que una gran mayoría de sociedades y sistemas sanitarios del mundo descuidan a la salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud, (2022) aproximadamente 1.000 millones de personas en el mundo viven con problemas de salud mental. Un metaanálisis basado en 174 estudios de prevalencia del periodo 1980-2013 halló que, en promedio, uno de cada cinco adultos (17,6 %) presentó una prevalencia anual de algún trastorno mental de ansiedad, del ánimo o por consumo de sustancias y el 29,2 % presentó una prevalencia de alguno de esos trastornos mentales a lo largo de su vida (Steel et al., 2014). En un estudio reciente, Castaldelli-Maia y Bhugra (2022) obtuvieron que la prevalencia mundial de trastornos mentales fue del 13,0%. Sumado a ello, la pandemia por el COVID-19 ha intensificado los problemas de salud mental en las personas, en el 2020 se observó que los trastornos depresivos graves aumentaron un 35% y los trastornos de ansiedad un 32% (Organización Panamericana de la Salud, 2023). De forma conjunta, estos datos ponen en evidencia que los problemas de salud mental son de relevancia para la sanidad pública debido a su alta prevalencia en las poblaciones.

Sin embargo, aunque la prevalencia de los problemas de salud mental resulte alta y creciente en los últimos años, el acceso a los servicios de salud mental es limitado, y más aún en países con menores ingresos (Saraceno et al., 2007). Ejemplo de ello, es que el 80% de las personas con trastornos mentales graves de países de bajos y medianos ingresos no reciben tratamiento alguno, y en América Latina y el Caribe el 75% de las personas con depresión no reciben atención (OMS, 2022). En otro hallazgo, se observó que, en países desarrollados, entre el 35,5% y el 50,3% de los casos graves de salud mental no recibieron tratamiento en el último año, mientras que, en países menos desarrollados, entre el 76,3% y el 85,4% de los casos graves no recibieron tratamiento en el último año (Demyttenaere et al., 2004). En síntesis, existen millones de personas que padecen problemas de salud mental y resulta alarmante que muchas de ellas, en mayor medida provenientes de países con menores ingresos, no reciben atención ni cuidados necesarios para el desarrollo de una vida digna.

Reportes de Estado y estudios de prevalencia de Argentina, dan cuenta sobre la magnitud de los problemas de salud mental y sobre la atención de quienes lo padecen. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, reportó para el 2010 que el 21% de las personas con 15 años de edad y más del país padecieron algún trastorno mental, es decir, aproximadamente más de 6 millones de personas (Calvillo et al., 2010). En otro estudio, basado en una muestra de ocho áreas urbanas grandes del país, Stagnaro et al. (2018) obtuvieron que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en personas

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

mayores de 18 años de edad fue de 29,1% y la prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental fue del 14,8%. Calvillo et al. (2010) estimaron que el 63% de las personas con ansiedad generalizada, el 58% de las personas con depresión mayor y el 37% de las personas con psicosis no afectiva no recibieron ningún tratamiento de salud mental. Stagnaro et al. (2018), hallaron que tan solo el 22,1% de las personas con un trastorno considerado leve recibieron tratamiento, el 32,5% de las personas con un trastorno moderado lo recibieron y el 30,2% de las personas con un trastorno severo fueron asistidas. Específicamente, en la ciudad de Córdoba mediante un estudio realizado a una muestra de 1.067 consultantes del primer nivel de atención se observó que el 20,15% padeció de algún trastorno mental en el último año, de los cuales 77,33% no consultaron por este motivo en los servicios de salud mental (Burrone et al., 2015). En concreto, al igual que ocurre en el resto del mundo, los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país y provincia muestran una alta prevalencia de distintos problemas de salud mental, y a la vez resaltan que una alta proporción de esas personas no reciben una atención en los servicios.

Aunque el acceso a la atención de salud en general resulta dificultoso, es particularmente distintivo en el caso de la atención en salud mental. En nuestro país las consultas a profesionales de la salud mental en servicios de salud son exiguas (4,1%) comparado con las consultas a medicina (40,6%) (Ballesteros, 2014; Jorrat et al., 2008). Otro estudio ha observado que las personas con problemas de salud mental tienen más probabilidades de enfrentar múltiples barreras antes y después de llegar a un servicio de atención primaria, en comparación con las personas con alguna enfermedad crónica y personas sin enfermedad crónica (Corcadden et al., 2018). Esto quiere decir que el acceso a la salud mental tiene un conjunto de condicionantes o barreras que impiden su efectiva concreción, en comparación con el acceso a la atención médica que no parece tener las mismas barreras. Por lo tanto, resulta esencial comprender en profundidad las barreras para acceder a la atención en salud mental, a fin de facilitar el acceso temprano a los servicios y mejorar el bienestar de las personas y las comunidades.

Finalmente, cabe destacar que el presente Proyecto de Extensión aporta de manera significativa al Programa de Extensión por varias razones. Existe congruencia, coherencia y complementariedad entre objetivos generales de ambas propuestas, el proyecto se enfoca en identificar y promover necesidades específicas en barrios populares en relación a la accesibilidad a servicios de salud mental, lo que se enmarca perfectamente en el objetivo general del programa de fortalecer políticas, proyectos y acciones vinculadas a la salud mental desde una perspectiva de promoción, prevención, atención y cuidados integrales. Existe una contribución del proyecto en cuanto al uso de un enfoque territorial y sociocultural específico. Es decir, mientras el programa apunta a toda la población cordobesa y reconoce su diversidad, el proyecto contribuye focalizándose en un sector particularmente vulnerable, como lo son los barrios populares. Esto aporta profundidad y especificidad a la identificación de demandas,



**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

permitiendo visibilizar problemáticas particulares y posibles soluciones ajustadas a contextos específicos, en línea con los objetivos del programa. Por último, el proyecto propone una sistematización de experiencias como insumo para políticas públicas, ya busca sistematizar experiencias locales de accesibilidad, lo que aporta evidencia concreta y contextualizada que puede ser utilizada en la diseño, implementación y evaluación de políticas y acciones promovidas desde el programa.

### **CARÁCTER EXTENSIONISTA DEL PROYECTO**

La extensión hacia la comunidad constituye una de las funciones sustantivas de las universidades, junto con la docencia y la investigación. En sí, el concepto de extensión contiene diversas significaciones. Landini, Bianqui y Crespi (2013) explican que, desde los teóricos latinoamericanos, se destacan dos modelos distintos sobre la actividad extensionista, el modelo de transferencia y el dialógico. Desde el modelo extensionista de transferencia, se caracteriza por la transmisión de conocimientos expertos de forma vertical hacia los sujetos de la extensión. Aquí, el profesional es considerado como el único portador de conocimientos, pues solo comunica a quienes carecen de él, con el propósito de que lo adopten. En cambio, el modelo dialógico destaca la necesidad de construcción conjunta de saberes, donde el intercambio es horizontal y se valoriza tanto el saber científico-humanístico como el saber popular-social. Desde este enfoque se considera que la universidad debe poner a disposición de la sociedad su patrimonio cultural y la sociedad orientar a la universidad en los nuevos problemas a indagar (Peralta, Barrientos & Cópola, s/f) para la construcción conjunta de propuestas superadoras.

En función de lo planteado, se detalla que el presente proyecto de extensión surge de la articulación interinstitucional del año 2023-2024 entre la Unión de Trabajadores de la Economía Popular UTEP Regional Córdoba, con referentes de Barrio Los Artesanos, la Cátedra de Psicología Sanitaria de la Universidad Nacional de Córdoba, la Municipalidad de Córdoba y la Secretaría de Salud Mental de la Provincia de Córdoba en el marco del proyecto de investigación financiado por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba llamado "Salud mental y pobreza multidimensional desde el enfoque de derechos: un estudio de prevalencia en un barrio popular vulnerado de la ciudad de Córdoba, Argentina". A partir del cual surgió la posibilidad de formular un segundo proyecto que también fuera becado durante el 2025 por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, cuyo título es "Barreras y facilitadores de accesibilidad a servicios de salud mental en barrios populares: un estudio de método mixto con enfoque de derechos humanos". En concreto, el presente proyecto refleja la continuidad de una línea de investigación y extensión desarrollada desde la Cátedra de Psicología Sanitaria. Ambas iniciativas de proyectos surgieron del trabajo conjunto entre actores universitarios y extrauniversitarios quienes fueron y son principalmente referentes comunitarios. Esto se dio mediante espacios de diálogo y planificación de acciones, dado que, desde la

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

perspectiva de extensión sostenida, la participación activa de los destinatarios directos del proyecto es fundamental para asegurar la pertinencia, la legitimidad y el impacto del mismo. Los residentes de barrios populares a los que se acudirá, serán convocados a entrevistas semi-estructuradas para expresar sus experiencias, identificar las barreras que enfrentan para acceder a los servicios de salud mental y definir cuáles son sus necesidades y demandas específicas. También se fomentará el intercambio de saberes y experiencias entre los mismos participantes, se les facilitaría espacios para que puedan compartir sus propias estrategias y experiencias (individuales o colectivas) para acceder a servicios de salud mental, lo que permitirá construir un conocimiento desde la propia práctica. Asimismo, podrían colaborar en la difusión de los resultados del proyecto a través de sus propias redes comunitarias, contribuyendo a sensibilizar a otros residentes y a las autoridades. Por todo ello, el proyecto presentado se enmarca en el segundo modelo extensionista detallado, pues plantea un diálogo permanente entre los actores universitarios y extrauniversitarios en las fases de diagnóstico, intervención y divulgación de las acciones a realizar, donde estas son discutidas, acordadas y consensuadas mediante distintas metodologías participativas.

**Problemática identificada y caracterización del contexto social que da origen al Proyecto**

Existen múltiples razones por las cuales las personas no acceden a los servicios de salud mental. Por ejemplo, Corcadden et al. (2019) hallaron que, en quienes buscaron ayuda en salud mental, los factores asociados con no recibir atención fueron menores ingresos y mayores costos de atención médica. Además, hallaron que las personas con necesidades de atención de salud mental insatisfechas tuvieron más probabilidades de experimentar barreras de acceso relacionadas con coste de medicación y opiniones menos positivas respecto del sistema de salud, en comparación con personas con necesidades de atención satisfechas. Otra de las barreras puede provenir del estigma frente a los problemas de salud mental y actitudes hacia profesionales de la salud o hacia el servicio. Más del 70% de las personas encuestadas en el estudio de Salaheddin & Mason (2016) no consultaron por su problema de salud mental por sentirse avergonzado, porque pueda perjudicar la búsqueda de trabajo, porque puedan considerarlo débil, porque su familia se preocupe y porque la consulta figure en su historial médico. También se observó que más del 68% no consulto por preocupación del tratamiento y efecto de medicamentos, porque pensó que la atención profesional no ayudaría, por miedo a ser internado contra su voluntad y por haber tenido malas experiencias previas con la atención profesional en salud mental. Por otra parte, en una revisión sistemática cualitativa de estudios que indagan las barreras desde la perspectiva de usuarios con problemas de salud mental, se identificaron tres categorías sobre las cuales se centran las investigaciones (Tunks et al., 2023). Una fue el estigma social a los problemas de salud mental y que la ayuda profesional no es el primer

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

recurso, la segunda fue la falta de conocimiento y comprensión sobre las prestaciones que dan los servicios de salud y las percepciones negativas sobre los servicios de salud mental, y la tercera fue la relación entre el profesional de la salud y usuario, pues la discordancia entre identidad social, género y etnia representaba una barrera. Por otra parte, Orozco et al. (2022) indagaron sobre las dificultades de acceso al tratamiento de problemas de salud mental en países americanos y obtuvieron que el 27% informó barreras estructurales, de los cuales el 18,5% indicaron falta de recursos económicos y el 17,7% señalaron una limitada disponibilidad de servicios. Olawande et al. (2020) encontraron que el 62% de las mujeres y el 38% de los varones encuestados refirieron que la distancia geográfica limitaba el acceso a servicios de salud mental. En síntesis, varios estudios muestran que las barreras de accesibilidad a servicios de salud mental son de distinta naturaleza. Sin embargo, esta variabilidad puede resultar vaguedad o imprecisión teórica, incluso puede reflejar una posición acrítica sobre el estudio de la accesibilidad (Landini et al., 2014), por lo tanto, los proyectos que emprendan investigar este fenómeno deben subsanar este aspecto teórico.

Es común comprender que las barreras de accesibilidad provienen de dos fuentes, de la oferta misma de los servicios de salud mental o de la demanda de la utilización de estos (Sarikhani et al., 2021). Las características propias de los servicios pueden ser obstáculos de atención y las características de los usuarios también pueden actuar como barrera. Una reflexión crítica sobre esta noción apunta a conceptualizar la accesibilidad como una interfaz relacional (Landini et al., 2014). Aunque la disposición material de los servicios condiciona el acceso a los mismos, se ha observado que las barreras psicosociales fueron mucho más importantes tanto para iniciar como para mantener un tratamiento de salud mental (Andrade et al., 2014). Es decir, las representaciones y las prácticas que ocurren en encuentros-desencuentros entre los sujetos y los servicios, es relevante para comprender el acceso justo y digno a la salud mental (Comes et al., 2007). Con esta perspectiva, el concepto de accesibilidad se complejiza y se aborda de forma integral, incluyendo sus aspectos materiales como intersubjetivos. Se considera el aspecto geográfico de la accesibilidad, y los aspectos que van más allá, ya que disponer de servicios cercanos no resuelve per se el acceso al sistema de salud mental, ni trae aparejados beneficios de salud, ni mucho menos garantiza la concreción plena del derecho a la salud mental (Landini et al., 2014; Travassos & Martins, 2004).

Así, la accesibilidad puede ser definida como la posibilidad de las personas de acceder a alguna de las instancias del sistema de salud (Travassos & Martins, 2004), y puede ser caracteriza como accesibilidad geográfica, administrativa, financiera y cultural-psicosocial (Comes et al., 2007; Landini et al., 2014). Estas dimensiones pueden tornarse en barreras o facilitadores cuando obstaculizan o cuando promueven el acceso real de la población al sistema de salud (Comes & Stolkiner, 2005). La primera refiere a la distancia material entre los beneficiarios y los servicios de salud, la posibilidad de cubrir el recorrido mediante vías existentes y los transportes disponibles. La segunda

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

trata sobre la organización de los servicios, la gestión y los recursos disponibles. La tercera consiste en el capital necesario para cubrir la atención, el costo de traslado, el valor de la atención, la realización de estudios, la compra de medicamentos, la manutención adicional a tratamientos, entre otros. Finalmente, la accesibilidad cultural, simbólica o psicosocial, comprende a las características y modos de vida de las comunidades, las concepciones de salud construidas, hábitos y costumbres. Esta última dimensión, refiere a la interfaz relacional, la dinámica interactiva psicosocial de experiencias, perspectivas, creencias, valores, representaciones, actitudes y prácticas individuales, grupales o colectivas entre beneficiarios y el sistema de salud (D'Amore, González Cowes, & Logiovine, 2015). Por todo ello, es posible reflexionar que la accesibilidad asume características particulares en los grupos sociales con mayor vulnerabilidad social, en consecuencias cabe preguntarse qué conocemos sobre la accesibilidad a los servicios de salud mental en residentes de barrios populares de la ciudad de Córdoba.

En nuestro país, el Relevamiento Nacional de Barrios Populares (2017) informa que existen 4.228 barrios populares en todo el territorio nacional. Donde viven más de 1 millón 700 mil personas, de las cuales el 24% no trabaja, el 21% tiene trabajo no registrado y solo el 16% tiene empleo registrado. Específicamente en la ciudad de Córdoba, son 177 barrios donde habitan 25.667 familias aproximadamente. Este relevamiento representa un diagnóstico de la situación social de los espacios socio-residenciales con mayor vulnerabilidad en la estructura social argentina, también conocidos como villas, asentamientos urbanos informales o tomas de tierra. En su mayoría devienen de procesos de tomas de tierra a consecuencia de las limitaciones para acceder a soluciones habitacionales, donde las viviendas son auto-construidas de manera irregular por sus mismos residentes sobre terrenos fiscales o privados con tenencia no legalizada o en proceso de regularización (Donza, 2015). En concreto, los residentes de barrios populares no cuentan con título de propiedad y presentan déficit de acceso a servicios básicos como red de agua, red de energía eléctrica y red cloacal. Sumado a que muchos de estos barrios, no integran las áreas programáticas sanitarias del primer nivel de atención de la salud, debido a que su inclusión en catastro es limitada por su proceso de auto-conformación. Por esta razón este proyecto busca conocer las barreras y los facilitadores que los adultos residentes de barrios populares tienen frente a sus problemas de salud mental, a fin reconocer y contribuir en la promoción de la exigibilidad del acceso sanitario como derecho.

En concreto, mediante el presente proyecto se plantea abordar los siguientes interrogantes ¿Cuáles son los aspectos geográficos, financieros, administrativos y psicosociales que perciben como obstáculos o facilitadores para acceder a servicios de salud mental? ¿Cómo describen las y los residentes de barrios populares sus experiencias al intentar acceder a servicios de salud mental? ¿Cuáles son las estrategias individuales y colectivas que utilizan para acceder a la salud mental?

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

**Identificación de los participantes-destinatarios**

Los destinatarios directos serán quienes participan activamente en las actividades del proyecto y se benefician de forma inmediata de sus acciones. Serán la población residente en barrios populares de la ciudad de Córdoba, especialmente quienes presentan barreras de acceso a servicios de salud mental y/o cuenten con experiencias de facilitaciones de acceso a servicios de salud mental, podrán ser referentes comunitarios, líderes barriales, actores sociales locales y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en barrios populares. Serán destinatarios indirectos quienes no participan directamente de las actividades del proyecto, pero se ven beneficiados por los resultados, como profesionales y equipos de salud mental del sistema público que accedan a los insumos sistematizados, los decisores políticos en materia de salud mental que integren los gobiernos provincial y municipal, la universidad en tanto docentes y estudiantes que profundizarán su vinculación territorial y compromiso social, y finalmente los residentes de otros barrios populares.

**OBJETIVOS**

**Objetivo/s general/es:**

- Identificar y promover conjuntamente la construcción de necesidades y demandas específicas de la población residente en barrios populares de la ciudad de Córdoba en materia de accesibilidad a los servicios de salud mental.

**Objetivos específicos:**

- Desarrollar y facilitar espacios de construcción de saberes y de formación dirigidos a la población, residentes en barrios populares de la ciudad de Córdoba en lo referido a la accesibilidad a los servicios de salud mental.
- Promover la sistematización de las experiencias, accesibilidad a los servicios de salud mental llevadas a cabo por residentes en barrios populares de la ciudad de Córdoba.
- Elaborar propuestas concretas y fundamentadas para el fortalecimiento o la creación de acciones o proyectos que promuevan la accesibilidad a los servicios de salud mental por parte de residentes en barrios populares de la ciudad de Córdoba.
- Establecer y fortalecer redes de colaboración entre la universidad, el gobierno provincial, la municipalidad y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el ámbito de la salud mental para promover la accesibilidad a los servicios de salud mental por parte de residentes en barrios populares de la ciudad de Córdoba.

## **PROPUESTA METODOLÓGICA**

En términos procedimentales se seguirán recomendaciones técnicas de diseños de investigación-intervención de metodología cualitativa. Por lo tanto, este proyecto seguirá las recomendaciones metodológicas de Montero y León (2007) sobre estudios cualitativos de casos tipo múltiple con datos primarios. Se trata de una investigación descriptiva no estructurada que refiere a una única unidad muestral (adultos residentes de barrios populares). Es múltiple porque se eligen varios casos que se consideran prototípicos dado que ilustran variantes del fenómeno bajo estudio (adultos residentes de barrio popular con distinto perfil de accesibilidad). Es con datos primarios, porque se presentan datos empíricos originales y enmarcados dentro de la lógica epistemológica subjetivista, y se centran en la perspectiva de los sujetos. Según Neiman y Quaranta (2006), este diseño conlleva un recorte de un fenómeno social particular o un escenario específico para focalizar en un determinado número de hechos y situaciones a fin de compararlos y analizarlos en profundidad y lograr una comprensión holística y contextual de los mismos. En contraste con otros diseños cualitativos, en los estudios de casos es posible utilizar categorías conceptuales previas para el desarrollo de la investigación, que se confirman, desconfirman y refinan.

La unidad de análisis e intervención consistirá en residentes de barrios populares. Se realizará un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve (Romero & Bologna, 2012) y por saturación teórica (Rodríguez Gómez, Gil Flores & García Jiménez, 1996). Esta técnica es adecuada cuando se aborda población infrecuente y poco representada en el total general (adultos residentes de barrios populares -villas y asentamientos- de la Ciudad de Córdoba). Se llama bola de nieve, porque se comienza seleccionando una muestra inicial de personas y en cada entrevista se pregunta por otras personas, y se repite el proceso hasta completar la muestra. Se solicita a la persona participante que referencie a otra persona con puntos de vista similar u opuesto al suyo, y se controla el cumplimiento de los criterios de inclusión. De esta forma se entrevistan a tantos individuos como puntos de vista o experiencias se obtenga según el interés de indagar en función de los criterios para considerar a los casos como prototípicos. Los criterios de inclusión serán: tener al menos 18 años de edad cumplidos, ser residente de un barrio popular del ReNaBap de la Ciudad de Córdoba Capital, haber requerido asistencia en atención primaria de salud mental. Se estima entrevistar al menos a 20 personas entre varones y mujeres.

Como técnica de construcción de datos se emplearán entrevistas en profundidad. Según Anguera (1995) una entrevista en profundidad refiere a un encuentro psicosocial cara a cara entre entrevistador y entrevistado, de diálogo abierto. Tiene el objetivo de lograr el conocimiento y comprensión de los hechos, acontecimientos, experiencias, situaciones, significaciones y prácticas tal como lo expresa el sujeto entrevistado. Se centra en el conocimiento de actividades y acontecimientos del informante, donde revela sus propios modos de ver la realidad, puede describir lo que sucede y el modo en que otras

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

personas lo perciben. Se establecerá un rapport con el informante desarrollando una comprensión detallada de sus experiencias y perspectivas, a fin de acceder a la comprensión de escenarios, marcos o personas y estudiar acontecimientos del pasado. La misma será de guión flexible, dinámico, abierta, no directivo y con estructura y estandarización mínima. Inicialmente, la misma se planteará en función de ejes temáticos con preguntas de tipo abiertas referidas a las dimensiones de las barreras y facilitadores de accesibilidad. No obstante, se tendrá la flexibilidad y apertura para incluir preguntas que refieran a otras experiencias que no sean contempladas en las categorías mencionadas. Además, se incluirán preguntas cerradas sobre datos sociodemográficos de los participantes como edad, género, nivel educativo, ocupación, estado civil y barrio de procedencia. Asimismo, se adoptará una actitud permanente de *reflexividad*, que implica ser consciente de la propia posición en el espacio o estructura social a fin de desarrollar una mirada crítica del propio mundo de representaciones, para poder aprehender y comprender las particularidades que se quiere analizar (Muñiz Terra, Frassa & Bidauri, 2018).

En lo que respecta al procedimiento, se seguirán las recomendaciones de Neiman & Quaranta (2006) y Rodríguez Gómez, Gil Flores, & García Jiménez (1996b) sobre las fases para la realización de estudios cualitativos. Estas fases son, la fase preparatoria, la de trabajo de campo, la analítica y la informativa, cabe destacar que no se trata de un proceso lineal de una fase a otra sino de un proceso con carácter circular y recursivo. Primero, en la *fase preparatoria* se intenta establecer el marco teórico-conceptual, tomando como base la propia formación investigadora, experiencia, conocimientos y opciones ético-políticas. Atravesado multiculturalmente, se enfrenta a un mundo complejo teñido de diversidad y conflictos en lucha por desarrollar éticas situacionales para ser aplicadas a la actividad de indagación. Es así que se pretende determinar preguntas de abordaje eligiendo coordenadas desde donde poder dar respuesta, en un proceso de autorreflexión y autocrítica. Se intenta establecer el estado del arte, desde una perspectiva amplia, especificando las razones de su elección y los paradigmas desde donde dar respuesta. Así, se elige un marco conceptual como herramienta para explicar y orientar el proceso de recogida y análisis de datos. Para esto, se eligió como modelo teórico la visión crítica de la accesibilidad como *interfaz relacional* (Landini et al., 2014). Se comienza a planificar y diseñar la intervención, teniendo en cuenta al actor universitario, su formación, el objeto de estudio, el marco teórico, el diseño de indagación, las técnicas de recolección de datos, análisis de los mismos y los procedimientos de consentimiento y aprobación. Se determinará la naturaleza, el tamaño, la localización y dimensión temporal de los casos a indagar. Se identificará el escenario en que se va a realizar la intervención, el acceso al mismo, las características de la muestra y selección de y los recursos disponibles. Por ejemplo, en este proyecto el escenario consistirá, inicialmente, en cuatro barrios populares de la ciudad de Córdoba que integran el ReNaBap. A partir del vínculo concretado con referentes de la Secretaría

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

de Hábitat de la Unión de Trabajadores de la Economía Popular (UTEP) Regional Córdoba conformada por residentes de los barrios a) Comunidad Marta Juana Gonzalez, b) Los Artesanos, c) San Alberto y, d) Seis de Agosto. Con respecto a las técnicas, se utilizarán entrevistas en profundidad y las mismas serán desarrolladas en los centros comunitarios pertenecientes a cada barrio. Como producto final de esta fase preparatoria, se elaboró la presente propuesta de investigación-extensión, la cual es susceptible de modificaciones de acuerdo a la naturaleza del diseño cualitativo. Segundo, en la *fase de trabajo de campo*, se deberá ser paciente en la llegada al territorio, ya que habrá momentos de confusión, se deberá estar preparado para confiar en el escenario y ser aceptado poco a poco por los informantes. Se debe tener una buena preparación teórica sobre el tópico de proyecto y sobre bases teóricas y metodológicas, cuidando los detalles, la recogida de información y la organización, para que sea una etapa productiva de datos, además de saber reconocer cuándo acceder y cuándo abandonar el campo. El acceso al campo supone un permiso para realizar una construcción dialéctica de información en un contexto de vínculos de confianza con los participantes y culmina cuando finaliza el estudio. Se reconocerán, conocerán y respetarán las normas formales e informales del lugar, insertándose en el escenario para tratar de construir un mapa de la distribución física del mismo y un esquema de los participantes. Se utilizarán dos estrategias; el vagabundeo, que refiere al acercamiento de carácter informal, recogida de características del escenario y opiniones sobre el entorno; y la construcción de mapas, que supone un acercamiento formal con la cual se construyen esquemas sociales, espaciales y temporales de las interacciones entre los individuos e instituciones. Un ejemplo de ellas es la posibilidad que otorgan las y los referentes de la Secretaría de Hábitat de la UTEP de realizar observaciones no participantes en sus actividades comunitarias de comedor, apoyo escolar, copas de leche, campeonatos de fútbol, entre otras. Como paso siguiente, se procederá a identificar los informantes adecuados. El investigador irá asumiendo diferentes roles al igual que los participantes irán definiendo su papel, de acuerdo al grado de información que proporcionan, tomando una serie de decisiones sobre cambios que irán rediseñando el trabajo; por ejemplo, la duración de las entrevistas y aplicación de normas básicas en las que acuerdan los investigadores cualitativos. Se requiere en esta fase la organización de notas y transcripción. Para ello debemos cuidar la suficiencia y adecuación de los datos. Cuando el investigador se considera parte integrante del contexto, un “nativo”, es momento de abandonar el campo. Es importante la elección de un lugar cómodo y tranquilo en el barrio para realizar las entrevistas y la grabación, manteniendo una relación de respeto con el informante y habiendo ofrecido el pedido voluntario de participación y el acuerdo del consentimiento informado. La fecha y horarios se acordarán conjuntamente, considerando sus observaciones y sugerencias sobre sus usos horarios. Se solicitará consentimiento informado (Fe.P.R.A., 2013; Colegio Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016) de los participantes, se brindará

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

información sobre los objetivos de la investigación, se les comunicará que pueden desistir de su participación en el momento que lo deseen, se les explicará que su participación es voluntaria y no obligatoria, se expresará sobre el destino de los datos aportados y que los mismos son anónimos y confidenciales. Todo esto, procurando un lenguaje comprensible y ajustado a la población meta. Se garantizará el anonimato de los participantes no solicitando nombre ni apellido, y se los identificará con seudónimos. Tercero, en la *fase analítica* se realizará el análisis de datos cualitativos, que requiere de actividades y operaciones concretas, detalladas específicamente en el apartado de análisis de datos. Cabe destacar que la fase analítica y de trabajo de campo son instancias que coexisten en los diseños de investigación cualitativa. Finalmente, en la *fase informativa* culmina el proceso de investigación-extensión con la presentación y difusión de los resultados a través de la elaboración de un informe. Éste debe contener argumentaciones convincentes, donde se presenten los datos de manera sistemática apoyando los casos del investigador y refutando las explicaciones alternativas. Se ofrecerá un resumen de los principales hallazgos presentando sus resultados para apoyar las conclusiones. En esta instancia se procurará generar espacios de diálogo y colaboración entre la universidad, el gobierno provincial, la municipalidad y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el ámbito de la salud mental para promover alternativas a fin de fortalecer la accesibilidad a los servicios de salud mental por parte de residentes en barrios populares de la ciudad de Córdoba.

### **PLAN DE TRABAJO**

Se seguirán las recomendaciones de Neiman & Quaranta (2006) y Rodríguez Gómez, Gil Flores, & García Jiménez (1996b) sobre las fases para la realización de indagaciones cualitativas. Estas fases son, la fase preparatoria, la de trabajo de campo, la analítica y la informativa, cabe destacar que no se trata de un proceso lineal de una fase a otra sino de un proceso con carácter circular y recursivo. La fase preparatoria consiste en establecer el marco teórico-conceptual de trabajo, mediante la revisión bibliográfica permanente mientras dure el proyecto, se concretarán espacios de diálogo con los actores extrauniversitarios para identificar el escenario en que se va a realizar la intervención y los recursos disponibles, a partir del vínculo concretado con referentes de la Secretaría de Hábitat de la Unión de Trabajadores de la Economía Popular (UTEP) Regional Córdoba conformada por residentes de los barrios a) Comunidad Marta Juana Gonzalez, b) Los Artesanos, c) San Alberto y d) Seis de Agosto. En la fase de trabajo de campo, se realizarán observaciones no participantes en las actividades comunitarias y entrevistas en profundidad. En la fase analítica, se realizará un análisis de síntesis de datos en software especializado, cabe destacar que esta fase es coocurre con la fase de trabajo de campo. Finalmente, la fase informativa consistirá en la confección de un informe de síntesis de datos, la socialización del informe de síntesis de datos con actores extrauniversitarios y la vinculación de los actores extrauniversitarios con actores

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

de la universidad, el gobierno provincial, la municipalidad y otras organizaciones de la sociedad civil.

**CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO**

Actividad	Mes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión bibliográfica y de marco teórico-conceptual de trabajo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Espacios de diálogo de planificación con actores extrauniversitarios	X	X										
Observaciones no participantes en actividades comunitarias			X	X	X	X	X	X				
Entrevistas en profundidad			X	X	X	X	X	X				
Sistematización de datos en software especializado			X	X	X	X	X	X				
Análisis de datos en software especializado						X	X	X				
Confección de informe de síntesis de datos									X	X		
Socialización de informe de síntesis de datos con actores extrauniversitarios											X	
Vinculación de actores extrauniversitarios con actores de la universidad, el gobierno provincial, la municipalidad y otras organizaciones de la sociedad civil.												X

**VINCULACIÓN E IMPACTO SOCIAL ESPERADO**

Se accederá a las entrevistas en profundidad mediante la articulación con las siguientes instituciones que cuentan con trabajo comunitario en los barrios populares seleccionados. Ellas son la Unión de Trabajadores de la Economía Popular (UTEP) Regional Córdoba, la Comisión Vecinal de Comunidad Marta Juana González, la Centro



**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

Vecinal Barrio Los Artesanos, la Cooperativa de Trabajadores y Trabajadoras de la Economía Popular Barrio San Alberto y la Casa Pueblo Inti Raymi Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) SEDRONAR. Estas instituciones colaborarán en la identificación de potenciales personas a entrevistar y ofrecerán los espacios físicos necesarios para concretar las entrevistas, todo ello en línea con las indicaciones éticas mencionadas en el apartado de Propuesta Metodológica. De cada institución participará al menos un integrante en espacios de socialización de informe de síntesis de datos a fin de coordinar conjuntamente acciones de vinculación con actores de la universidad, el gobierno provincial, la municipalidad y otras organizaciones de la sociedad civil.

En lo que respecta al impacto social esperado para la comunidad se espera, a) una mayor comprensión sobre la accesibilidad a la salud mental, a través de los espacios de construcción de saberes; c) una visibilización de las barreras específicas de acceso, ya que la sistematización de sus experiencias permitirá hacer visibles las dificultades particulares que enfrentan los residentes de barrios populares y c) una elaboración de propuestas concretas y relevantes, una producción conjunta de propuestas asegurará que las acciones futuras estén más adaptadas a las necesidades y al contexto específico de los barrios populares. En lo que refiere al impacto social esperado para la facultad se espera, a) una mayor vinculación con el medio y pertinencia social de la facultad, por el fortalecimiento de la conexión con las necesidades reales de la comunidad, demostrando su compromiso con el desarrollo social y aumentando su pertinencia como institución al servicio de la sociedad cordobesa; b) generar conocimiento relevante y aplicado, las experiencias en el marco del proyecto pueden promover nuevo conocimiento relevante para el contexto local y de retroalimentación para la formación académica y la investigación dentro de la facultad; y c) promover una formación integral de estudiantes y docentes, con la participación en actividades de extensión se brinda a estudiantes y docentes la oportunidad de aplicar sus conocimientos en contextos reales, desarrollar habilidades de trabajo interdisciplinario y comunitario, y sensibilizarse sobre las problemáticas sociales, enriqueciendo su formación integral.

### **FINANCIAMIENTO**

Los recursos humanos serán previstos desde la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (FP-UNC), específicamente desde la Cátedra de Psicología Sanitaria y otros recursos humanos provendrán desde los programas municipales, provinciales y nacionales o de proyectos de organizaciones de la sociedad civil con los que se articule.

### **Requerimientos a la Facultad**

Debidamente se solicitará salas o aulas con proyector para el desarrollo de reuniones de planificación o para eventos de difusión del proyecto. Se utilizará el Box de la Cátedra

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

para entrevistas y reuniones de coordinación. Se prevé realizar capacitaciones, reuniones y supervisiones del equipo en la Facultad de Psicología.

**Fuentes de financiamiento y/o subsidios**

Durante el periodo de existencia del programa se postulará a diferentes fuentes de financiamiento universitarios y/o extrauniversitarios, a la vez que interinstitucionalmente se buscará obtener financiamiento del Estado en sus distintos niveles de organización, sea municipal, provincial y nacional. El proyecto se vincula con el Proyecto Beca de Investigación aprobado y financiado por la Secretaría Científica del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba 2025 con Título del Proyecto: “Barreras y facilitadores de accesibilidad a servicios de salud mental en barrios populares: un estudio de método mixto con enfoque de derechos humanos”. Además, se espera vincularse con otros financiamientos disponibles.

**EVALUACIÓN DEL PROYECTO**

En lo que respecta a la acción de generar espacios de diálogo de planificación con actores extrauniversitarios, serán indicadores de impacto: a) el nivel de participación y representatividad reflejado en el número y diversidad de actores extrauniversitarios involucrados como residentes, organizaciones y referentes, y b) el grado de consenso y acuerdos alcanzados mediante la identificación de los puntos de acuerdo y las decisiones conjuntas tomadas para la planificación del proyecto. Estos indicadores serán evaluados mediante registros de actas, que consisten en documentación detallada de las reuniones, participantes, temas tratados y acuerdos y observación participante, con la que miembros del equipo del proyecto registrarán las dinámicas grupales, niveles de participación y calidad de las interacciones. Sobre la acción de observaciones no participantes en actividades comunitarias serán indicadores de impacto: a) la identificación de dinámicas y prácticas relevantes, mediante el registro de situaciones, interacciones y comportamientos relacionados con el acceso a la salud mental en el contexto comunitario, b) la comprensión del contexto social y cultural, mediante notas de campo que describan el entorno, las relaciones y las normas sociales que influyen en la accesibilidad y c) la detección de barreras y facilitadores informales, mediante la identificación de elementos del entorno o prácticas comunitarias que dificultan o favorecen el acceso a la salud mental. Estos indicadores serán evaluados con la elaboración de notas de campo detalladas, a través de registros sistemáticos y descriptivos de las observaciones, incluyendo fecha, lugar, participantes y eventos relevantes; y un análisis de contenido de las notas de campo, a través de la identificación de patrones, temas recurrentes y hallazgos significativos. En lo referido a las entrevistas en profundidad, serán indicadores de impacto: a) la identificación de experiencias y significados individuales, con el registro de las narrativas personales, las emociones y las interpretaciones de los participantes; y b) la detección de barreras y

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

facilitadores desde la perspectiva individual, con la identificación de los obstáculos y los apoyos que las personas experimentan al intentar acceder a los servicios de salud mental. Estos indicadores serán evaluados mediante la grabación y transcripción de las entrevistas (con consentimiento), y el análisis temático del contenido de las entrevistas, identificando temas recurrentes, patrones y diferencias en las experiencias y perspectivas. Sobre la acción de la confección de informe de síntesis de datos, serán indicadores de impacto: a) la presentación efectiva de los resultados y b) la claridad, coherencia y exhaustividad del informe. Estos indicadores serán evaluados mediante la revisión por pares internos y/o externos y referentes de las instituciones; y con una autoevaluación del equipo sobre la claridad y el impacto potencial del informe. Sobre la acción de Socialización de informe de síntesis de datos con actores extrauniversitarios, serán indicadores de impacto: a) el nivel de participación y receptividad de los actores, y b) la comprensión y apropiación de los resultados por parte de los actores. Estos indicadores serán evaluados mediante registros de asistencia de las instancias de socialización y registro de la retroalimentación a los participantes sobre la claridad y utilidad del informe y la instancia de socialización. Finalmente, sobre la acción de vinculación de actores extrauniversitarios con actores de la universidad, el gobierno provincial, la municipalidad y otras organizaciones de la sociedad civil, serán indicadores de impacto: a) el número y tipo de vínculos establecidos, y b) el desarrollo de iniciativas conjuntas. Estos indicadores serán evaluados mediante el registro de las reuniones, acuerdos y proyectos conjuntos que se desarrollan y entrevistas de seguimiento con los actores involucrados para evaluar la calidad y la utilidad de los vínculos.

**Bibliografía consultada/Referencias Bibliográficas**

- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Ballesteros, M. S. (2014). *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios* (41; Documentos de Jóvenes Investigadores).
- Burrone, M. S., Enders, J. E., Alvarado, R., Valencia, E., Abeldaño, A. R., Susser, E., & Fernández, A. R. (2015). La brecha de cobertura de atención de trastornos de salud mental en el primer nivel de atención de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas*, 72(4), 309–313.
- Calvillo, L., Negro, L., & Venesio, S. (2010). *Estimación de la Población Afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina*.

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14, 201–209. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
- Comes, Y., & Stolkner, A. (2005). “Si pudiera pagar”: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, 12, 137–143. <http://www.icas.net/modulo4.htm>
- Corscadden, L., Callander, E. J., & Topp, S. M. (2019). Who experiences unmet need for mental health services and what other barriers to accessing health care do they face? Findings from Australia and Canada. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(2), 761–772. <https://doi.org/10.1002/hpm.2733>
- Corscadden, L., Levesque, J. F., Lewis, V., Strumpf, E., Breton, M., & Russell, G. (2018). Factors associated with multiple barriers to access to primary care: An international analysis. *International Journal for Equity in Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0740-1>
- Dever, A. (1991a). Capítulo 2. Epidemiología y política sanitaria. In O. Organización Panamericana de la Salud & O. Organización Mundial de la Salud (Eds.), *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Aspen Publishers.
- Dever, A. (1991b). Capítulo 2. Epidemiología y política sanitaria. In O. Organización Panamericana de la Salud & O. Organización Mundial de la Salud (Eds.), *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Aspen Publishers.
- Donza, E. (2015). *Anexo metodológico. La encuesta de la deuda social argentina del bicentenario (2010-2016)*.
- Jorrat, J. R., Fernández, M. de las M., & Marconi, E. H. (2008). Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005: comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. *Salud Colectiva*, 4(1), 57–75.
- Koen Demyttenaere, Ronny Bruffaerts, Jose Posada-Villa, Isabelle Gasquet, Viviane Kovess, Jean Pierre Lepine, Matthias C Angermeyer, Sebastian Bernert, Giovanni de Girolamo, Pierluigi Morosini, Gabriella Polidori, Takehiko Kikkawa, Norito Kawakami, Yutaka Ono, Tadashi Takeshima, Hidenori Uda, Elie G Karam, John A Fayyad, Aimee N Karam, ... WHO World Mental Health Survey Consortium. (n.d.). *Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*.
- Lalonde, M. (1996). El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In O. Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Promoción de la salud: una antología*. (557th ed., pp. 3–5). Organización Panamericana de la Salud.
- Landini, F., Cowes, V. G., & D’Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. In *Cadernos de Saude Publica* (Vol. 30, Issue 2,

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

- pp. 231–244). Fundacao Oswaldo Cruz. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030313>
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862.
  - Olawande, T. I., Ajayi, M. P., Amoo, E. O., Iruonagbe, T. C., & Adekeye, O. (2020). Barriers to the utilization of mental healthcare services in South West, Nigeria: Gender implications. *Anuario de Psicología*, 50(2), 98–102. <https://doi.org/10.1344/anpsic2020.50.9>
  - Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos. In *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>
  - Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*. Pan American Health.
  - Orozco, R., Vigo, D., Benjet, C., Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. H., Cia, A., Hwang, I., Kessler, R. C., Piazza, M., Posada-Villa, J., Rafful, C., Sampson, N., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Viana, M. C., & Medina-Mora, M. E. (2022). Barriers to treatment for mental disorders in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 303, 273–285. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.031>
  - Relevamiento Nacional de Barrios Populares. (2017). *Informe General Período 08/2016 a 12/2017*.
  - Salaheddin, K., & Mason, B. (2016). Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 66(651), e686–e692. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687313>
  - Saraceno, B., Van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., Sridhar, D., & Underhill, C. (2007). Series Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Global Mental Health*, 370. <https://doi.org/10.1016/S0140>
  - Sarikhani, Y., Bastani, P., Rafiee, M., Kavosi, Z., & Ravangard, R. (2021). Key Barriers to the Provision and Utilization of Mental Health Services in Low-and Middle-Income Countries: A Scope Study. *Community Mental Health Journal*, 57(5), 836–852. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00619-2>
  - Solar, O., & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. In *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. <https://doi.org/ISBN 978 92 4 150085 2>
  - Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275–293.

**EX-2025-00513940- -UNC-ME#FP  
ANEXO II RHCD**

- Stagnaro, C. J., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Ezequiel Sustas, S., Elena Medina Mora, M., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex*, 142, 275–299.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders : a systematic review and meta-analysis 1980 – 2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 190–198.
- Tunks, A., Berry, C., Strauss, C., Nyikavaranda, P., & Ford, E. (2023). Patients' perspectives of barriers and facilitators to accessing support through primary care for common mental health problems in England: A systematic review. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 338, pp. 329–340). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.035>
- Vignolo, J., Mariela, V., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med Int*, 33(1), 7–11.



Universidad Nacional de Córdoba  
2025

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo Firma Ológrafa**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO II Proyecto Barrio Salud - Programa Sananez

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 21 pagina/s.