

EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS

THE CONCEPT OF ACCESSIBILITY: A RELATIONAL PERSPECTIVE BETWEEN HEALTH SERVICES AND POPULATION

Comes, Yamila¹; Solitario, Romina²; Garbus, Pamela³; Mauro, Mirta⁴; Czerniecki, Silvina⁵; Vázquez, Andrea⁶; Sotelo, Romelia⁷; Stolkner, Alicia⁸

RESUMEN

Este trabajo se enmarca en una línea Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. El proyecto marco indagó la accesibilidad y dignidad en la atención de usuarios de servicios de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En este trabajo se presentan cinco experiencias sobre la accesibilidad a servicios de salud, donde lo que unifica el criterio de selección de los diferentes grupos es la vulnerabilidad social que presentan. Metodología: se desarrolla una metodología de estrategia cualitativa. Se tomaron como unidades de análisis a usuarios, población no usuaria y trabajadores del hospital seleccionado. Conclusiones: Pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

Palabras clave:

Servicios de salud - Accesibilidad - Dignidad - Derechos - Exclusión en salud

ABSTRACT

This work is framed in the field of Health Systems and Services Research. The general project investigated the accessibility and dignity in health care of users of health services dependent on Buenos Aires City Government. This work describes five experiences about accessibility to health services. The social vulnerability of the different groups was the selection criteria. Methodology: the methodology is a qualitative strategy. The analysis units were: users, non user population and workers of the selected hospital. Conclusions: Taking the accessibility to the health system as a relationship that is built between the subjects and the services means to analyze both the conditions and speeches of the services and the conditions and representations of the subjects so as they express the particular mode that the services use takes.

Key words:

Health Services - Accessibility - Dignity - Rights - Health exclusion

¹ Psicóloga. Magíster en Salud Pública, UBA. Docente de la materia Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA. ycomes@psi.uba.ar

² Licenciada en Psicología. Becaria CONICET. JTP de Salud Pública/Salud Mental II, Facultad de Psicología, UBA.

³ Licenciada en Psicología. Becaria CONICET. Docente de Salud Pública/Salud Mental II, Facultad de Psicología, UBA.

⁴ Licenciada en Sociología, UBA. JTP Regular de las Cátedras I y II de Estadística, Facultad de Psicología, UBA.

⁵ Psicóloga. Magíster en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

⁶ Licenciada en Psicología. JTP de Salud Pública/Salud Mental II, Facultad de Psicología, UBA.

⁷ Licenciada en Psicología. Docente en la Maestría de Salud Pública, UBA.

⁸ Licenciada en Psicología. Diplomada en Salud Pública, UBA. Profesora Titular Regular de la materia Salud Pública/Salud Mental II, Facultad de Psicología, UBA. Directora del Proyecto UBACyT "Accesibilidad y dignidad en la atención en Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: sujetos y derecho a la atención en Salud". Investigadora categorizada I. stolkner@psi.uba.ar

INTRODUCCIÓN

Se trata de un estudio interdisciplinario de un problema complejo con una estrategia de investigación social participativa. Se enmarca en el campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. El problema a abordar es la accesibilidad y dignidad en la atención en los servicios de salud dependientes del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Estos son componentes de la Protección Social en Salud definida por la OMS/OIT (2002). El objetivo es describir y analizar las diferentes dimensiones de la accesibilidad y la dignidad en la atención en los servicios de salud detectando y conceptualizando las situaciones de "exclusión en salud". La meta es contribuir a producir cambios en las prácticas. Se diferencian grupos de usuarios que tienen problemas específicos de accesibilidad o dignidad en la atención (por edad, género, etc.).

La metodología desarrollada para el estudio sobre la accesibilidad y dignidad en la atención de los cinco grupos identificados con problemas de *exclusión en salud* posee en líneas generales el denominador común de tratarse de estrategias metodológicas de tradición cualitativa.

Para el grupo de mujeres por debajo de la línea de pobreza se realizaron 25 entrevistas en servicios estatales de la Ciudad de Buenos Aires. El material de campo fue analizado por medio de la técnica de análisis de contenido y dentro de la línea de cualitativistas, se seleccionó la Teoría Fundamentada. (Glasser, B.G. y Strauss, A.L., 1967).

Para el grupo de drogadependientes se llevaron a cabo 12 entrevistas semidirigidas a profesionales de varios servicios del Hospital seleccionado. Las entrevistas se procesaron por medio de generación de categorías que agrupan fragmentos discursivos significativos. (Glasser, B.G. y Strauss, A.L., 1967).

Para el grupo de adolescentes en riesgo la metodología consistió en la toma de 10 entrevistas semidirigidas a profesionales de la salud y de programas sociales del área en estudio (Defensoría PETI y dependencia de chicos en situación de calle)

Para el grupo de adultos mayores se realizó un censo en el área geográfica, referenciada por los vecinos del barrio como la más crítica en cuanto a la población de adultos mayores sin cobertura de obra social ni prepa, en el que participaron personal del hospital, del gobierno local, residentes y alumnos de la Facultad de Psicología. Se realizó el censo relevando todas las viviendas del área y encuestando a cada adulto mayor de 59 años concluyendo con 140 encuestas.

Para el grupo de usuarios en general, se aplicó un cuestionario con respuestas abiertas a 45 usuarios del hospital estatal seleccionado.

EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD

El concepto de accesibilidad ha sido muy utilizado desde los años 60. Fue en el momento en que se acordó la necesidad de concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos (en el marco de la Alianza para el Progreso). A partir de ahí es que se planteó el crecimiento por áreas y salud fue una de las más relevantes para concretar esta meta. Esta preocupación por el "*desarrollo social*" partía de la base de que sería necesario crédito externo y tiempo para poder igualar a todos los países del mundo. La preocupación por el avance del socialismo fue uno de los motivos que precipitaron estas políticas (Comes, Y.; 2006).

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras fueron caracterizadas como: *geográficas*, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista). Las barreras *económicas* aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras *administrativas* expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como *cultural* y estaba centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso. En nuestra experiencia de trabajo y tomando palabras del Profesor Samaja¹, la redefinimos como barrera simbólica en tanto consideramos que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras.

El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso. En este sentido, este equipo de investigación define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.

¹ Surge de entrevista con informante Calificado - Año 1991.

Esto nos lleva a considerar el concepto en su complejidad, incluyendo en su análisis su dimensión relacional. Se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. Dicho esto, definimos accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. (Stolkiner y Otros, 2000). Este vínculo se construye a partir de la una combinatoria entre las *“condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”* (Stolkiner y Otros, 2000). Esta definición parte de la consideración de Bourdieu que plantea que las ciencias sociales son ciencias relacionales (Bourdieu P. y Wacquant L J D, 1995). También se incluye en esta mirada el hecho de que son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones.

DIGNIDAD EN LA ATENCIÓN

En el contexto internacional (ONU) se han expresado políticas que han centrado sus esfuerzos en conseguir, para el presente milenio, el objetivo de erradicar la pobreza en el mundo y respetar la dignidad humana. Estas políticas han sido apoyadas por los organismos internacionales en salud (OMS-OPS) quienes han contribuido con el esfuerzo declarado en los objetivos del Milenio (Declaración Del Milenio - ONU; 2000). En el año 2002 han desarrollado conjuntamente con la OIT un documento donde expresan la necesidad de generar estrategias para la Protección Social en Salud. Entre dichas estrategias figura el respeto por la dignidad en la atención. Se considera una atención digna, a aquella guiada por el respeto hacia los derechos de los sujetos. En este trabajo particularmente, a toda aquella en la cual se cumplan los derechos de los usuarios establecidos en la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 153 - título 1, cap. 2, art. 4). Los mismos son:

- a. El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;
- b. La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;
- c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;
- d. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta

- e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;
- f. Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad;
- g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;
- h. Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos;
- i. Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.
- j. Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;
- k. Internación conjunta madre-niño;
- l. En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento;
- m. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores;
- n. Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen;
- o. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores;

A continuación se presentarán diferentes experiencias, tomando algunas dimensiones de la accesibilidad y dignidad en la atención en grupos vulnerables que fueron identificados por el equipo como aquellos que presentan problemas de exclusión en salud.

Mujeres pobres:

experiencias de accesibilidad simbólica

Con relación al grupo de mujeres por debajo de la línea de pobreza se trabajó un aspecto de la dimensión simbólica de la accesibilidad. Aquella que hacía a las representaciones sociales sobre el derecho a la atención de la salud. Fue definido este recorte del problema dado que en investigaciones previas se observaba que la idea de derecho a la atención de la salud era motivo de diferentes encuentros/desencuentros entre las mujeres pobres y los servicios de salud. Este recorte constituyó la Tesis de doctorado de una de las autoras y fue financiado mediante una beca UBACyT en la categoría de Doctorado. La tesis ya fue presentada y se encuentra en la fase de evaluación.

Las representaciones que se expresaron en el discurso de este grupo de mujeres, sugirieron elementos de análisis sobre la accesibilidad simbólica, a los servicios de salud estatales. Estas mujeres han conformado su experiencia de utilización de servicios en un contexto histórico complejo; los modelos económicos hegemónicos que implicaron políticas en salud, los discursos de

género que se han construido a lo largo de la historia y que sus expresiones continúan moldeando subjetividades, las normativas que conformaron políticas en salud, la historia del modo de vincularse entre las poblaciones pobres y el estado, las políticas asistencialistas que median entre Estado y ciudadano, etc. En esta trama compleja, se urden las historias individuales y experiencias personales en relación al significado de la atención de la salud, el derecho y la utilización de servicios.

Las mujeres entrevistadas utilizan el hospital (a quien consideran con calificativos positivos a la hora de resolver los problemas de salud) y en esta relación pareciera desaparecer de la esfera de las significaciones, el concepto de Estado como organismo que financia hospitales con el objetivo de garantizar un derecho. Ellas tienen claro el significado de la idea de derecho, desde la retórica más conceptual del mismo. Los significantes utilizados para nombrar el derecho a la atención de la salud se asimilan a discursos propios de otras décadas (peronismo). Sin embargo, cuando se indaga sobre el ejercicio se observa una brecha entre discursos y actos. Los actos de ejercicio de derecho tienen más que ver con alcanzar una buena atención tendiendo a garantizarse una gratuidad absoluta o una semi gratuidad. Esta semi-gratuidad, la ponderan en función de otorgar a "otros" en circunstancias de ingreso más desventajosas que ellas, la misma posibilidad para la atención y resolución de sus problemas de salud. La "redistribución solidaria", como mecanismo compensatorio para lograr la igualdad, rige el discurso sobre la gratuidad en los hospitales públicos y podría ser la muletila que surge en el pensamiento, ante cada situación donde se propone el cobro de algún arancel. En este sentido, la solidaridad que expresan con sus conciudadanos, especialmente los más necesitados de atención y los menos aventajados en la escala social, muestra la potencia de que disponen.

Simultáneamente, esta actitud las ubica en un lugar de altruismo, donde los discursos sobre la beneficencia y la caridad afloran y las posicionan en una relación asimétrica entre pares. En esta diferencia se construye la decisión de pagar. La que tiene paga, la que no tiene es subsidiada por la que paga. Las relaciones asimétricas en la distribución de bienes sociales, fueron la base de la beneficencia en Argentina. Ellas no han podido incorporar criterios distributivos típicos del Estado de Bienestar, sino que la redistribución a la que ellas aluden, se encuentra referida al concepto de solidaridad y empatía con el prójimo más que al modelo de redistribución primaria o secundaria de los Estados de Bienestar. Congruente con esta situación, es claro que las mismas no visualizan al Estado como parte del aparato institucional que garantiza el derecho por el cual se pueden atender gratuitamente en un hospital estatal.

Ellas también hacen beneficencia con el hospital, ya que muchas aportan dinero o trabajo para mejorar la

situación de aquellos. Se observa que entre sus representaciones, estas mujeres conservan aquellas ligadas al modelo de asistencia social liberal más que a otros modelos.

La idea que sostienen las mujeres residentes en la ciudad de Buenos Aires pertenecientes a este grupo sobre aquel o aquella que utiliza los servicios de la ciudad de Buenos Aires pero no reside en la misma, se basa en una analogía con el concepto de foráneo. El habitante del conurbano, al igual que el extranjero, no sería sujeto de derecho a la atención de la salud. Ellas asemejan el concepto de derecho humano, al de derecho basado en la nacionalidad, eludiendo de esta manera la amplitud del concepto de humanidad, la idea de universalidad parece ajena. Ellas simbolizan el espacio social de un municipio con el modelo de un Estado Nacional. Es decir, pareciera que el responsable de cuidar la salud de la población fuera solo el municipio y no el Estado Nacional. Nuevamente el concepto de Estado se desdibuja en sus producciones simbólicas.

Drogadependientes y discursos sobre la accesibilidad administrativa

Con relación a este grupo, se presenta un recorte de los resultados obtenidos en un estudio que constituyó la Tesis de Maestría de una de las autoras, que indagó representaciones sociales y prácticas sobre la drogadependencia en profesionales de la salud. El análisis se centró en la relación existente entre los discursos de los profesionales entrevistados y la dimensión administrativa de la accesibilidad. Se parte del supuesto de que el ideario estigmatizante acerca de la drogadependencia, se reproduce en los discursos y condiciones de los Servicios de Salud, y que esto podría constituir barreras de accesibilidad.

La importancia de estudiar los discursos sobre la drogadependencia, radica en la necesidad de avanzar en el conocimiento de la medida en que dichas construcciones, condicionan la utilización de los Servicios de Salud, por parte de los usuarios de drogas.

Del análisis de las entrevistas se desprende que en solo dos de los equipos seleccionados, los profesionales dijeron "atender drogadependientes". En ambos casos, se encuentran particularidades asociadas a los horarios y días de atención, que podrían relacionarse con el acceso a los servicios.

En el equipo de Adicciones, los profesionales coinciden en que "el número de consultas espontáneas es muy bajo" y que la mayoría de los pacientes que atienden, son obligados (por vía judicial) a realizar tratamiento. Al preguntar por el recorrido que necesita hacer una persona para ser atendido en el servicio, los entrevistados manifestaron que "se accede a primera consulta en día y horario de atención prefijado". En cuanto a los horarios para acceder a ese primer contacto, todos coinciden en que se trata de un lapso aproximado de dos

horas de atención una vez por semana, en horario de mañana. Sin embargo, se observa en la puerta del servicio, la presencia de un cartel que dice: *"Adicciones. Miércoles 9 hs. Presentarse con N° de Historia Clínica y Bono de Consulta"*. En el caso de la Guardia, los entrevistados coinciden en que las consultas por consumos problemáticos aumentan significativamente los días sábados, principalmente en horario de tarde y noche. Uno de los profesionales señala que *"hay más consultas que el resto de la semana"* y otro de ellos dice que *"el aumento alcanza un 20 % ó 30 %"*, con relación a las consultas en el mismo servicio de lunes a viernes.

Las dos situaciones planteadas en cuanto a la *"consulta de drogadependientes"* muestran que la oferta horaria y de días de atención, podría determinar, en alguna medida, la utilización que estas personas hacen de los servicios. Esto podría explicar, en parte, la ausencia de consultas espontáneas en el servicio específico.

Si se compara lo anterior con lo que ocurre en el Servicio de Guardia, se observa que la mayor cantidad de consultas se realizan durante los fines de semana, en horarios de tarde y noche. Cabe recordar que a este servicio se puede acceder sin turno previo y en cualquier momento del día.

El punto a tener en cuenta en este caso se relaciona, por un lado, con la modalidad de la vía de acceso al servicio, y por otro con la forma en que se presentan estas personas. En cuanto al primer punto, vemos que tampoco aquí predominan las consultas espontáneas, ya que los entrevistados expresan que estos pacientes suelen ser *"traídos por la ambulancia y/o por la policía"* y en todos los casos coinciden en el hecho de que *"no consultan solos"*. En cuanto a la forma en la que se presentan, suele tratarse de situaciones de urgencia: intoxicaciones agudas y cortes ó lastimaduras producidas en situaciones de violencia.

La caracterización de las situaciones de consulta muestra la ausencia de contactos con el servicio por parte de usuarios de drogas con otras características: en fases iniciales del consumo, sin conflictos con la ley penal, etc., que posiblemente constituyen la mayoría de estos usuarios.

La accesibilidad para este grupo de usuarios, no ha sido constituida como problema ni siquiera desde la oferta de servicios de salud. Tampoco desde la población posible usuaria. En este desencuentro la posibilidad de encontrar atención se produce únicamente en situaciones de crisis física y/o emocional, ya sea de quienes padecen adicciones o desde quienes poseen vínculos afectivos y/o parentales con quienes lo padecen.

Dignidad en la atención en un grupo de usuarios de un hospital estatal

En este apartado se presenta el desarrollo de un componente de la investigación relativo al cumplimiento de

derechos una vez que ya se ha constituido el encuentro entre la población y los servicios de salud. Generalmente, cuando se define el concepto de Accesibilidad se lo hace como la posibilidad que tienen los usuarios de ingresar al sistema, que sería lo que se denomina *"Accesibilidad inicial"*. Pero también hay una *"Accesibilidad ampliada"* que es un concepto que abarca todo el proceso de atención en salud. Podría decirse que el concepto de dignidad en la atención aporta a la accesibilidad ampliada, en tanto cuando se respetan los derechos, se facilita la construcción y solidificación del vínculo entre población y servicios.

El respeto por los derechos se indagó en un grupo de usuarios de un hospital estatal, tomando como dimensiones a indagar, el cumplimiento de algunos de los derechos incluidos en la ley Básica de Salud de la ciudad (Ley N 153). A continuación se presentan algunos resultados.

Con relación al *derecho a la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su salud/enfermedad*, los usuarios se sienten conformes con la forma en que los profesionales les transmiten información e indicaciones sobre su tratamiento. No expresan situaciones de falta de privacidad para la transmisión de información sobre su salud/enfermedad.

Por otro lado, suponen que si ellos fueran parte de un caso a ser publicado, antes de llegar a esta instancia, deberían solicitarles el consentimiento para llevarlo a cabo. Algunos también consideran que este consentimiento debería ser realizado por escrito.

Con relación al *derecho al acceso a la historia clínica*, queda en evidencia que en general, las personas consultadas nunca han solicitado leerlas. Sin embargo todas las que lo han solicitado, refieren haber podido acceder a las mismas. Pero los usuarios manifiestan la idea de que en caso de solicitarla, no tendrían posibilidades de acceder a ella. Esta percepción evidencia claramente la falta de conocimiento de un derecho básico a la información.

El *consentimiento informado*, previo al estudio, forma parte de las percepciones de derecho de los sujetos indagados. Se entiende por *consentimiento informado* al acto de decisión voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta o rechaza las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar (Manrique, J.L.: 2005).

Los usuarios esperan de los profesionales que los asisten, que les soliciten autorización sobre los procedimientos o prácticas médicas que les realizarán. Las situaciones vividas son contrarias a esto; no se solicitaron los acuerdos y el tratamiento se realizó sin denunciar este hecho. Los usuarios opinan que se debería solicitar el consentimiento. No obstante, según sus experiencias concretas, en los casos que han sido vulnerados

no ha habido reclamos ni quejas.

Algunos entrevistados refieren haber dado su consentimiento antes de realizarse alguna práctica, para el caso de operaciones y estudios diversos. En estos casos manifiestan que se les brindó toda la información necesaria para poder decidir dar su acuerdo o no.

De estos casos, algunos manifestaron su acuerdo en forma escrita, y otros lo hicieron en forma verbal. En la Ley Básica queda expresamente definido como derecho la "solicitud por el profesional actuante del consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos" (Ley 153 GCBA, Cap. 2, Art. 4; 1999). Se reconocen desde el punto de vista de la Legislación Nacional dos tipos de consentimiento: tácito, cuando resulta de hechos o de actos que lo presupongan (artículo 1145 del Código Civil), tal como la aceptación de la continuación de la intervención del médico que asiste en una emergencia al paciente, y el expreso, cuando se manifiesta verbalmente, por escrito o por signos inequívocos (artículos 917 y 1145 del Código Civil), como la concurrencia al consultorio o el llamado al médico.

Con relación a la percepción del *cumplimiento del derecho al acceso a vías de reclamo, quejas sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste a los usuarios y en instancias superiores*, los entrevistados, en su mayoría, nunca sintieron necesidad de realizar una queja o sugerencia al servicio. De los entrevistados que quisieron recurrir a este derecho que los asiste, sólo 6 personas encontraron la manera de hacer llegar la misma donde corresponde, mientras que 7 personas que sintieron necesidad de quejarse o sugerir a un servicio, no encontraron la forma de hacerlo. La mayoría de los usuarios no saben dónde se encuentra el libro de quejas.

Algunos de los usuarios se manifiestan pesimistas con relación a si las quejas son tomadas en cuenta por la institución. Otros son optimistas al respecto, y opinan que sí serían tomados en cuenta, por lo que recurrirían a otra instancia en el caso de no sentirse escuchados en el hospital. Resulta llamativo, en relación a la garantía de derechos, que algunos usuarios no sientan que en la institución se puedan escuchar sus quejas o reclamos. Este grupo de usuarios manifestó percepciones y opiniones heterogéneas con relación al saber sobre sus derechos y su cumplimiento efectivo. Resultó de relevancia que el conocerlos no siempre implicaba la exigencia conforme a derecho de los mismos. En otros casos el conocimiento sobre la violación explícita de los mismos no se transformó en motivo de reclamo o queja en alguna instancia superior.

Esta dimensión deja entrever que, aunque exista accesibilidad, es necesario monitorear desde los servicios, la dignidad en la atención, ya que es la que permite que el vínculo entre población y servicios de salud se mantenga a lo largo del tiempo.

Adolescencia y Juventud: particularidades del vínculo con los servicios de salud

Para este recorte, se buscó conocer la situación de accesibilidad a los servicios de salud, desde la perspectiva de los trabajadores del sector salud y otros trabajadores de programas sociales vinculados a la situación de jóvenes y adolescentes del área seleccionada.

Los profesionales del área manifiestan que *"en el asentamiento (...) habitaban históricamente algunas personas y pocas familias, pero ahora (...) hemos detectado que viven aproximadamente unas 300 familias con gran porcentaje de niños y adolescentes". "Hace un par de años los chicos de "la ranchada" que vivían detrás de los puestos de flores, se han multiplicado. Desde el hospital tuvimos que organizar una llegada a ellos, que está resultando exitosa".*

Mencionan además que los hogares que se encuentran en situación de pobreza en la zona son casas tomadas, asentamientos y hoteles. También en la zona se localizan niños y adolescentes en situación de calle y una gran población de familias que pertenecen a la clase media. Dentro de esta franja perteneciente a adolescencia y juventud, pueden verse diferencias por pertenencia a su grupo social.

Según una investigación sobre representaciones de participación en el campo de la salud, los/as usuarios/as adolescentes, no logran entablar una buena relación con los médicos pero a pesar de ello consideran útiles los servicios de salud. A medida que crecen y en especial los varones, se va produciendo un distanciamiento del sistema de salud y se reemplaza el acceso planificado para control, por el uso del sistema solamente ante la urgencia. Se encontró que la mayoría de los jóvenes desconoce la existencia de los servicios especializados para adolescentes del sistema público de salud (Kornblit y otros, 2005).

En las entrevistas se pudo constatar que, al igual que en otros estudios realizados en poblaciones similares, es más frecuente el acceso al hospital o centro de salud de la primera franja etaria de adolescentes comprendida hasta los 15 años de edad. En general, los adolescentes no acceden espontáneamente a los servicios, sino que son derivados por otros programas o servicios, o también acceden por la preocupación de la madre frente a situaciones de los adolescentes como abulia, por dormir mucho o por fiebres, resfríos, quebraduras, etc. *"Si bien difieren en cierto grado los motivos de consulta según la etapa de la adolescencia que se considere, en general, podemos afirmar que cuando se produce una consulta espontánea, la misma apunta a resolver un cuadro agudo (alto nivel de angustia/preocupación, dolor agudo, imprevisto ante una realidad desconocida)".*

Son frecuentes las consultas de esta población por requerir la prestación de programas sociales para todos los miembros familiares, que incluyen como uno de los requisitos el de ser revisados por un clínico en salud, o

también por consultas en las Defensorías zonales. Este tipo de situaciones posibilitan que los jóvenes sean entrevistados por profesionales. Como estrategia de llegada a los adolescentes, los trabajadores aprovechan estas situaciones para indagar sobre otras problemáticas o situaciones. *“Algunas particularidades del varón le permitirán al profesional una mejor orientación y sobre todo a no desaprovechar oportunidades al que pueden ser únicas”*. En esta zona se registran más frecuentemente las consultas de las mujeres adolescentes que las de los varones, aunque siempre son traídas por su madre o responsable adulto. Asimismo es frecuente que las madres jóvenes y adolescentes no consulten por ellas pero sí por sus hijos. Dependerá del criterio de los pediatras indagar también por esa madre adolescente. Los adolescentes que pertenecen a las familias que se encuentran en situación de asentamiento, concurren al centro de salud a través de los operadores de calle de programas sociales del GCBA y de los profesores de talleres de oficio con salida laboral. Los adolescentes en situación de calle concurren con los operadores de calle vinculados a los Centros de Salud.

Desde el Centro de Salud los profesionales derivan a un nivel más complejo de atención frente a situaciones que se hace necesario, sabiendo que tendrán que implementar estrategias tendientes a lograr que los adolescentes finalmente realicen esa consulta. Facilita esto la existencia de un vínculo directo y dinámico entre los trabajadores del primer y segundo nivel, y sobre todo con el Servicio de Adolescencia que funciona en el mismo espacio que el Servicio de Pediatría del hospital.

Una cuestión planteada por un informante clave, es que cuando uno ingresa al hospital y pregunta por el Servicio de Pediatría le informan donde está ubicado, sin embargo no ocurre lo mismo si se indaga por el Servicio de Adolescencia.

Una estrategia que podría favorecer y fortalecer el vínculo de accesibilidad de este grupo a los servicios de salud que fue propuesta varias veces tanto desde el hospital como desde el Centro de Salud, es articular, en forma sistemática, las acciones de salud con otros programas, aunque los entrevistados manifiestan dificultades concretas para su realización. Esto se pudo notar en la falta de circuitos y redes sociales instaladas que posibiliten una intervención conjunta de las diferentes instituciones barriales que trabajan con esta población. Sin embargo, de hecho, los profesionales se vinculan con las organizaciones de modo personal, logrando articular algunas acciones conjuntas esporádicas y puntuales. Aún así, estas acciones se muestran insuficientes en relación a las políticas en salud necesarias para brindar respuestas sistemática y específica a las particularidades de la población joven y adolescente y en particular a quienes han resultado expulsados como ciudadanos de derecho en su propio país, antes de haber comenzado a desarrollar su vida adulta.

Accesibilidad de los adultos mayores: una experiencia de investigación participativa

Este trabajo se realizó poniendo en marcha un modelo de investigación acción participativa ya que fue la misma población, usuaria del hospital, quien demandó su realización. La idea de ellos era que existían problemas de accesibilidad y esto es lo que se indagó. Es interesante observar la experiencia y los resultados obtenidos ya que la necesidad surgió desde la población y no desde los servicios y se pudo constatar que el *“encuentro entre población y servicios”* no presentaba las dificultades que inicialmente se suponían.

Para este recorte el eje central del trabajo fue la participación de los actores involucrados en el campo de estudio basado principalmente en la idea de *“acción transformadora de las prácticas”*. Para esto, se hizo necesaria la participación de todos los actores implicados en el problema de investigación, en sus distintas fases: en la delimitación del mismo, en la realización del trabajo de campo y el análisis y discusión de los resultados (Almeida, C., 2000). El supuesto que subyacía a esta estrategia era que el *clima participativo* no sólo posibilitaría una mejor definición de los problemas a ser investigados, sino que también implicaría en el compromiso a aquellos no directamente ligados al área de investigación, además de ayudar a superar las barreras que normalmente impiden el uso de sus resultados (Davies A.M., 1992). Este modelo de investigación resulta fundamental no solo por la provisión de información; sino que también debido a que la participación activa de todos los actores involucrados en el proceso compromete a los participantes con la idea del cambio y con el apoyo a la mudanza pretendida (Evans, J.R., 1992). Es así que el establecer un consenso acerca del tema sobre el cual se desarrollaría el trabajo del equipo, fue el encuadre básico utilizado para establecer las prioridades de investigación (Anderson, O.W., 1966).

El equipo fue convocado por el Director del hospital quien transmite una demanda de investigación que surge en las llamadas *“reuniones con la comunidad”*. Estas reuniones se realizan semana por medio y en ellas participa el director, trabajadores del hospital y gente de la comunidad. La demanda se orientaba a rastrear la existencia, en el área programática del hospital, de adultos mayores que no estén afiliados a algún sistema de atención de la salud para poder indagar características de la accesibilidad al subsector estatal. Luego de ser invitados a participar de estas reuniones, el equipo asistió y escuchó el pedido. Durante algunas reuniones el intento se concentró en delimitar esa demanda y organizar un grupo de trabajo que pudiera llevar a cabo la investigación solicitada. Se consensuaron algunas características de la metodología: los criterios de inclusión de edad (entrarían los de 60 años y más); el área geográfica, que es señalada por quienes participan de los encuentros como *“el área más crítica”*; la técnica a apli-

car -la encuesta-, el tamaño de la población -se decide realizar un censo-. Participaron de la organización de esta etapa del trabajo residentes hospitalarios, profesionales del hospital, representantes de la comunidad, representantes de las delegaciones locales del Gobierno, representantes del Programa de Adultos Mayores del gobierno local y miembros del equipo de investigación. La construcción del instrumento también se llevó a cabo de manera conjunta.

Este tipo de investigación es necesariamente participativa dada la meta que persigue, consistente en la utilización práctica del conocimiento logrado, para la decisión mejor informada para introducir los cambios necesarios para reorientar los problemas de salud existentes y superar los obstáculos que aparecen en la implementación de tales cambios (Hassouna, 1992). No obstante, durante todo el proceso de investigación, los niveles de participación fueron variando de acuerdo a la posición de los distintos actores, la responsabilidad e interés en juego en el campo, y los recursos de poder con los que contaban, o creían contar. Se presenta a continuación una síntesis de los resultados obtenidos.

Accesibilidad geográfica: la mayoría refiere no presentar ningún problema para trasladarse al hospital para recibir atención. Las que refieren algún tipo de problema es de tipo físico, pues requieren de acompañantes para su desplazamiento.

Accesibilidad económica: la mayoría de los adultos mayores tiene claro que el Hospital de su barrio no le cobra a la persona que concurre para recibir atención. Cuatro casos respondieron afirmativamente ante la pregunta sobre si creen que el Hospital cobra para brindar atención. Esto podría poner de relieve una combinatoria entre una barrera simbólica y una de orden económico; si bien en los hechos no existe el cobro a cambio de la atención en el hospital, la suposición de lo contrario podría operar en el sentido de impedir la realización de la consulta por falta de dinero para pagarla.

Con relación a los medicamentos recetados 7 de cada 10 adultos mayores refieren haber recibido indicación médica para consumirlos en el último año y haberlos podido comprar y/o conseguir. A su vez dicen gastar en promedio, mensualmente, \$90 para la compra de medicamentos. Sin embargo, 3 de cada 10 personas dicen que alguna vez dejaron de comprar medicamentos por no poder pagarlos, dejando incompleto de esta manera el proceso de atención.

También todos los consultados han podido realizarse los estudios indicados en el último año, tales como análisis, radiografías, etc., aunque 2 de cada 10 alguna vez dejó de hacerse estudios por falta de dinero.

Accesibilidad Administrativa: Asociada a la burocracia interna de las unidades de atención hospitalaria, la mayoría de los entrevistados consideran que conseguir un turno en el hospital resulta difícil o muy difícil. Esta dificultad, en general, aparece asociada a tener que

concurrir muy temprano por la mañana para poder acceder a un turno. Con relación al tiempo que transcurre entre la obtención del turno y la consulta efectiva, las opiniones aparecen divididas mientras que para la mitad es normal o rápido, para los otros este tiempo resulta excesivo.

Accesibilidad simbólica: siguiendo a Comes (Comes, Y.; 2006) *“los Servicios de Salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos”*. Apoyando esta concepción, la población censada tiene una imagen positiva sobre la calidad de la atención en el hospital. La mayoría se refirió a la misma como *“muy buena”* o *“buena”*.

Los hombres y mujeres mayores de 59 años de este barrio cuentan con accesibilidad a los servicios de salud en las cuatro dimensiones en la que adhiere este trabajo. En general no se encuentran en una situación de exclusión del sistema de salud como se pensaba a priori de comenzado el estudio, lo que motorizó el mismo. La realidad mostró, una vez finalizado el estudio, que la magnitud que esperaban encontrar, de adultos mayores sin accesibilidad, no fuera tal en los hechos. Pero esto no podría haber sido reconocido por ellos, si no hubieran participado desde la construcción de las herramientas, el trabajo en terreno y de la interpretación de los datos.

CONCLUSIONES

Para llevar a cabo este estudio se llevó a cabo el análisis de entrevistas y encuestas dándole de esta forma la palabra a diferentes actores del proceso de salud: usuarios y trabajadores. La elección de esta metodología es coherente con la forma en la que el equipo conceptualiza la accesibilidad. Pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios implica necesariamente (Stolkner y Otros, 2000) interesarse tanto por las condiciones y discursos de los servicios como por las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

El análisis de la accesibilidad desde los servicios de salud requiere de una articulación con el análisis de la subjetividad de quienes lo utilizan, de lo contrario el concepto de accesibilidad queda vacío de contenido y por ende las estrategias para dar respuesta podrían ser fallidas. Es necesario plantear la complejidad que se entreteje en los saberes y prácticas de las personas a las que se dirigen los servicios de salud a la hora de hacer ejercicio de un derecho. El problema de analizar la accesibilidad, únicamente desde la oferta, traería como consecuencia una respuesta que no implica subjetivamente a aquellos que necesitan los servicios asis-

tenciales.

En el trabajo con cada uno de los grupos de usuarios pudimos constatar que las prácticas y representaciones que portan tanto los usuarios de un servicio, como la población que no accede a los mismos, y los trabajadores de salud, pueden operar tanto como barreras como facilitadoras de acceso.

Cuando un servicio diagrama su oferta sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando de esa forma un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida C. (2000). Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Resultados, evaluación de actividades y desarrollo futuro de la Red. *Cuadernos para discusión. Número 1*. Río de Janeiro, Brasil.
- Anderson O. W. (1966). *Influences of social and economic research on public policy in the health field; a review*. Milkbank Memorial Fund Quarterly. 44. 1-11
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2000). *Declaración Del Milenio*, Resolución 55/2 del 13 de septiembre de 2000.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L.J.D. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*, México: Grijalbo.
- Código Nacional Civil y Comercial Federal de la República Argentina. Artículos 917 y 1145.
- Comes, Y. (2006). Tesis para Optar el Doctorado en Psicología - UBA. Presentada en agosto de 2006.
- Davies, A.M. (1992). Overview and Síntesis. *Research Strategies for Health (WHO)*. 185-186. New York, Toronto, Bern, Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Evans, J.R. (1992). Summary of the Discussions. *Research Strategies for Health (WHO)*. 76-8. New York, Toronto, Bern, Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- García, C.S. (2004). *El adolescente hoy. Fundamentos e ideología de atención. La consulta, motivos más frecuentes*. Sociedad de Pediatría.
- Glasser, B.G. y Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Grippio, L. (2000). Representaciones de participación en el campo de la salud de adolescentes usuarios del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (versión electrónica)
- Hassouna, W.A. (1992). Status and Future Directions: "The Lone Ranger". *Research Strategies for Health (WHO)*. 66. New York, Toronto, Bern, Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kornblit, A.; Mendes Diz, A. (2005). Documento de Trabajo N° 45. *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio de jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*. Argentina: Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA.
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999): Ley 153 CABA; Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Manrique, J.L. (2005). "Consentimiento informado". Documento del Comité de Bioética hospitalario del HIGA Eva Perón. Extraído el 10 de Abril de 2005 de <http://www.comite.bioetica.org/biblio3.htm>
- OMS/OIT (2002). *Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la OPS y la OIT*, CSP26/12, Washington.
- Stolkiner y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. *La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2007.

Fecha de aceptación: 22 de junio de 2007