

XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.

La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años.

Mauro, Mirta, Solitario, Romina, Garbus, Pamela y Stolkiner, Alicia.

Cita:

Mauro, Mirta, Solitario, Romina, Garbus, Pamela y Stolkiner, Alicia (2006). *La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años*. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-039/179>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e4go/56e>

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

LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA EXPERIENCIA CON ADULTOS MAYORES DE 59 AÑOS

Mauro, Mirta; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Stolkiner, Alicia
UBACyT. Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

La Accesibilidad a los servicios de salud ha sido conceptualizada para comprender su alcance, en cuatro dimensiones: geográfica, económica, administrativa y simbólica. Para este estudio, las mismas han sido analizadas a partir de un trabajo empírico con el fin de explorar la accesibilidad (o sus posibles barreras) a un Hospital estatal dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires de una población objetivo concreta de adultos mayores de 59 años. El trabajo forma parte de un proyecto financiado por UBACyT titulado: "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", dirigido por Alicia Stolkiner.

Palabras clave

Accesibilidad Servicios Dimensiones Barreras

ABSTRACT

ACCESSIBILITY TO HEALTH SERVICES: AN EXPERIENCE WITH GROWN UPS OLDER THAN 59 YEARS OLD

The accessibility in health services has been defined to understand its extent, in four dimensions: geographic, economic, administrative and symbolic. For this study, they have been analyzed with an empiric work, that aims to explore the accessibility (or its barriers) to a State Hospital dependent on Buenos Aires City Government, of a defined objective population of grown ups older than 59 years old. This work is part of an UBACyT project titled "Accessibility and dignity in the health care in Health Services of Buenos Aires City Government: Subjectivity and right to health assistance", directed by Alicia Stolkiner.

Key words

Accessibility Services Dimensions Barriers

INTRODUCCIÓN

La Accesibilidad, concepto utilizado por los investigadores y técnicos del Sistema de Salud, surge por los años de 1960 en momentos en que se imprime importancia a los instrumentos técnicos dentro de la Salud Pública.

En verdad no se han encontrado discusiones entre los estudiosos de los sistemas de salud sobre este concepto, sino que aparece en los textos como dándolo por sentado, como si existiera un acuerdo básico entre actores o se encontrara naturalizado (Comes, 2006).

Haciendo una revisión sobre el tema, encontramos a la Accesibilidad definida como "la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole". (Hamilton, 2001).

Otros autores desarrollan formulaciones más estadísticas estableciendo el cociente entre "Número de establecimientos de salud que ejecutan programas y Número total de establecimientos x 100". (Otero y Otero, 2003).

El Instituto Centroamericano de la Salud, en un documento que publica sin citar al autor la define como "la condición variable de la población de poder utilizar los servicios de salud" (en <http://www.icas.net/modulo4.htm>).

Stolkiner plantea que "la Accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios" (Stolkiner y otros, 2000). Este vínculo surge de 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: 282).

Con esta conceptualización de Accesibilidad observamos dos actores sociales, los sujetos que requieren de los sistemas de salud, por un lado, y los servicios que estos sistemas brindan, la disponibilidad para contener "sujetos necesitados de atención", por el otro.

Por lo tanto, como uno de los actores implicados son los sujetos, aparecen aspectos subjetivos tales como las percepciones que éstos tienen con relación a los servicios de salud.

Otra cuestión a considerar es cuál es el alcance de su definición, nos preguntamos ¿sólo indica el acceso al sistema?, ¿con acceder a la consulta, es suficiente?, ¿qué pasa si se accede a la consulta pero no se puede acceder a la medicación por falta de recursos económicos?

Generalmente cuando se piensa en Accesibilidad se lo hace como la posibilidad de ser atendidos (Azevedo, 2001), que sería lo que se denomina "Accesibilidad inicial", es decir el ingreso al sistema. Pero también hay una "Accesibilidad ampliada" que es un concepto que abarca todo el proceso de atención en salud.

La mayoría de los autores dividen la Accesibilidad en dimensiones, las mismas, en verdad, pueden condicionar o bien pueden constituirse en barreras de acceso, externas al individuo. Estas dimensiones son:

Geográfica - Económica o financiera - Organizacional - Cultural o simbólica

La primera de ellas, la *geográfica*, es definida por Hamilton (2001) como "el porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales. Este principio de accesibilidad tiene que ver con la distribución y la localización de los servicios, la anulación de barreras limitantes".

La accesibilidad *económica o financiera* se la define, entre otras, como "posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos" (Otero y Otero, 2003).

La dimensión *organizacional* llamada también burocrática, refiere a la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema.

La última dimensión, *cultural*, es definida como "los hábitos y prácticas de los individuos respecto al cuidado y autocuidado de la salud y las limitaciones que estas imponen en el acceso a los servicios". (Hamilton, 2001). Teniendo en cuenta que en una sociedad coexisten diferentes culturas y si se piensa a la cultura como "el universo simbólico del sujeto" también resulta pertinente la denominación de accesibilidad *simbólica*. (Comes Y, 2006)

El propósito de este trabajo es indagar, de modo exploratorio, la accesibilidad en sus cuatro dimensiones entre un grupo de adultos mayores de 59 años residentes en un área geográfica delimitada, ubicada dentro del área programática de un hospital polivalente dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

METODOLOGÍA

En el marco del proyecto de investigación financiado por UBACyT, titulado "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" cuya directora es Alicia Stolkiner, se realizó en los primeros días de noviembre de 2005 durante tres días consecutivos, un censo en un área geográfica delimitada, con la participación de personal del hospital seleccionado, residentes y alumnos de la Facultad de Psicología, con el objetivo, entre otros, de explorar entre los adultos mayores de 59 años la accesibilidad general a los servicios de salud.

Para realizar el trabajo de campo se confeccionó un mapa de la zona y se organizaron equipos de encuestadores a quienes se les adjudicó un determinado número de manzanas a los fines de relevar la totalidad de las viviendas existentes en las mismas en búsqueda de residentes de una edad mínima de 60 años. Se concluyó con un total de 140 encuestas efectivas.

A los fines de esta investigación, se consideró como unidad de análisis a los adultos de 60 años y más (a quienes denominaremos *adultos mayores*), residentes en la zona elegida que carecen de afiliación a un sistema de salud, o bien a aquellos que poseen una cobertura (medicina prepaga, obra social, etc.) pero que no hacen uso de la misma cada vez que lo requieren.

Se aplicó un cuestionario estructurado con formato de preguntas abiertas y cerradas -con alternativas fijas de opción alguna de ellas con posibilidad de respuestas múltiples, de una duración promedio aproximada de 10 minutos.

La totalidad de las preguntas del cuestionario se aplicó a las personas que reunían las condiciones arriba mencionadas, ya que el propósito general del estudio fue conocer las características de estas personas.

Al resto de los adultos mayores, aquellos que poseían una cobertura médica, sólo se les solicitó la respuesta al apartado del cuestionario correspondiente a las características sociodemográficas. Por lo tanto de los 140 adultos mayores relevados, sólo 46 respondieron a las características que se buscó detectar.

RESULTADOS

Accesibilidad geográfica: como expusieramos anteriormente esta dimensión expresa la posibilidad de acceso relacionado con la distancia y/o transporte. Pero también está ligado a una población asignada a un determinado servicio, hay en juego un componente territorial. Si no se cuenta con una población asignada a un servicio específico, no puede hablarse de accesibilidad. Por ejemplo, si una persona vive en un determinado municipio pero acude a servicios de salud de otros por cercanía, si bien sigue la lógica de accesibilidad geográfica, en los hechos podrían negarle la atención, constituyéndose estas mismas políticas en barreras de accesibilidad.

En el caso de la población estudiada 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 médica. Existen 4 casos que 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 (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. En este sentido adhiero a pensar la accesibilidad como el vínculo que se construye entre la población y los servicios de salud*". 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".

CONCLUSIONES

La población de adultos mayores de la zona estudiada, en general no se encuentra en una situación de exclusión del sistema de salud como se pensaba a priori de comenzado el estudio, lo que motorizó el mismo.

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.

La mayoría de los consultados dicen no haber dejado de comprar medicamentos, de hacerse estudios o atenderse con un médico por cuestiones económica. Tampoco presenta limitaciones a nivel geográfico dado la cercanía del hospital de referencia al barrio en cuestión.

La burocracia hospitalaria incide en la accesibilidad al sistema de salud, especialmente cuando está asociada al pedido de turnos.

Los hábitos, prácticas, aceptabilidad, actitudes, creencias que posibilitan o no el acceso a un servicio, asociado a la accesibilidad simbólica, resulta positiva a la hora de indagar con relación a la calidad de la atención del hospital.

Sería de interés realizar un estudio comparativo con alguna población del conurbano bonaerense donde la realidad social se encuentra atravesada por otras circunstancias en la cual se perciban las debilidades que puedan afectar la accesibilidad a los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Azevedo (2001): Entrevista con informante Calificado de la OPS Dr. Azevedo. Buenos Aires, marzo de 2001.
- Bourdieu Pierre y Wacquant L J D, (1995): Respuestas por una antropología reflexiva, Ed. Grijalbo, México.
- Comes Y. (2006): "Accesibilidad: una revisión conceptual". Doc. laboris del Proyecto de investigación P077 - UBACyT.
- Hamilton G. (2001): Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos - Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 2003.
- Otero y Otero. (2003): Glosario de Términos de Auditoría en Salud en: <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm>. - 10 de Junio de 2003
- PNUD (1997): Informe sobre Desarrollo Humano. Edición 1997
- Stolkiner y Otros, (2000): "Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso" del libro "La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales", Ed. Dunken . Buenos Aires, 2000.