

ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD DE UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES: UNA EXPERIENCIA PARTICIPATIVA EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ACCESSIBILITY TO THE HEALTH CARE SYSTEM OF A SENIOR POPULATION: A PARTICIPATING EXPERIENCE IN THE RESEARCH PROCESS IN HEALTH SYSTEMS AND SERVICES

ROMINA SOLITARIO, YAMILA COMES, PAMELA GARBUS, MIRTA MAURO, ALICIA STOLKINER.
Cátedra II de Salud Pública/ Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA).

RESUMEN

Aborda un estudio interdisciplinario de un problema complejo, con una estrategia de investigación social participativa, que sigue los lineamientos teóricos y metodológicos característicos de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Forma parte del proyecto «*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*». El propósito fue investigar de modo exploratorio, la accesibilidad en sus cuatro dimensiones

(geográfica, simbólica, administrativa y económica) 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. Así mismo, se propuso articular conceptualmente esta experiencia realizada durante el trabajo de investigación, en la cual el eje central fue la participación de los actores involucrados en el campo de estudio con la metodología de investigación participativa.

Palabras claves: Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), participación social, investigación social participativa.

ABSTRACT

This is an interdisciplinary study for a complex problem, with a participating social research strategy that follows the theoretical and methodological guidelines characteristic of Research in Health Systems and Services. This is part of the project «*Accessibility and Dignity in Buenos Aires City Government Health Care Services: Subjects and Right to Health Care*». The purpose was to perform an exploratory research of the accessibility in its four dimensions - geographic, symbolic, administrative, and economic- among a group of senior citizens (> 59

Correspondencia:

Alicia Stolkiner. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.
E-mail: stolkin@psi.uba.ar

Recibido: 22 de Noviembre de 2006.

Aceptado: 23 de Diciembre de 2006.

years) living in a marked geographical area located within a programmatic area of a polyvalent hospital depending from the Government of the Autonomous City of Buenos Aires. In addition, the conceptual articulation of this experience carried out during the research work was proposed, in which the central axis was the participation of the actors involved in the study field with the participant research methodology.

Key words: Research in Health Systems and Services (ISSS, for its acronym in Spanish), social participation, participating social investigation.

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. 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 sentido, como si existiera un acuerdo básico entre actores o se encontrara naturalizado.

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» (1).

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» (2).

Generalmente cuando se piensa en Accesibilidad se lo hace como la posibilidad de ser atendidos, que sería lo que se denomina «Accesibilidad inicial», es decir el ingreso al sistema (3). 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» (2).

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 res-

pecto al cuidado y autocuidado de la salud y las limitaciones que estas imponen en el acceso a los servicios» (1). 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*.

El presente trabajo, se trata de un estudio interdisciplinario de un problema complejo, con una estrategia de investigación social participativa, que sigue los lineamientos teóricos y metodológicos característicos de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. El propósito de este trabajo fue 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. Así mismo, se conceptualiza esta experiencia realizada durante el trabajo de investigación, en la cual el eje central fue la participación de los actores involucrados en el campo de estudio. Desde el enfoque adoptado por el equipo, este recorte del proyecto general se basó 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 (4).

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 (5).

Este modelo de investigación resulta fundamental no sólo 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 (6). Es así que el establecer un consenso acerca del tema sobre el cual se desarrollo el trabajo del equipo, fue el encuadre básico utilizado para establecer las prioridades de investigación (7).

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», se realizó un *censo* en un área geográfica delimitada, en los primeros días de noviembre de 2005 durante tres días consecutivos, 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.

El equipo de investigación ya venía trabajando en el hospital en el que se llevó a cabo esta

experiencia. El trabajo previo consistía en detectar las situaciones de exclusión en salud en diferentes grupos seleccionados (mujeres, drogadependientes, minorías sexuales).

Este equipo es convocado nuevamente por el Director del mismo y se le trasmite 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 aplicar -la encuesta-, el tamaño de la población -se decide realizar un censo-.

Se puso el acento en que la relevancia del estudio sería conocer las situaciones particulares con el fin de ensayar posibles soluciones. Se constituyó un subgrupo de trabajo encargado de concretar la organización en el que participaron 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.

Para la construcción del instrumento -el cuestionario-, se elaboraron propuestas que fueron sometidas a discusión por todos los presentes en las reuniones, hasta que finalmente se llegó a un acuerdo sobre el mismo. Debido al tema elegido, se dimensionó el concepto de accesibilidad en cuatro subgrupos fundamentales (geográfica, económica, administrativa y simbólica). Paralelamente, hasta que se llevó a cabo el censo, se siguió asistiendo a las reuniones de la comunidad donde se comentaba brevemente el progreso del trabajo y se iban delineando decisiones en relación a fechas, encuestadores, materiales necesarios, organización de recursos disponibles para ofrecer posibles respuestas a las situaciones de exclusión, etc.

RESULTADOS

Accesibilidad Geográfica: como expusiéramos anteriormente esta dimensión expresa la posibilidad de acceso relacionado con la distancia y/o transporte. 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 combinación 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, noventa pesos (\$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: «*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».

DISCUSIÓN

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 (9). 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.

En una reunión, surgió un comentario que expresaba la opinión de que el «Estado» era quien debería hacerse cargo de realizar estos trabajos. Esta moción fue apoyada por varios miembros de la comunidad que hasta ese momento participaban en la realización del trabajo, y a partir de allí, decidieron apartarse de este proceso.

Si bien se continuó trabajando en subreuniones, los miembros de la comunidad fueron cada vez menos: un representante se encargaba de la impresión de las encuestas y volantes previos a la realización de la misma.

El primer día del trabajo en terreno se presentan pocos miembros de la comunidad y salen a la calle a encuestar una menor cantidad todavía. La encuesta finalmente es aplicada por los profesionales del hospital, miembros del equipo de investigación y alumnos pasantes de la Facultad de Psicología.

Si bien desde el enfoque adoptado por el equipo, la participación de distintos trabajadores del Hospital resultó altamente eficaz en términos de la posibilidad que generó para instrumentar los resultados para la resolución de problemas especí-

ficos detectados, fue notable la disminución del interés de los vecinos, quienes por otra parte fueron quienes pusieron el tema en la agenda del equipo.

Esta disminución del interés, en algunos casos fue virando hacia una franca oposición hacia la realización del trabajo a través de distintas argumentaciones. Esto se acompañó de expresiones que parecían negar el interés inicial puesto en el tema que los llevara a elaborar el pedido al equipo, dejando la sensación de que la necesidad de hacer el trabajo fuera de los investigadores. Sin embargo, cuando se presentaron los resultados, los mismos fueron percibidos como propios y se interesaron por resolver el problema.

Las reuniones de la comunidad se desarrollaron bajo una modalidad de asamblea. Autores de investigación social participativa, expresan que la asamblea es la culminación de otras tareas en un proceso. Algunos participan más, otros esporádicamente, y otros solo oyen hablar lejanamente. Sin embargo, epistemológicamente es aceptar una estrategia de mejor simetría (9). Si bien esta población en parte se opuso en una segunda instancia a hacer el trabajo y en parte prefirió no participar, fue notable que los resultados fueron rápidamente tomados para intentar encontrar soluciones. En este sentido, consideramos que la estrategia fue exitosa pese a las vicisitudes de la participación comunitaria. Mas allá de que algunos miembros participaron más que otros y que algunos actores (miembros del hospital) fueron más activos que otros, fue el grupo, conformado en asamblea, quien solicitó una

devolución de los datos y abrió el debate sobre las posibles respuestas a implementar.

Fals Borda, afirmaba hace años que la investigación acción participativa reta al paradigma dominante de las ciencias sociales, ya que en primer lugar replantean la relación sujeto-objeto de investigación. El segundo reto sería el reconocimiento de la ciencia popular como algo válido e igualmente válido que las ciencias académicas (9).

En este espacio compartido con la comunidad, la estrategia de trabajo se basó en que la misma comunidad fuera relatando aquello que percibía como problema. El equipo de investigación, fue haciendo intervenciones en el sentido de ofrecer herramientas para construir los resultados de aquello que visualizaban como una carencia/obstáculo para integrar a los adultos mayores al sistema estatal de salud. La posición de sujetos (en contraposición a objetos de investigación) fue exitosa para que pudieran delimitar el problema conforme a sus propias representaciones. 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.

La investigación social participativa no trata de técnicas o metodologías para el estudio específico de los movimientos sociales sino, mas bien al revés; trata de cómo los movimientos sociales están aportando a su

propia transformación con elementos de investigación, en el sentido de aportar herramientas para que la población produzca conocimientos que puedan contribuir a una crítica de lo establecido (9).

Este grupo, en función de los resultados construidos por ellos mismos, han solicitado ante el gobierno municipal la inserción de un médico gerontólogo en la zona como forma de ampliar la accesibilidad de las personas detectadas en terreno. Ya se ha gestionado el espacio físico y se encuentra en trámite la vacante médica.

Esta transformación de la accesibilidad de los adultos mayores fue posible gracias a la participación, guiada técnicamente, de la comunidad de la zona.

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 económicas. 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 sis-

tema 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.

AGRADECIMIENTOS

Este 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» cuya directora es Alicia Stolkiner.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamilton G. Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos. 2001. Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion>.
2. Jaime Otero M, Jaime Otero I. Glosario de Términos de Auditoría en Salud en <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm>. 2003.
3. Azevedo A. Entrevista con Informante Calificado de la OPS. Buenos Aires. 2001.
4. Almeida C. Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Resultados, evaluación de actividades y desarrollo futuro de la Red. Cuadernos para dis-

cusión. 2000; Número 1. Río de Janeiro, Brasil.

5. Evans JR. Summary of the Discussions. In: Research Strategies for Health (WHO); Pág. 76-8, New York, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers. 1992.
6. Anderson OW. Influences of social and economic research on public policy in the health field; A review. Milkbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44 (July):1-11.
7. Hassouna WA. Status and Future Directions: «The Lone Ranger». In: Research Strategies for Health (WHO). Pág. 66 New York, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers. 1992.
8. Davies AM. Overview and Synthesis. In: Research Strategies for Health (WHO). Pág. 185-186. New York, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers. 1992.
9. Villasante T. «De los movimientos sociales a las metodologías participativas». Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Capítulo 15. Editores: Gutiérrez y Delgado. Ed. Síntesis Psicológica. Madrid. 1999.