

Accesibilidad simbólica: barreras psicosocioculturales en la accesibilidad de la población adulta a los servicios de Primer Nivel de Atención, Montevideo/Symbolic accessibility: psychosociocultural barriers in the accessibility of the adult population to the first level of care, Montevideo/ Acessibilidade simbólica: barreiras psicosocioculturales na acessibilidade da população adulta para o primeiro nível de cuidados, Montevideo

Graciela N. Umpierrez Chavez¹

Recibido: 28 de setiembre de 2014

Aceptado: 18 de abril de 2015

Resumen

Este trabajo busca aportar conocimientos sobre los componentes subjetivos que actúan como barrera en la accesibilidad a los servicios del primer nivel de atención en zona de influencia del Programa APEX – Cerro (APEX-C). Entendiéndola como Ruiz Olabuénaga (1989), se empleo la metodología cualitativa, mediante un estudio exploratorio con intencionalidad ética. La recolección de datos se realizo entre los años 2009 al 2011, en dos etapas. En la primera se recabaron datos en documentos y entrevistas a los coordinadores de los Servicios del Primer Nivel de Atención de la zona de influencia de APEX- C. En la segunda se realizaron entrevistas a individuos representantes de toda la zona, mayores de 25 años, ambos sexos, que no concurren a un servicio del Primer Nivel de Atención en el último año. Los datos obtenidos fueron organizados y analizados según Parada Lescano. Del análisis surgen tres grupos de barreras: La lentitud en los cambios; La disociación entre conocimiento y prácticas en salud y Las dificultades en la complementación de paradigmas, que interfieren en la accesibilidad al primer nivel de atención.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de salud, Sistemas de Salud, Atención Primaria de la Salud, Programa APEX-Cerro, Universidad de la República, Uruguay.

Abstract²

This article seeks to contribute to the knowledge on the subjective components that act as barrier to the accessibility to the services included in the first level of care in Hinterland of the Apex-Cerro Program. Understood as Olabuénaga Ruiz (1989), qualitative S. methodology was used through an exploratory study with ethical purposes. Data collection took place between 2009 to 2011, in two stages. In the first stage, data were collected through documents and interviews to those persons in charge of coordinate the services in the first level of care in the area of influence of Apex-Cerro. In second stage, interviews were conducted to individuals representing of the whole area, over 25 years, both sexes, who did not attend to the first level of care in the last year. The information were organized and analyzed according to Parada Lescano. From the analysis we get three groups of barriers: The slow changes; Dissociation between knowledge and health practices, and difficulties in complementing paradigms that interfere with accessibility to primary care.

Key words: Accessibility to Health Services, Health Systems, Primary Health Care, Apex-Cerro Program, University of the Republic, Uruguay

¹ Licenciada Enfermera de Uruguay. Magister en Salud Comunitaria. Doctoranda en Ciencias de la Salud en Universidad Federal de Pelotas. Brasil. cerrogf@gmail.com

² Traducción al inglés realizada por la autora

Resumo³

Neste artigo perícia produto foi procurado: Compreender os componentes subjetivos que actuam como barreira à acessibilidade aos serviços de primeiro nível de atendimento na área de influência do programa Apex-Cerro. Entendendo isso como Ruiz Olabuenaga (1989), utilizando a metodologia qualitativa, utilizando um estudo exploratório com intenção ética. A coleta de dados ocorreu entre 2009 a 2011, em duas partes. Os primeiros dados foram coletados em documentos e entrevistas com os coordenadores do primeiro nível de atendimento na área de influência da Apex-Cerro. Na segunda entrevista foi realizada com indivíduos que representam toda a área de mais de 25 anos ambos os sexos, que participaram de um serviço do primeiro nível de atenção no ano passado. Os dados foram organizados e analisados de acordo com parada Lescano. A partir da análise de três grupos de barreiras surgem: As mudanças lentas; A dissociação entre as práticas e as dificuldades na complementando paradigmas que interferem na acessibilidade o primeiro nível de saúde.

Palavras-chave: Acessibilidade aos serviços de saúde, Sistemas de saúde, Atenção Primária da Saúde, Programa Apex-Cerro, Universidade da República, Uruguay

³ Traducción al portugués realizada por la autora

Introducción

El tema de la accesibilidad a los servicios de salud ha sido motivo de análisis en diferentes países como Costa Rica, México, Brasil, España, Venezuela, relacionados más al Segundo Nivel de Atención (SNA) o referidos a la accesibilidad geográfica con un enfoque organizacional, apuntando al acceso y no a la accesibilidad. En Uruguay, datos de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA), indican la existencia de personas que no llegan a los servicios de salud, declaran tener derechos pero no utilizar los servicios de salud, esto se reafirma en informes de estudiantes de grado de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería Universidad de la República. En Argentina, A. Stolkiner⁴ expresa a la accesibilidad como:

“el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios”; subrayando la importancia de la articulación entre los actores (servicios y sujetos), lo que los servicios ofrecen a la población y también lo que la población argumenta sobre los servicios”

Por su parte, Comes⁵ entiende que

“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”.

Este autor señala que el concepto de accesibilidad tiene un alcance mayor que el término acceso, e implica además del acceso a la atención, resolver sus problemas de salud.

El concepto de subjetividad involucra el modo de sentir, pensar, significar y valorar el mundo de cada sujeto, lo que depende del proceso de socialización o sea los procesos de influencia mutua que se dan en la interacción del ser y símbolo que proviene del griego y significa poner una cosa junto a otra, unir. La accesibilidad fue dimensionada por Phillips (1990), Nájera (1996), Chías (2001) en: Geográfica, Económica o financiera, Organizacional o burocrática, Sociodemográfica (sexo y edad) y Legal. V. Giorgi⁶ plantea la existencia de la dimensión Psicológica, la cual refiere “*al conjunto de condiciones afectivas, cognitivas y vinculares que permiten el acceso del usuario al servicio y posibilitan sustentar el acuerdo de trabajo con el técnico y la institución.*”

La accesibilidad en Uruguay siguiendo el acuerdo de Alma Ata (OMS; 1948) y desde la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)⁷ desde la Institución rectora, Ministerio de Salud Pública (MSP), es considerada en la estructura del Sistema de Salud, basada en tres Niveles de Atención, donde el primer nivel de atención (PNA) permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes de atención de una población dada y debe ser accesible en forma inmediata

⁴ Mauro M, Solitario R, Gabus P, Stolkiner A. La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años. Memorias de las Jornadas de Investigación (Argentina). Buenos Aires: UBA; 2006. v.2. p. 58-59.

⁵ Comes, Y : Accesibilidad: una revisión conceptual. En: Investigación: “Reforma en Salud en la Ciudad de Buenos Aires: modificaciones en las representaciones y prácticas de trabajadores y usuarios NBI del sector”. Proyecto Bienal 2001-2003 Categoría B Buenos Aires: Fac. de Psicología de la UBA; 2003

⁶ Giorgi V. Salud mental y políticas públicas: el trabajo del psicólogo en el campo de la seguridad humana. Montevideo, 2003. p. 5. Sin publicar.

⁷ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, URSS; 6-12 set. 1978.

Objetivo

Comprender los componentes subjetivos individuales y/o grupales que actúan como barrera de accesibilidad a los servicios del primer nivel de atención en zona de influencia del Programa APEX- Cerro.

Metodología

Se aplicó la Metodología Cualitativa según concepto Ruiz Olabuénaga (1989)⁸ mediante un estudio exploratorio, concibiendo el explorar como el incursionar en un territorio desconocido, buscando información que permita formular con mayor precisión las respuestas a las interrogantes, en este caso en relación con el comportamiento humano. El lugar de estudio fue en la República Oriental del Uruguay, ciudad de Montevideo, zona de influencia del Programa APEX- Cerro (APEX-C)⁹, Universidad de la República (UdelaR), teniendo como eje teórico y operativo a la salud, la que desde múltiples enfoques se entiende como resultado de un proceso cotidiano de construcción de respuestas sociales. La salud -desde la concepción de la autora de este trabajo- es poder vivir en plenitud el propio ser y realizar el propio proyecto de vida; es la posibilidad de construir un Proyecto de vida desde una visión integral. Se abarca todo el territorio, teniendo en cuenta la división territorial operativa¹⁰. La zona coincide con el zonal 17 de la división territorial Municipal de Montevideo, “Cerro de Montevideo”, primera población fuera de los límites de Montevideo “Villa Cosmópolis” 1834, constituida por inmigrantes, los cuales a diferencia del resto

de Montevideo la mayoría provino de países de Europa Septentrional como Grecia, Rusia, Checoslovaquia, Turquía entre otros, quienes fortalecieron el establecimiento y desarrollo de la industria de la carne y generaron un grupo cultural particular. La recolección de datos se realizó en dos etapas, utilizándose como técnica, entrevistas semi estructuradas, con las cuales se buscó obtener una información fluida guiando la temática. **En la primera** etapa construyendo un marco referencial, se relevan datos de los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA) mediante entrevista a coordinadores o representante de los servicios. **En la segunda** etapa se realizaron entrevistas a la población. Los criterios de inclusión fueron: adultos mayores de 25 años, domiciliados en el área de influencia, no haber concurrido a un servicio de salud en un tiempo mayor a un año y no presentar discapacidad física y/o mental. El acercamiento a la población se realizó a través de vecinos referentes, partiendo del consentimiento; los entrevistados eligieron lugar, día y hora para la entrevista, constituyéndose mayoritariamente en el propio domicilio. Se definió entrevistar por lo menos tres integrantes de cada una de las sub zonas. La información de las entrevistas se describió según las Categorías de Análisis identificadas. Desde el marco conceptual en el Análisis interpretativo “*se trata de establecer las conexiones existentes entre el nivel sintáctico del texto y sus referencias semánticas y pragmáticas*”¹¹;

Resultados

Servicios de Salud: Del total de veintinueve servicios del Primer Nivel de Atención que se encuentran en la zona, se entrevistan a los coordinadores de diez y seis y a representantes de la coordinación de cuatro; no se pudo acceder a la información sobre el Servicio perteneciente a las Fuerzas Armadas (FFAA).

Población: Según los criterios de inclusión, se entrevistaron veintitrés personas, todas

⁸ Menoni T, Klasse E. Cap. 3 Objetivos y metodología. En: Construyendo alternativas al dolor. Reflexiones sobre la Resiliencia. Ed. Psicolibros: Montevideo. 2008 p 54

⁹ El APEX-Cerro es un programa Integral Universitario que promueve la inserción de la universidad en el ámbito comunitario (espacio educacional formal), aportando al mejoramiento de la calidad de vida de la población, a través de la conjunción de las funciones universitarias (docencia, la extensión y la investigación) con las diferentes profesiones y otras instituciones con las que comparte objetivos.

¹⁰ División de la zona de inserción del APEX-C en seis zonas destinadas cada una a un equipo denominado Equipo Barrial Operativo para el trabajo con la comunidad en cada uno de ellos

¹¹ Parada Lezcano. Metodología cualitativa de investigación científica. Valparaíso: Universidad de Valparaíso; 2011.p36

mayores de veinticinco años de edad y que no concurrían a un servicio de salud desde uno a once años. Trece pertenecían al sexo femenino: ellas eran representantes de todas las sub zonas territoriales e identificaban la mayoría de los servicios de salud; tenían presente y reconocían un lugar específico para su cobertura de salud pero algunas expresaron no tener servicio de salud en la zona.

Dieciocho trabajaban en actividades variadas y habían cursado los tres niveles de educación. Solo una minoría vivió en su niñez con familiares no directos o no familiares, mientras que las familias actuales tenían entre dos a cuatro integrantes y una de ellas, once. Entre todos sumaban cuarenta y dos hijos, desde menos de un año hasta treinta y dos años, la mayoría en la franja de doce a diecisiete años.

Discusión

Análisis interpretativo

La información sobre los servicios brindada por los coordinadores o sus representantes presentaba diferentes enfoques con la impronta de quien brinda la información, destacándose el multiprofesional y el lego según quien lo brindaba. Desde la reflexión sobre las dimensiones de accesibilidad, se destaca:

Accesibilidad Geográfica: El área del Zonal 17, zona de Influencia del Programa APEX-Cerro tiene 42 Km² Los servicios más distantes no superan los diez minutos en ómnibus y los de dependencia privada, se concentran en una sub zona. Solo presenta dificultades el suelo en presencia de grandes lluvias, pero sin impedir el traslado de la población.

Accesibilidad Económico-Financiera: Los encuestados expresan como dificultad al asistir a los servicios el tener que faltar al trabajo, dicen que *“De repente no tienes dinero”*. Este es un motivo para no consultar y no tener el carnet de asistencia, necesario para la atención en los servicios públicos, conocido como *“carnet de pobre”*, cuesta diferenciarlo con el carnet de salud.

Accesibilidad Organizacional o Burocrática y Legal: La oferta de atención es

variada, pero no se observó reforzamiento de atención a los grupos etarios de mayor riesgo y al sexo femenino; los vacunatorios no están en todas las zonas y se desconoce y no se informa el derecho al acceso sin límites a toda la población. El servicio con mayor demanda, por su atención las 24 horas y contar con ambulancias era el Centro de Salud Cerro (CSC). Dicha demanda al igual que en la ENHA 2006¹² es mayoritariamente por enfermedad. La importancia de la consulta se identifica a través de los otros, sobre todo los niños y el no concurrir por la rutina o impulso, *“salir de la rutina”*, *“cuestión de arranque”*. Los registros en Historias Clínicas son generalmente incompletos y varían en la identificación de los usuarios. Se sistematizan los datos mensualmente, se derivan a los centros de dependencia, donde son analizados por zona todos juntos. La disponibilidad horaria es amplia. El acceso voluntario a la atención requiere la obtención de números, desencadenando largas esperas y por ende mucho tiempo. Por esta y otras causas es considerado como problema *“Esperas largas”*, *“Esperar mucho”*, *“A -veces te comes horas”*. La espera es poco tolerada pero no hay manifestaciones de rebeldía: a nivel de la atención pública se considera que la espera es *“normal”* y se debería saber esperar. S. Romero (2003) en una investigación en un Centro Materno Infantil de Montevideo, expresa

“Por parte de la población se valoraba el tiempo de espera como una razón suficiente para desistir del servicio; aun cuando se reconocían la comodidad de la cercanía y la buena atención del equipo médico, se dejaba de concurrir al Centro Materno Infantil”¹³.

¹² Trylesinski F. Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamientos. En su: Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) 2006. Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA; 2007. Disponible en http://www.ine.gub.uy/enha2006/Modulo_salud_versión_final.pdf. [acceso:15 febrero 2008].

¹³ Romero, S El Tiempo de espera. En: Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Montevideo: Ed Nordan; 2003 p 107

Por otra parte el tiempo de no concurrir no se entiende como importante, se busca la resolución del problema sin asistir con continuidad a las consultas. Los entrevistados entienden que “no es correcto” acompañando los comentarios con risas y suspensos y como periodo necesario, repiten consignas de los profesionales (“cada seis meses”, “enseguida”). Sobretudo, si se sienten bien, creen que la consulta es innecesaria, solo se realiza por emergencia y por dolor. Los comentarios reflejan que en las consultas no se encuentra una verdadera resolución del problema, solo se busca resolver el dolor y no los factores que lo causan pasando a ser experiencias negativas o que no impulsan al regreso y sí a la búsqueda de otras terapias en las que su problema sea parte de toda su persona. Las vacunas y control odontológico son impulsados por la obligatoriedad. El Carnet de Salud se gestiona para poder acceder a un trabajo y no como preventivo. Las mujeres no identifican como preventivo al examen de Papanicolaou y la mamografía y tienen conceptos erróneos sobre su realización: “No hasta los cuarenta”, información que no concuerda con criterios científicos y con su difusión desde los medios de comunicación y los propios profesionales.

En relación a los vínculos con los profesionales y técnicos de los centros de atención, se presentan problemas con el personal no médico “Malo el personal no médico”, “la parte administrativa no escucha”, “Algunos tienen mal carácter”, “Incomodo, como un número”, “Como que ellos fueran superiores”. El relacionamiento con los médicos es el más frecuente. Los comentarios se traducen en frases cortas y más pensadas, “Bueno”, “Sin Problema”, “médicos buenos”, “Pediatria excelente”. Los negativos son pocos, el “Dr. atiende como un número, no levanta la cabeza” y se los justifica por “la gran cantidad de personas que tienen para atender”. J. Rodríguez (2006) expresa que

“Nosotros creemos esencialmente que hay un problema en la medicina actual tal como se practica ahora y es que hay muy poca escucha (...) Hoy en día a veces nos encontramos con una

medicina estadística, esto es para tales dolores se implementan tales estudios. En definitiva la medicina no es una ciencia, si bien se apoya en ella, es una práctica humana y por lo tanto debe ser humanizada”¹⁴

Para S. Romero se percibe que en el área de la salud se producen conflictos de tipo cultural, pues más allá del sistema único propuesto por la medicina, coexisten las diferencias de lenguaje, significaciones, actitudes y representaciones que ponen en juego los actores sociales. En el plano de los relacionamientos se sitúa a veces la clave de éxitos o fracaso de acciones preventivas y terapéuticas¹⁵. Esta autora señala la afirmación de Balint acerca de: “que la relación establecida entre el profesional de la salud y el paciente ya es un fármaco potente. Y cuando dicha relación se basa en empatía y confianza mutua, los efectos pueden ser ampliamente positivos”¹⁶

Accesibilidad Cultural: El servicio público de atención a la salud con mayor antigüedad data de 1929. La antigüedad de los servicios en la zona aumenta su conocimiento, la vivencia de sus cambios y sobre todo el componente cultural. El conocimiento y vínculo conforman una Red por la interrelación de los procesos dentro de una misma cultura con planteos similares en lo socio cultural, aunque con desvinculación entre lo público y privado. Que la mayoría sean integrantes del sexo femenino, habla de la mujer ligada al cuidado, en eso “de ir al médico” mientras que “ser hombre” indica no concurrir, alejar las consultas o la concurrencia solo frente a la enfermedad. En las expectativas a la hora de concurrir, lo más importante está relacionado con el factor humano en el modo de atención, el interés y la importancia de la relación del trato y las actitudes. Persiste el autodenominarse paciente marcando la actitud pasiva del que

¹⁴ Rodríguez, J. Las medicinas, las psicologías y el cuerpo doliente. Un Enfoque Psicoanalítico. En: Portillo J, Rodríguez J. Las Otras Medicinas. Montevideo: Instituto Goethe; 2006 p.56

¹⁵ Romero S. Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Montevideo: Ed Nordan-Comunidad; 2003 p. 33

¹⁶ Romero S. Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Montevideo: Nordan-Comunidad; 2003 p. 113

demanda el servicio y se contradice con su expectativa de más rapidez, ya que para un trato más humano es necesario más tiempo. *“Los pacientes reclaman una atención más completa, en la que se considere no sólo su enfermedad sino también a él y su familia, en los que la presencia, el tiempo dedicado y la escucha del profesional es importante”*¹⁷

Actividades y Conductas: El caminar es la actividad física que más se realiza y se considera que beneficia a la salud, es sencilla y distrae; otras actividades físicas no se realizan aunque *“les gustaría”, “tendrían que hacer”, “lo han hecho”*.

Vivencias: Las vivencias a las cuales se hace más referencia son la ansiedad de los funcionarios y la paciencia de los usuarios; la sumisión ante el desagrado y los diversos malestares, principalmente los ocasionados por la edad. Se complementan con el concepto de actitud que supone que tienen o debe de tener los usuarios muy ligada al concepto de *“paciente”*. Relacionados con el trato, se identifican problemas vinculados a la muerte: *“Lo vamos a dejar así no hace más daño a la sociedad”*. *“La zona es rica en muertes de este tipo”*; a la prepotencia: *“Brutalidad”, “Malo”*; a la desprotección: *“Embarazada me dejaron sin ropa interior con la puerta abierta”*; los profesionales *“Se ponen nerviosos”, “Como que no tienen vocación de atender”, “Atención obligada”* en cambio *“El público tiene paciencia sabe que tiene que esperar, se comprende”*. S. Romero (2003), plantea que

“la posibilidad de una práctica de trato autoritario –latente en el tipo de relaciones asimétricas en la asistencia a la salud y sobre todo en los servicios gratuitos- no es un problema menor pues toca la subjetividad de los usuarios de dichos servicios e inciden en las decisiones que toman”¹⁸

¹⁷ Funes M. Interacción comunitaria, espacios integradores y combinación de medicinas. Desafíos para las políticas de Salud. En: Cuidados, terapias y creencia en la atención a la salud. Buenos Aires: Espacio. p. 102

¹⁸ Romero, S Madres e hijos en la ciudad vieja.

Conductas relacionadas con la salud: saberes y prácticas populares: Más de la mitad de la población reconoce, terapias alternativas o relacionadas con lo espiritual para beneficio de su salud. Con respecto a la religión Barron (2008) expresa

“En diferentes aspectos vinculados a la salud, asistimos en estos días a un resurgimiento de los motivos religiosos y diversas expresiones de la religiosidad” (...) “En lo religioso se hace cada vez más presente la cuestión de la salud y en la tensión de la salud se recupera la presencia de lo religioso”¹⁹

Como lo señala J. Portillo (2006) *“la estrategia terapéutica científica y la estrategia de los saberes tradicionales se combina y existe reconocimiento social de un doble registro que se combina e interactúa”*²⁰. Los individuos que necesitan servicios de cuidados suelen empezar por buscar a personas (no profesionales) de su entorno que puedan de algún modo prestar esos servicios: familiares, amigos; luego procederán a buscar asistencia profesional si su condición empeora o temen la muerte. M. Leininger (1989) sostiene que la conducta cuidante y las prácticas cuidantes distinguen singularmente a la Enfermería de las contribuciones de otras disciplinas y cree que el cuidado es aquella cualidad de los servicios humanos que hace que los consumidores de bienes de salud estén satisfechos o insatisfechos con los servicios de salud y que es el cuidado, no la curación, lo que los consumidores valoran consciente o inconscientemente²¹

Saberes en salud: Los resultados que han surgido, permiten subrayar que las barreras que no permiten la accesibilidad de la

Montevideo: de. Norman-comunidad; 2003. p. 134

¹⁹ Barrón E. Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud. Buenos Aires: Ed Espacio; 2008. p.107

²⁰ Portillo J, Rodríguez Nebot J, compiladores. Las otras medicinas. Montevideo: Ed. Goethe Institut; 2006. p.18

²¹ Marriner et al. Modelos y teorías de Enfermería. España: Edit ROL; 1989

población a los servicios de salud son principalmente de orden socio cultural, costumbres, saberes culturales, conceptos aprendidos y se generan en los propios servicios, donde se lleva a cabo el vínculo entre ambos, el componente intersubjetivo general. Las prácticas religiosas se relacionan con las cristianas; la mayoría de las personas no realizan rituales pues son mal vistos; las prácticas se conforman generalmente por rezos que invocan a figuras de la religión católica. Generalmente las terapias alternativas se utilizan al mismo tiempo que la consulta médica. Identifican procedimientos que les hicieron con anterioridad. La mayoría de quienes no responden comentan alguno fuera de la grabación. El no expresarlo, da cuenta que culturalmente no es aceptado como la práctica médica de la que se tiene información y conocimiento. Considerando la aceptación se aplican diagnósticos médicos explicando alguna de las terapias alternativas. Muchas veces la población va a curanderos y religiones afro-brasileñas, en busca de encontrar lo que la medicina tradicional no les ha dado. Según Pallavecino (1993)

“los asistentes a los templos afro-brasileños en Montevideo, han atravesado antes o al mismo tiempo, un largo itinerario de médicos y tratamientos consagrados, alternando salas de espera y larga filas para especialistas. La búsqueda de afectos sustitutivos que se espera del que cura, no autoritarios, lleva al sujeto a explorar otras modalidades relacionales”²²

También está presente la vecina de barrio que enciende una vela en el altar doméstico. Esta “uruguayidad” de la curación casera, tal vez pueda verse como intento de rescatar relaciones humanas perdidas por la despersonalización, la indiferencia, el utilitarismo. La búsqueda de afectos sustitutivos no autoritarios que se esperan del que cura, lleva al sujeto a explorar otras modalidades relacionales y a querer rescatar una atención personalizada demolida por los

engranajes excesivamente burocratizados de las instituciones de asistencia. Es precisamente desde la cultura informal y desde las expectativas individuales (hoy por hoy principalmente construidas por los medios de comunicación) que están impulsando cambios en las reglas de juego en el campo de la salud²³. Para Porzecanski (1993) “entre los motivos de la elección de estos tratamientos está el de querer rescatar una atención personalizada demolida por los engranajes excesivamente burocratizados de las instituciones de asistencia”²⁴. García Canclini (1990) expresa que

“la combinación de prácticas científicas y tradicionales, ir al médico y al curandero, es una manera transaccional de aprovechar los recursos de ambas medicinas; los usuarios revelan una concepción más flexible que el sistema médico moderno”. Las verdades míticas siguen teniendo aun mucha fuerza y parece que en el terreno de la medicina se busca una complementariedad mito y razón²⁵

En general los médicos hacen evidentes enfermedades ocultas, lo que puede llegar a interpretarse como que es el propio médico que provoca la enfermedad (“matasanos”), por lo que se produce un proceso de negación de la enfermedad a través de la negación del médico: “Si no vamos al médico la enfermedad no existe”.

Transmisión generacional: De las familias de origen todos tienen presente una figura adulta siendo la de los padres la más identificada. Generalmente saben o recuerdan que fueron llevados a los servicios de Salud de niños, algunos pocos expresan que era en forma periódica; otros confirman haber recibido terapias alternativas, principalmente las curativas del empacho, mal de ojo, el paño

²³ Barran J. y col. La medicalización de la sociedad. Montevideo: editorial Nordan; 1993. p. 103

²⁴ Barran J. y col. La medicalización de la sociedad. Montevideo: editorial Nordan; 1993. p. 103

²⁵ García Canclini. Culturas híbridas Estrategias para entrar y salir de la modernidad. México: Ed Grijalbo; 1990 p.189

²² Barran J. y col. La medicalización de la sociedad. Montevideo: editorial Nordan; 1993. p. 103

de alcohol en la panza o la paletilla caída. Responsabilizan a integrantes femeninas de la familia, madres y abuelas relacionadas con costumbres y creencias ancestrales, más allá de las creencias religiosas. Para sus hijos o niños a su cargo surge la importancia de llevarlos al control pediátrico. La mitad también los llevan o llevarían a terapias alternativas, exponiendo que aún persisten y en aumento las consultas paralelas, aparte de la medicina ya sea en las que presentan un marco teórico que la avala o las puramente religiosas o culturales.

Concepciones sobre Salud y Derecho: En el concepto de salud, no hay un patrón en común, predomina el relacionado al bienestar sin una perspectiva política ni sanitarista pero sí individualista, con rescate de lo subjetivo. Muchos no expresan su entender o se muestran sorprendidos con expresiones como “*Ta bravo eso, che!!!!*”, Se diferencia salud de enfermedad y un grupo la relaciona al sistema de salud. Se destaca la importancia otorgada a la idea de integración entre lo físico y lo psíquico o mental. En cuanto al derecho no se identifica a la salud como tal. Tienen la información y el conocimiento con contradicciones y repiten consignas. La mayoría la relaciona con lo personal, por lo que depende de cada uno, no aparece la obligación personal pero sí para con otros (los hijos). Se lo vincula con “todo” el individuo, su integralidad, como seres humanos. Desde los servicios no se promueve el derecho de los usuarios, no estando la posibilidad de queja, o no es usado, las manifestaciones son personales y alguna denuncia en comisiones barriales y a nivel central en los servicios privados. Se destaca la consideración de “*no molestar*” al que presta atención no ejerciendo el derecho a la salud, determinado probablemente por la baja autoestima. M. de Pena (1999) expresa que “*el derecho a la Salud es considerado un derecho básico: aunque sea imposible garantizar a ningún ser humano ni la salud perfecta, ni la observación del derecho a la salud como tal*”²⁶

²⁶ de Pena M. Derechos Humanos y Salud

Conclusiones

Posicionarse en la perspectiva de la accesibilidad ha sido reflexionar y cuestionar sobre el tipo de vínculo que se establece entre el Sistema de Atención y sus destinatarios. Pensando en los conceptos, preconceptos y actitudes, desde el lugar del otro como del propio lugar, así como en el relacionamiento y la comunicación de todos los actores que intervienen desde el sistema, en las necesidades de los usuarios, en su poder de decisión, sus derechos y por sobretodo el lugar simbólico que poseen de y para el sistema de salud. Se comprende que una accesibilidad producida por este vínculo, lleva a un proceso de aculturación, proceso de cambio que sucede cuando personas o grupos provenientes de diferentes contextos culturales entran en contacto regular con otra cultura en cuyo medio tienen que rehacer sus vidas, pudiéndose producir el efecto de elevar la calidad de vida (enriquecimiento), mejorando el proceso de la salud, pero no se produce²⁷

Resurge fuertemente la afirmación que “universalizar el acceso a la salud” no significa “resolver el problema de salud” de la población, ni mucho menos resolver los problemas de accesibilidad a la Salud. Referido a uno de los sustentos del proceso de la reforma en el Sistema de Salud -el cambio de modelo de financiación- es considerado hoy por su propulsor D. Olesker²⁸ en etapa de conclusión. Entendiendo la salud como proceso complejo que va mucho más allá de lo económico, sería el momento de poner énfasis en la accesibilidad como uno más de los principios rectores que orienta al proceso de planificación. En la zona estudiada no se presentan barreras en cuanto a la accesibilidad; es en la dimensión cultural o simbólica donde se generan las barreras. Esta

Integral. Montevideo: Ed Latina; 1999 p. 25

²⁷ Castella Sarriera (Coompilador) Psicología Social Aplicada a las comunidades. Buenos Aires: Ed Proa XXI; 2004

²⁸ Olesker D. Discurso pronunciado en el Lanzamiento Oficial del Nodo Uruguay del Campus Virtual de Salud Publica en Montevideo el 14 de junio de 2011. Inédito.

dimensión en relación al Sistema Total de Salud (STS)²⁹ se cimienta en el componente intersubjetivo general, establecido en la red de interacción del componente formal /cuasi formal (efectores del sistema) y el componente informal (usuarios del sistema). En el marco de la accesibilidad en relación a los componentes del STS las condiciones y discursos de los servicios, no han mostrado una buena disponibilidad para brindar información tanto en algunos servicios públicos como privados. Probablemente uno de los factores de esta dificultad reside en la competencia entre instituciones y en la calidad del servicio ofrecido. Además el “*quedarse con los datos*”, “*Mantenerlos en secreto*” permite por un lado tener el poder de la información, sumado al temor a que puedan ser sujeto de evaluaciones. Esta dificultad junto a una gran burocracia con varios efectores que se superponen en una misma población es uno de los elementos que se observan en el modelo de atención en proceso de cambio. Se puede decir que sigue siendo un modelo asistencialista y con una hegemonía médica predominante, siendo una de las barreras socio culturales más destacada. La poca “*transparencia*” también atenta contra la posibilidad de participación de los usuarios. Entendiendo que las condiciones de salud de la sociedad dependen en gran parte de la dinámica de los componentes, a su vez buena parte de la eficacia y efectividad de la inversión en salud depende de los emergentes en el componente intersubjetivo. La negatividad de estos emergentes ocasiona las barreras psicosocioculturales en el espacio intersubjetivo generando ineficacia en las acciones y por ende un desaliento en la demanda por parte del componente informal la que se canaliza hacia otros satisfactores de las necesidades de salud de la población, efectores aun no legalizados. Se concluye, desde lo analizado, que la gama de elementos de cada uno de los componentes (formal/cuasi formal e informal)

es muy rica y su interrelación permite destacar la conformación de tres grandes barreras: La lentitud de los cambios, la disociación entre el conocimiento y la práctica y la complementación de paradigmas. En cuanto a la lentitud de los cambios se puede decir que la población lo demuestra subjetivamente al mantener denominaciones que se identificaban en el sistema de Salud anterior. El aun presente carnet de asistencia, más conocido como carnet de salud o de pobre, sumado al hecho de que se necesita un trámite para su obtención y si no se tiene no es atendido, impulsa aún más a no ir asistir a los servicios de salud. Esto permite afirmar que los cambios en los hábitos y saberes culturales tradicionales ya naturalizados requieren mucho tiempo, no se produce como una consecuencia inmediata de un cambio legal y requeriría un trabajo específico de educación. La segunda barrera que tiene que ver con La disociación entre el conocimiento y la práctica juega en contra al brindarse información errónea, no comprensible o manejarse con consignas que actúan en contra de un conocimiento adecuado. La población muestra tener conocimientos al reconocer la importancia de la consulta para evaluar su estado de salud; sabe que al no ir no está previniendo; identifica actividades de prevención y la efectividad del apoyo a otros, con el rol de acompañante y más aún el realizarlas en sus hijos. Se reconoce la importancia del conocimiento planteando el valor de impartirlo apuntando a las nuevas generaciones. Por otra parte muchas acciones esperadas desde la comunidad como el carnet de salud o las vacunas se transforman en un acto de obligación al no ser reforzadas por el conocimiento. Mientras que actores sociales desde lugares relevantes como por ejemplo administración laboral, protagónicos en la difusión, solo refuerzan determinadas actividades de prevención de enfermedades como meros trámites obligatorios como el caso del carnet de salud que deriva a su vez en otras consultas por obligación como odontólogo, vacunas, Papanicolaou, mamografía entre otras. Si se pretende romper con las barreras de la accesibilidad no alcanza con impartir conocimientos, ni asegurarse que existen, si no se tienen en cuenta las

²⁹ El STS “Comprende todo lo que una sociedad genera -de sustancia material y/o ideacional, tangible y/o intangible- y pone en práctica en relación con los emergentes -positivos o negativos- del proceso salud/enfermedad de quienes la constituyen y/o con el proceso mismo”. Saforcada E. Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Bs As: Paidós; 1999. p. 43

condiciones de existencia, las que en todo proceso de socialización y desarrollo lleva a la posición de persona. Las personas no actúan en función de lo que saben, sino que sus conductas están determinadas por temores, fantasías, vivencias anteriores (propias o de personas cercanas), etc. que componen el universo de la subjetividad. La tercera barrera que implica las dificultades en la complementación de paradigmas se establece desde el ejercicio del modelo médico hegemónico desarrollado y consolidado desde el pensamiento médico científico, organizado alrededor de la enfermedad y la clínica. Es necesario pasar hacia otro modelo con visión holística y sistémica del ser humano. En la actualidad su persistencia se comprueba en que la población considera a los médicos como el centro, excluyéndolos de comentarios negativos a pesar de los comentarios sobre maltrato y despersonalización. El usuario identifica una relación de poder a la que se somete en actitud pasiva. Ante estas situaciones y la consideración subyacente que los médicos hacen evidentes enfermedades ocultas, por lo que si “no voy al médico, la enfermedad no existe”, se suma un saber lego que se pone en práctica cotidianamente, justificando que a la hora de sentirse o pensarse enfermo la acción está fuera de los servicios de salud, recurriendo a ellos sólo cuando se necesitan para solucionar problemas urgentes. Son relevantes : el uso de sustancias naturales y el de objetos “mágicos”. Se reconocen procedimientos legos como prácticas reconocidas y aprobadas como es el caso de la cura del empacho. El encontrar en el que cura una relación arbitraria y la pérdida de la atención personalizada en las instituciones, lleva a los individuos a la búsqueda de terapias alternativas. Esta búsqueda se apoya en el mayor reconocimiento personal y social que se les brinda y en la efectividad rápida de las terapias así como en el ahorro de tiempo y el no trasladarse fuera de su ámbito cotidiano. Las terapias alternativas, responden a un sistema teórico y filosófico; sus prácticas no están de acuerdo con los estándares aceptados

por la comunidad médica las que presentan un cuerpo teórico así como mecanismos propios de intervención con instrumentos y personas idóneas para ejecutarlas, conformando un sistema. Es de señalar que en la legislación uruguaya solo se reconoce la asistencia médica:

“La asistencia médica solamente podrá ser prestada en el ámbito de sus competencias específicas, por médicos, odontólogos y obstétricos con título otorgado o revalidado por la Universidad de la República, o bajo la dirección y responsabilidad de dichos profesionales conforme a las normas de esta ley y las demás que tutelan la salud pública”³⁰

Esto ha impulsado que en algunos servicios privados se hayan incorporado terapias como la acupuntura, homeopatía, con la condición de ser avaladas y ejecutadas por un médico. Entendiendo que medicina es aquella actividad que cura, provenga del saber científico o popular y que todo acto de salud que se desarrolla en los servicios implica a todos quienes lo integran y la interacción directa o indirecta con quienes concurren en busca de solución a problemas, los elementos que actúan como barrera en la accesibilidad simbólica conllevan elementos culturales que para su resolución requieren de un cambio paradigmático con un enfoque salubrista que por sobretodo incluya un cambio que oriente a la formación de los individuos. Es necesario tener en cuenta la diferencia cultural entre los profesionales de la salud y los pacientes que determina una barrera en la permanente relación y por ende el involucramiento de la población en los servicios. Es posible que al eliminar las barreras basando la relación en la empatía y confianza mutua, se promueva un cambio cultural en la comunidad, pasando a no considerar la salud desde la enfermedad y donde prevenir sea más prioritario que curar. Como corolario de este trabajo se desprende que el logro de la mejor salud de la sociedad, no solo depende del Sistema de Salud sino que pasa por cambios de conductas en los

³⁰ Ley 15.181 de 1981 art. 2.

que deberían intervenir todos. Quedan abiertas nuevas interrogantes que daran paso a la búsqueda de nuevos conocimientos, como por ejemplo: Que elementos influyen en la

interrelaciones con los usuarios? ¿Qué concepción de Salud manejan ? ¿Entienden a la Salud como un derecho? ¿Consideran factores culturales en su interrelación?

Bibliografía

- Comes Y, Stolkiner A. Concepción de responsabilidad individual en el cuidado de la salud como barrera de accesibilidad simbólica al sistema de salud en el discurso de los usuarios pobres del área metropolitana de Buenos Aires. En Anuario de Investigaciones (Argentina) 2003; 15(2):30-32.
- Hernández Avila JE, Rodríguez López MH, Rodríguez Salgado NE, Morales Carmona E, Santos Luna R, Badillo Perry S, et al. Modelo de evaluación espacial de cobertura, accesibilidad y calidad del sistema hospitalario de la SSA y desarrollo de estándares de desempeño. [s.f.]. Disponible en: www.calidad.com.mx/docs/art_36_1.pdf [Fecha de acceso: 14 de Marzo 2008].
- Kormpotic, CC, Saizar M, Madrid L, Luxardo N, Funes M, Barrón E, et al. Cuidados, terapias y creencia en la atención de la salud. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2008. p 42
- Mauro M, Solitario R, Gabus P, Stolkiner A. La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años. En: 13a. Jornadas de Investigación y 2° Encuentro de Investigadores en Psicología en Mercosur; Buenos Aires 2006. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2006. v.2. p. 58-9.
- González T, Olesker D, compiladores. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Montevideo: MSP; 2009. Disponible en: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf [consulta: 14 de Marzo de 2008]
- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud Washington, 27a Conferencia sanitaria panamericana 59.a Sesión del Comité Regional D.C., EUA, 1-5 /10/2007 Disponible en: cursos.campusvirtualsp.org/.../M2C1 OPS 2007 CSP27.r10-s.pdf [consulta: 14 de Marzo 2008].
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud Perfil de los Sistemas de Salud República Oriental del Uruguay Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma 3ra Ed Uruguay 2009. Disponible en: www.bvsops.org.uy/local/pdfs/uru77.pdf [consulta: 20 de Febrero 2008].
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Washington D.C. 2007 disponible en : www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task.. consulta: 20 de Febrero 2008
- VIII Jornadas de Psicología Universitaria 2006: La Accesibilidad en la Reforma del Sistema de Salud “Aproximación al estudio de la Accesibilidad a los Servicios de Atención Psicológica en la Infancia en la zona de Malvín Norte”, en accesibilidad 2008. Blog spot.com /.../la- accesibilidad en la reforma del sistema de salud.
- Parada Lezcano M. Metodología Cualitativa de Investigación Científica. Valparaíso: Universidad de Valparaíso; 2011. p. 36
- Portillo J, Rodríguez Nebot J, compiladores. Las otras medicinas. Montevideo: Ed. Goethe Institut; 2006.
- Uruguay. Presidencia de la Republica. Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. [2005]. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf> [consulta: 14 de Marzo 2008].
- Rebelatto JL. Ética y práctica social. 2a. ed. Montevideo: EPPAL; 2009. pag 82
- Romero S. Una revisita antropológica a constructores de la identidad cerrense, Villa del Cerro, Montevideo. En 2as. Jornadas de Estudiantes de Antropología. 2007. Disponible en: <http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo> [consulta: 20 de Marzo 2008].
- Rudolf S. Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de Salud: una mirada desde la psicología. Montevideo: Fin de Siglo; 2009. p.27
- Saforcada E. Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós; 2006. pp. 43 a 57
- Solitario R, Garbus P, Stolkiner A. Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anuario de Investigaciones (Facultad de Psicología.
-
- Umpierrez Chavez G. Accesibilidad simbolica: barreras psicosocioculturales en la accesibilidad de la población adulta a los servicios de Primer Nivel de Atención, Montevideo*

Universidad de Buenos Aires). [Internet]. 2008; 15:263-89. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s1851-16862008000100025&Ing=es&nrm=iso [consulta: 20 de Marzo 2008]

Trylesinski F. Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamientos. En: ENHA 2006. Montevideo: UNFPA, INE; 2007.

Disponible en: http://www.ine.gub.uy/enha2006/Modulo_salud_version_final.pdf [acceso: 15 feb 2008].