



## **Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social**

### **Tesis**

**Accesibilidad de la población a la atención ambulatoria en el área programática del Hospital Wenceslao de Palpalá, Provincia de Jujuy.**

**Víctor Guido Tupayachi Muñoz**

**Director: Lic. Mg Daniela Alvarez**

**Año 2012**

## CONTENIDOS

1. Introducción	1
2. La accesibilidad a los servicios de salud en sus diversas dimensiones como problema de estudio.	5
2.1 El caso de estudio: Palpalá, Jujuy	6
2.2 Objetivos.	7
3. Marco teórico y fundamentos acerca del concepto de accesibilidad en salud.	10
4. Estrategia Metodológica	16
4.1. Propuesta General.	17
4.2. Tipo de estudio y diseño.	18
4.3 Principales variables.	19
4.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos	20
5. Palpalá.	21
5.1. Característica general	22
5.2. El Hospital Wenceslao Gallardo	24
6. Cobertura, distancias y recursos humanos médicos y relaciones entre niveles.	25
6.1. Cobertura	26
6.2. Distribución geográfica y distancias	26
6.3 Médicos por habitantes	27
6.4 Mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles asistenciales.	28
7. Producción asistencial, distribución de consultas ambulatorias y motivos de consulta más frecuentes.	29
7.1 Distribución de las consultas ambulatorias	30
7.2 Motivos de consulta más frecuentes y diagnósticos de denuncia obligatoria	31
7.3 El embarazo como principal motivo de consulta.	32
8. Barreras de accesibilidad a la salud desde las perspectivas de los equipos de salud del área.	33

8.1 Entrevistas a los informantes claves en equipos de salud del Hospital Wenceslao Gallardo.	34
8.2 Grupos Focales con integrantes de los Equipos de Salud.	35
9. Resultados de la encuesta en población: Accesibilidad a la salud desde la perspectiva de la población del área programática.	44
10. Principales resultados cuantitativos y cualitativos acerca de la accesibilidad	58
11. Conclusiones y Recomendaciones	63
11.1 Conclusiones	63
11.2 Recomendaciones	66
Bibliografía	67
Anexos	69

## **1. Introducción**

Investigar la accesibilidad de la población a los servicios de salud, la organización y respuesta de la red pública y las barreras objetivas y subjetivas que dificultan una atención oportuna y continuada resulta sustantivo y necesario considerando los determinantes históricos, culturales, sociales y sanitarios de la provincia de Jujuy.

Este trabajo se focalizará en el área programática de Palpalá, representada por el Hospital Wenceslao Gallardo, considerando que presenta (al igual que toda región) características sociales, económicas, culturales y geográficas particulares y distintivas, que se traducen en condicionantes específicos para la accesibilidad a los servicios de salud y que debieran conocerse para mejorar la efectividad de la de dichos servicios .

La metodología incluirá abordajes cuantitativos y cualitativos mediante estrategias de triangulación para aportar validez a los resultados de la investigación. Se considerarán variables de estructura y de producción asistencial, junto con dimensiones sociales y culturales que configuran los procesos de atención, incluyendo la perspectiva de los equipos de salud y la comunidad.

En este trabajo se describirán y analizarán:

- Algunos elementos claves de la estructura de la red, los procesos de articulación entre Hospital de referencia y los Centros de Atención Primaria y las condiciones de accesibilidad de la población para las consultas ambulatorias.
- Las barreras de accesibilidad percibidas por los propios equipos y profesionales de la salud, mediante entrevistas y grupos focales como herramientas de indagación.
- Las barreras de accesibilidad percibidas por la comunidad, mediante la aplicación de una encuesta en terreno.

Se apunta a generar aportes y evidencias que contribuyan a mejorar la accesibilidad de la población y la integración entre niveles asistenciales, asumiendo a la salud como derecho y a la accesibilidad como dimensión sustantiva de la equidad.

## **2. La accesibilidad a los servicios de salud en sus diversas dimensiones como problema de estudio.**

El concepto de accesibilidad a los servicios de salud es complejo y multidimensional, su análisis requiere identificar tanto las condiciones en las cuales se da el encuentro entre población y servicios sanitarios como así también las barreras que lo mediatizan, dificultan o impiden.

La accesibilidad constituye un componente central para la equidad en salud, por lo cual disponer de información sistematizada acerca de los determinantes y barreras de accesibilidad de la población a los servicios sanitarios públicos resulta fundamental para mejorar el bienestar, especialmente de aquellos grupos con mayor criticidad social, y para el diseño de estrategias sanitarias eficaces orientadas según prioridades.

La falta de información integrada acerca de las condiciones de accesibilidad a los servicios públicos de salud, la escasez de datos sistematizados sobre la demanda, los vacíos respecto a las reales necesidades de atención y la carencia de estudios que analicen las capacidades de respuesta del sistema sanitario y los procesos de articulación entre niveles de atención resultan elementos que agudizan la situación de salud de la población. Dicha falta de información obstaculiza tanto el desarrollo de acciones correctivas como la programación y priorización de intervenciones sanitarias adecuadas a los procesos de salud y enfermedad de los grupos poblacionales bajo cobertura.

### **2.1 El caso de estudio: Palpalá, Jujuy**

En la provincia de Jujuy, estudiar los determinantes de la accesibilidad de la población a los servicios públicos de salud implica también considerar la presencia de características sociales, económicas, culturales y geográficas que son particulares y distintivas en cada región de dicha provincia y que se traducen en condicionantes específicos para el encuentro entre la población y los servicios de salud. A la vez, un análisis integral y comparado de los determinantes de la accesibilidad en cada región de la provincia debiera ir más allá de la identificación de las posibilidades de ingreso de la población a los servicios de salud en términos de accesibilidad inicial, por el contrario, **una concepción ampliada e integrada acerca de la accesibilidad de la población a los servicios de salud debiera abarcar todo el proceso de atención**, requiriendo entonces

no solamente analizar la relación población- servicios sino también las relaciones de los servicios entre sí y entre los niveles asistenciales que conforman la red de atención, por ejemplo entre Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y Hospitales mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia que den respuesta adecuada y continuada en función a la complejidad de los problemas de salud que se presentan.

La planificación sanitaria de la provincia se operativiza en base a cinco zonas, que se corresponden con cinco regiones geográficas particulares: Puna, Quebrada, Valles, Ramal y Centro. Al interior de cada una de estas zonas sanitarias, los servicios de salud pública se organizan mediante áreas programáticas conformadas por el Hospital de referencia y la red de Centros de Atención Primaria que de él dependen.

El trabajo de investigación propuesto se focalizará en el análisis de los determinantes que intervienen en la accesibilidad de la población a la atención ambulatoria en el área programática de cobertura del Hospital Wenceslao Gallardo, de Palpalá ( zona sanitaria Centro) . En esta área programática se analizará la articulación entre el Hospital de referencia y los centros de atención primaria, las condiciones para garantizar continuidad en los procesos de atención y las barreras objetivas y simbólicas (sociales, culturales, de género) que dificultan dicha accesibilidad. Interesa además incluir en el análisis la mirada de los actores clave del sistema de salud, esto es, los responsables de los servicios de salud (Hospitales y CAPS), los integrantes de los equipos de salud, y la población que concurre a los servicios, considerando que esta dimensión cobra especial relevancia para la indagación de las interacciones de los procesos de atención en contextos interculturales como el de este estudio.

En este contexto, la pregunta de investigación principal de este trabajo es la siguiente: *¿ Cuáles son los determinantes de la accesibilidad de la población a la atención ambulatoria en el área programática del Hospital Wenceslao Gallardo, de Palpalá, considerando la estructura de la red sanitaria, la articulación entre servicios, las características de la población bajo cobertura y las barreras objetivas y simbólicas que intervienen en el encuentro entre dicha población y los servicios de salud?*

Del interrogante central que orienta esta investigación y que fuera más arriba expresado se desprende este conjunto de preguntas interrelacionadas:

*¿Resulta adecuada y oportuna en tiempo y forma la respuesta de la red de salud pública de esta zona sanitaria, en lo que hace a las consultas ambulatorias, para las demandas y necesidades de la población bajo cobertura? ¿Cuáles son los principales motivos de consulta y cuál es la relación entre éstos y el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población bajo cobertura? ¿Cuáles son los mecanismos establecidos y aquellos efectivamente puestos en práctica para la articulación entre niveles asistenciales? ¿Cuales son las principales dificultades para el desarrollo sistemático de mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles asistenciales? ¿Cuales son las barreras objetivas y simbólicas que obstaculizan la accesibilidad a los servicios y a procesos de atención adecuados y continuados en las diferentes zonas sanitarias de la provincia? ¿Cuáles son las principales barreras para la accesibilidad a los servicios de salud, en sentido ampliado<sup>1</sup>, desde la perspectiva de los responsables de los servicios, de los equipos de salud y de la población bajo cobertura?*

La realización de esta investigación se justifica por la relevancia sanitaria del problema que aborda y por sus potenciales aportes para la mejora de los procesos de atención ambulatoria en la red de servicios públicos de salud, en tanto no se dispone de información integrada sobre la accesibilidad de la población a los servicios de salud de la red pública ni de herramientas de medición que permitan estimar brechas de cobertura.

Considerando que la accesibilidad a los servicios de salud abarca todo el proceso de atención y su continuidad, el estudio de la articulación entre niveles asistenciales y de los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre ellos resulta fundamental para identificar condiciones del sistema de salud que pudieran obstaculizar o discontinuar dicho proceso. La identificación de las condiciones de accesibilidad de la población a los servicios de salud ,y de las barreras objetivas y simbólicas que la dificultan, posibilitaría establecer criterios de prioridad para la orientación de los servicios y programas sanitarios en función de la adecuación a las características , demandas y necesidades de salud de la población bajo su cobertura.

---

<sup>1</sup> Refiere una concepción ampliada e integrada acerca de la accesibilidad de la población a los servicios de salud que abarca todo el proceso de atención, tal como fuera definido precedentemente en este documento.

También se considera relevante el trabajo propuesto en este proyecto para aportar información y procedimientos de investigación sobre este contexto que pudieran resultar útiles para sucesivos estudios.

## **2.2 Objetivos.**

### **Objetivo general:**

Analizar determinantes de la accesibilidad de la población a la atención ambulatoria en el área programática del Hospital Wenceslao de Palpalá, Provincia de Jujuy.

### **Objetivos específicos**

1. Caracterizar la estructura de la red pública de salud del área programática identificando número y tipo de efectores, distribución geográfica y recursos humanos de la salud asignados
2. Identificar los principales problemas que hacen a los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles asistenciales en los procesos de atención de pacientes ambulatorios.
3. Analizar en el área programática la producción asistencial: número de consultas ambulatorias, lugar en que se efectúa y motivos.
4. Identificar en el área programática seleccionada barreras de accesibilidad a la red de salud pública (geográficas, económicas, administrativas, sociales y simbólicas) desde la perspectiva de los equipos de salud y de la población de referencia.



### **3. Marco teórico y fundamentos acerca del concepto de accesibilidad en salud.**

La equidad constituye el principio rector para el diseño e implementación de políticas públicas de inclusión social y sanitaria. La Organización Panamericana de la Salud (2000) señala que deben formularse estrategias e intervenciones orientadas a disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible en lo que hace a las condiciones de salud de la población y a garantizar la disponibilidad de servicios de salud en función de las necesidades<sup>2</sup>. La equidad en salud constituye un principio fundamentado en los Derechos Humanos, las conceptualizaciones acerca de ella coinciden en definirla como la distribución de recursos en función de las necesidades de los grupos, siendo una condición estratégica y fundamental la accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población según dichas necesidades.

También señala la Organización Panamericana de la Salud (2002) los principales rasgos que se relacionan con la inequidad, tales como género, origen étnico, clase social, raza y distribución geográfica, a la vez que sostiene que una condición fundamental para revertir dichas inequidades y para garantizar la provisión de servicios de salud es asegurar la accesibilidad a los mismos.<sup>3</sup> Desde este enfoque, la accesibilidad a los servicios de salud constituye una dimensión clave y operativa de la equidad y su estudio resulta clave para programar e implementar acciones sanitarias destinadas a las poblaciones con mayor riesgo, como así también para identificar brechas en materia de salud y sus determinantes.

Sobre esta relación equidad-accesibilidad, Rovere (1999) sostiene que la equidad en la atención está directamente vinculada al hecho las personas accedan con la misma posibilidad a servicios de salud de calidad semejante, y condición de esto es que ni la accesibilidad ni la calidad discriminen en sentido negativo, que los servicios de salud no estén estratificados y que no sean estratificantes de la población.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> OPS refiere a ONU. PNUD “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, 2000

<sup>3</sup> OPS, “Herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos”, en Revista Panamericana de Salud Pública, vol.12 no.6 Washington Dic. 2002.

<sup>4</sup> Rovere, M. Redes En Salud;” Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad”, Rosario: ED. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión) 1999.

A partir de la definición básica y más comúnmente utilizada del concepto de accesibilidad, entendida en sentido general como la posibilidad de ser atendido por los servicios de salud, el enfoque propuesto por Rangel y Alanís (2006) plantea que dicha posibilidad se genera a partir del potencial de interacción entre la población objetivo que vive en cada área o región y los servicios disponibles en ella, entendiendo a la accesibilidad como un *atributo compartido* entre población y servicios de salud que se expresa en dos componentes básicos, uno físico (relacionado con la distancia geográfica, por ejemplo) y otro social (que refiere a las barreras socioculturales que pudieran existir entre dicha población y los servicios de salud)<sup>5</sup>

Pérez Maza (2007) analiza también a los condicionantes sociales que representan barreras para el acceso oportuno a los servicios de salud, y señala las inequidades que puedan generarse en ese sentido, como por ejemplo razones de género, edad, etnia y situación económica.<sup>6</sup>

Comes (2006) toma también el concepto de "barrera" para referirse a los condicionantes de la accesibilidad de la población a los servicios de salud, en su tipología de barreras presenta cuatro: geográficas, económicas, administrativas y culturales, coincidentemente con la bibliografía de referencia. Sin embargo resulta de interés la redefinición que propone de la barrera cultural como "barrera simbólica", considerando que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras para el acceso a la salud<sup>7</sup>. Desde la concepción de esta autora, coincidentemente con la ya citada de Rangel y Alanís (2006), la accesibilidad puede ser definida como *encuentro* entre los sujetos y los servicios de salud, siendo fundamental, para que dicho encuentro sea posible, la inclusión en los procesos de atención de las prácticas y concepciones sobre salud y enfermedad que posee cada comunidad.

En contextos donde coexisten pluralidad de culturas y tradiciones, la idea accesibilidad como *encuentro* cobra singular trascendencia. Asumir esta perspectiva remite al

---

<sup>5</sup> Rangel, C y Alanís, J "Un indicador de accesibilidad a unidades de servicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación" en Economía, Sociedad y Territorio, vol. VI, núm. 22, 349-397, México, 2006

<sup>6</sup> Pérez Mazza, B. "La equidad en los servicios de salud Revista Cubana Salud Pública" 2007; 33(3)

<sup>7</sup> Comes, Y., et al "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios" Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de investigaciones / volumen XIV / año 2006, página 201 a la 209

concepto de *interculturalidad*, concibiéndolo como un espacio de interacción y de construcción colectiva e histórica. La OMS y OPS (1997) definen que el concepto de interculturalidad involucra interacciones equitativas y respetuosas de las diferencias (políticas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas y de género) que se producen y reproducen en diferentes contextos y en diferentes culturas, pueblos y etnias.<sup>8</sup>

Lerin Piñón (2004) plantea que en contextos interculturales, la paulatina reducción de las barreras de accesibilidad a los servicios de salud asumiría tres dimensiones posibles: interculturalidad como movilización (proceso de movilización del equipo de salud a las comunidades), interculturalidad como gestión (proceso en que representantes de la comunidad actúan como facilitadores interculturales y nexos entre dicha comunidad y equipos de salud); e interculturalidad como reciprocidad (proceso en donde la comunidad y el equipo de salud se unen en la búsqueda de una respuesta común).<sup>9</sup>

El enfoque de equidad en salud considera además la necesidad de la inclusión de la perspectiva de género para el estudio de la accesibilidad y de las barreras respecto de los servicios de salud. La OPS (2003) enfatiza en la necesidad de incorporar los temas de género en las diversas metodologías usadas para evaluar los procesos y resultados sanitarios y en los análisis de accesibilidad equitativa.<sup>10</sup>

En su documento sobre Género y Salud, también OPS (2005) señala que se incorpore la perspectiva de la igualdad de género en la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas, programas y actividades de investigación sanitaria<sup>11</sup>. Gómez Gómez (2002) realiza una sistematización acerca de las recomendaciones internacionales y las variables relacionadas a género, equidad y accesibilidad a los servicios de salud, en donde pone de manifiesto que la equidad de género en la atención de la salud exige que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y en cada contexto socioeconómico, y aún considerando que

---

<sup>8</sup> OPS-OMS “Hacia el Abordaje Integral de la Salud. Pautas para la Investigación con Pueblos Indígenas”. Washington (EUA), 1997.

<sup>9</sup> Lerin Piñón, S. “Interculturalidad en Salud: Un reto para la Antropología Aplicada”. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, DF. Anuario 2004

<sup>10</sup> OPS, 20.a “Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo”, del Comité Ejecutivo, Washington, D.C., EUA, 25 y 26 de marzo de 2003.

<sup>11</sup> OPS, OMS “Política de la OPS en materia de Igualdad de Género”, Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005 (resolución CD46.R16).

las mujeres hacen mayor uso de los servicios de salud que los que los hombres, el enfoque de género, sostiene esta autora, debiera fundamentarse en la “hipótesis de la necesidad diferencial” por la cual las mujeres tienen una necesidad de servicios de salud mayor que los hombres, estando dichas necesidades relacionadas con las funciones reproductivas femeninas que generan un conjunto de necesidades particulares de atención.<sup>12 13</sup>

Ramos (2004) sostiene que son los condicionantes sociales los que generan mayores o menores oportunidades, y que estas oportunidades diferentes se expresan también en problemas de accesibilidad a los servicios de salud.<sup>14</sup> Desde una perspectiva de género, y específicamente en lo relativo a la salud materna, Ramos concluye que la accesibilidad a los servicios de salud no implica solamente la existencia y la ubicación geográfica alcanzable de éstos, sino que accesibilidad real implica que las mujeres, sus familias y la comunidad dispongan de información para la utilización apropiada de los servicios, que los insumos, equipamientos y personal de salud sean suficientes y que las prácticas ofrecidas se adecuen al contexto cultural.

Asumiendo que la accesibilidad de la población a los servicios de salud constituye un *proceso compartido, en términos de interacción y encuentro* (Rangel y Alanís, 2006; Comes, 2006) entre población y servicios, cabe analizar también de que modo el propio sistema de salud y su organización actúa como determinante para esta accesibilidad y para el uso que la población haga de estos servicios.<sup>15</sup>

Lama More (2000) señala que los factores de organización son aquellas estructuras y procesos que representan como está establecida la respuesta del sistema de salud, incluyendo la disponibilidad de recursos (volumen y tipo de recursos existentes ya sea humanos, tecnológicos, de infraestructura, económicos), la accesibilidad geográfica, la accesibilidad temporal (horarios y turnos) y las prestaciones ofrecidas.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> Gómez Gómez, E. “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica” en Revista Panamericana de Salud Pública, vol.11 no.5- 6 Washington May/Junio 2002.

<sup>13</sup> Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), el objetivo sexto “Mejorar la Salud Materna” se constituye como una meta estratégica de equidad sanitaria con perspectiva de género.

<sup>14</sup> Ramos, S; Romero, M, Karolinski A, et al “Para que cada muerte materna importe” CEDES, CONAPRIS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006.

<sup>15</sup> Op cit.

<sup>16</sup> Lama More, E, en Revista de Salud Pública OPS-OMS, 2000

Frenk (1992, 1997) define al sistema de salud como un sistema complejo y multidimensional conformado por un entramado de relaciones que constituyen *la respuesta social organizada* a las condiciones y necesidades de salud de las poblaciones y que dicha respuesta se estructura a través del sistema de atención.<sup>17</sup>

Desde esta concepción de respuesta social organizada, el sistema de salud pública se operativiza en un conjunto de servicios asistenciales organizados por redes y niveles de atención, que configuran unidades locales con determinada población bajo cobertura y en un espacio geográfico determinado.

Paganini (1999), retoma las definiciones de OPS (1991) y conceptualiza a los sistemas locales de salud como un espacio de articulación de los recursos sanitarios de cada región en base a su adecuación con la realidad local, considerando que esta adecuación es fundamental para la programación de los procesos de atención, para la organización técnica –administrativa y para la coordinación de niveles de atención entre Hospitales y los centros de atención primaria de salud en función de garantizar la accesibilidad, la atención de la salud y la capacidad resolutoria de la red.<sup>18</sup>

Testa (1997) plantea que la regionalización y el establecimiento de un adecuado sistema de referencia entre niveles resultan dos condiciones inaudibles para la configuración de una red de servicios interconectados que respondan a las necesidades de la población a los que están destinados.<sup>19</sup>

A partir de este recorrido conceptual han quedado presentados los principales fundamentos que serán asumidos y que orientarán el proceso investigativo del problema formulado acerca de las condiciones y determinantes de la accesibilidad de la población a los servicios de salud.

- ✓ Considerar a la accesibilidad a los servicios de salud como una condición clave y sustantiva de la equidad en salud,

---

<sup>17</sup> Frenk J. “La nueva salud pública”. México: Fondo de Cultura Económica. Colección Ciencia para Todos. 1992, primera reimpresión 1997.

<sup>18</sup> Paganini, JM “Los Sistemas Locales de Salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud”, OPS, 1999

<sup>19</sup> Testa, M. “Pensar en Salud”. Buenos Aires Lugar Editorial. 1997.

- ✓ Considerar a la accesibilidad a los servicios de salud a partir de las mayores o menores posibilidades de encuentro e interacción entre la población y dichos servicios, asumiendo para esto la necesidad de analizar las características estructurales y organizativas de la red de servicios de salud públicos del área programática seleccionada, las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población bajo cobertura y las barreras objetivas y simbólicas que pudieran obstaculizar dicha accesibilidad.
- ✓ Considerar que la coordinación orgánica y operativa adecuada entre los recursos sanitarios (de infraestructura y humanos) y entre niveles asistenciales constituye un factor fundamental y condicionante para revertir barreras de acceso e inequidad a los adecuados procesos de atención de la salud.
- ✓ Considerar a la perspectiva de género como una dimensión fundamental para un análisis de la accesibilidad a los servicios de salud que contemple las necesidades diferenciales de mujeres y varones.

## **4. Estrategia Metodológica**

### **4.1. Propuesta General.**

La propuesta general de este trabajo se corresponde con las características de la investigación en sistema y servicios de salud ya que: es interdisciplinaria (por su estrategia metodológica y sus categorías de análisis), está definida temáticamente por prioridades sociosanitarias ajustadas al contexto (y construyendo en función de esto su objeto de estudio), está orientada a generar conocimientos relevantes para su ámbito de aplicación, e incluye en el proceso investigativo la visión de aquellos directamente envueltos en la problemática objeto de la investigación (Almeida, Belmartino, et al, 2001) <sup>20</sup>

### **4.2. Tipo de estudio y diseño.**

El tipo de estudio de acuerdo a los objetivos planteados es de tipo descriptivo, analítico y exploratorio:

- Descriptivo y analítico en tanto apunta a una exhaustiva caracterización del contexto sanitario y poblacional del área programática seleccionada (Palpalá) y del análisis de las relaciones que se dan entre servicios de salud y población y entre los niveles asistenciales de dichos servicios
- Es exploratorio especialmente en su dimensión cualitativa y de acuerdo con la naturaleza de las variables de este tipo que se incluyen. En su fase exploratoria esta investigación busca identificar e incluir la perspectiva de los actores (responsables de los servicios, equipo de salud, comunidad) en la identificación de los determinantes para la accesibilidad a los servicios de salud.

La estrategia metodológica general, como ya fuera señalado, es la triangulación metodológica, considerándola apropiada, tal como señala la bibliografía, para el abordaje de objetos complejos y multidimensionales como es un sistema de salud en

---

<sup>20</sup> Almeida, C, Belmartino, S. “Investigación en Sistemas y Servicios de Salud”. Río de Janeiro: Red de Investigaciones del Cono Sur. 2001

cualquiera de sus niveles. Esta estrategia de triangulación resulta a la vez un instrumento de validación de información mediante la puesta en relación de datos, fuentes y técnicas de diferentes orígenes y tipos. Souza Minayo (2005) define que el proceso de investigación mediante la triangulación resulta de aplicar procedimientos cuantitativos y cualitativos combinados y complementarios para captar la información y analizarla mediante la integración de aportes y técnicas de cada uno de estos métodos, dando cuenta precisamente de la integralidad y complejidad de la realidad y su dinámica<sup>21</sup>. Nirenberg (2005) plantea que la triangulación permite estudiar fenómenos mediante estrategias convergentes, procurando la confiabilidad de la información, la reducción de sesgos propios de cada técnica y la validación de los datos que se obtengan.<sup>22</sup>

Respecto a las fuentes de datos, se trabajó en forma combinada con fuentes de datos primarias y secundarias, mediante el trabajo de campo y la recopilación de información secundaria disponible en la provincia. Por su temporalidad se trata de un estudio de tipo transversal retrospectivo porque la información se obtendrá, en parte de la revisión de los registros y fuentes de datos secundarias disponibles, y en parte se recabará en el mismo proceso investigativo, especialmente en el trabajo de campo y mediante técnicas de observación sistemática, entrevistas y cuestionarios aplicados a responsables de los servicios de salud, miembros de los equipos de salud de los servicios y población concurrente a los servicios.

Se consideran unidades de análisis con diferentes niveles de agregación, de acuerdo con los objetivos propuestos y a las variables seleccionadas:

**Unidades Contextuales o de nivel macro:** La provincia, la zona sanitarias y el área programática del Hospital Wenceslao Gallardo de Palpalá. Considerando variables como: estructura disponible de servicios públicos de salud en su conjunto, recurso humano de la salud (como colectivo, en cantidad, tipo y distribución) y población (como colectivo, considerando variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas). Las unidades contextuales posibilitan la observación, la

---

<sup>21</sup> Souza Minayo, Soimone Goncalvez, Ramos Souza "Evaluación por triangulación de métodos" Buenos Aires: Lugar Editorial. 2005.248 p.

<sup>22</sup> Nirenberg, O .et al. "Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales" Buenos Aires. Paidós. 2005.



cuantificación y el análisis de la organización y del desarrollo de los recursos sanitarios con criterio espacial y en relación al perfil de la población de referencia.

**Unidades Institucionales o de nivel meso:** Hospital Wenceslao Gallardo de Palpalá y CAPS de su área programática. Estas unidades posibilitan la observación y análisis de los procesos y dinámicas que hacen a la atención de la salud y que se dan en cierto espacio institucional específico. Sobre ellas se medirán también los indicadores de producción asistencial (cantidad de consultas, tipo, pacientes en seguimiento, etc.) y de procesos (articulación entre niveles, articulación Hospital de referencia y CAPS, mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención)

**Unidades Particulares o de nivel micro:** Responsables de los servicios (Director de Hospital y de CAPS), integrantes de los equipos de salud de los servicios del área programática (Hospital y CAPS) y personas usuarias de los servicios de salud. Este nivel particular o micro corresponde al abordaje cualitativo y se realizó mediante la aplicación de instrumentos de indagación (cuestionarios, entrevistas) y en relación a los ejes seleccionados para las variables que incluyeran dimensiones cualitativas.

#### **4.3 Principales variables.**

Accesibilidad a los servicios de salud:

- Accesibilidad Geográfica:
- Accesibilidad económica:
- Accesibilidad administrativa:
- Accesibilidad social y cultural (barreras simbólicas)<sup>23</sup>.

Estructura de la red pública de salud.

- Composición de la red distribución
- Grado de coordinación entre niveles:

---

<sup>23</sup> El concepto de “barrera simbólica” fue definido en el marco teórico. esta dimensión representa al componente cualitativo de la accesibilidad y fue explorado mediante la aplicación de cuestionarios semi estructurados a la población que concurre a los servicios de salud para consultas ambulatorias y a los equipos de salud de los mismos. Se previeron los siguientes ejes de exploración considerados como indicadores de naturaleza cualitativa y que fueron incluidos en los guiones de los cuestionarios

#### **4.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos**

Acorde con los diferentes enfoques metodológicos y las variables e indicadores seleccionados, se emplearon diferentes técnicas de recolección de la información (triangulación metodológica). La información sobre las variables e indicadores correspondientes a las unidades de análisis de contexto se recabó de datos estadísticos y epidemiológicos de cada área programática. La información sobre las variables e indicadores correspondientes a las unidades de análisis institucionales (Hospital, CAPS) se recabó de los registros correspondientes y disponibles en cada uno de ellos.

Se recopiló también información secundaria disponible en la provincia y a través de estas fuentes:

- Base Única de RRHH de salud de la Provincia;
- SIPRAP: Sistema Provincial Administración Pública;
- Informe anual de Producción Hospitalaria (Departamento Provincial de Bioestadísticas);
- Sistema Nacional de Estadísticas en Salud;
- Sistema de Información Epidemiológica Nacional;
- Ley de presupuesto Provincial (Ejecución Presupuestaria para el área de salud);
- Sistema de Categorización de efectores provinciales.

En el trabajo de campo, la información sobre las variables e indicadores cualitativos correspondientes a las unidades de análisis de nivel particular o micro se recabó mediante técnicas de observación, entrevistas y cuestionarios aplicados a responsables de los servicios de salud (Hospital y CAPS) y a integrantes de los equipos de salud de cada uno de estos servicios.

Las entrevistas y cuestionarios se formularon mediante una guía sistematizada, considerando a la vez la inclusión de nuevos ejes relevantes que emerjan del propio proceso de indagación y no incluidos a priori.

Para la encuesta a población se procedió a la recolección de datos mediante trabajo de campo y la aplicación de una encuesta directa domiciliaria con preguntas cerradas e

inclusión de preguntas abiertas de control. Se realizó una muestra de tipo probabilística por conglomerados y polietápica<sup>24</sup>, este diseño es propio de aplicar en áreas geográficas en las cuales se realizan indagaciones a población y cuyas unidades de análisis se encuentran dispersas en espacios territoriales amplios. La muestra quedó conformada por 388 casos, guardando proporción y representatividad por edad y sexo respecto a población general del área (unidad de análisis: personas) En el caso de los niños se encuestó a su madre, padre o quien sea el encargado habitual de su salud y atención en los servicios sanitarios.

La recopilación y análisis de la información cuantitativa secundaria se organizó tomando datos de registros disponibles en el Hospital y Centros de Atención y la información disponibles a nivel provincial. Se recopilaron datos correspondientes a las variables definidas para este estudio y se organizó la información tabulándola en base a las dimensiones e indicadores señalados. La tabulación permitió la puesta en relación de las diversas variables con el propósito de alcanzar un diagnóstico situacional con el criterio de identificar los determinantes de accesibilidad y los principales factores críticos.

La información cualitativa se corresponde con aquella proveniente de entrevistas y cuestionarios semiestructurados aplicados a responsables de los servicios (Hospital y CAPS), a equipos de salud y a población concurrente a los servicios. Los instrumentos de recolección de datos (guías de entrevistas y cuestionarios) refirieron especialmente a las dimensiones sociales y culturales que configuran las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud desde la perspectiva de los actores. En responsables de los servicios y equipos de salud se indagó además sobre los procesos de referencia y contrarreferencia que hacen a la articulación de los niveles de atención de la red de salud. El tratamiento de esta información se realizó mediante el proceso de codificación, clasificación del material (respuestas) y su organización en categorías a partir de los ejes de indagación propuestos y función de los objetivos de esta investigación

En tanto la estrategia metodológica propuesta para esta investigación es la triangulación de métodos y abordajes cuantitativos y cualitativos, el proceso final de análisis de los

---

<sup>24</sup> También denominada al azar por área.

resultados provenientes de ambos enfoques implicó su contextualización, complementación, validación, comparación y síntesis, apuntando a generar información integrada acerca de las condiciones objetivas ( estructurales, económicas, organizativas, demográficas, geográficas, etc.) y sociales y culturales (barreras simbólicas) que intervienen en las mayores o menores posibilidades de accesibilidad a los servicios de salud en el área seleccionada.

## **5. Palpalá.**

### **5.1. Característica general**

La población de la Provincia de Jujuy está compuesta, de acuerdo al último censo, por 672.260 habitantes, distribuida en forma heterogénea como consecuencia de la complejidad de su relieve y rigurosidad del clima de parte de su territorio.

De ello resulta una gran concentración en los departamentos Capital, San Pedro, Ledesma, El Carmen y Palpalá, observándose una sensible disminución en el resto del territorio, llegándose al límite en la región denominada Puna, que se caracteriza por su aridez y su clima frío y seco con una población escasa y muy dispersa.

El departamento Palpalá, lugar donde se desarrolla este estudio pertenece al Área Programática IV Zona Sanitaria B. Cuenta con una población total de 52.856 habitantes en una superficie de 467 Km<sup>2</sup> con una densidad de población de 113,2 hab./Km<sup>2</sup>.

Algunos datos demográficos de Palpalá:

- Entre el censo de 1991 y 2001 la población sufrió una variación relativa del 10,7% en más de habitantes, y entre 2001 y 2010 un 9,2% de aumento. Esto viene en línea con el perfil de desarrollo provincial actualmente concentrado en cuanto a recursos (trabajo, educación, salud) en el eje San Salvador-Palpalá. Jujuy, como casi todas las del Norte Grande, continúa profundizando su perfil urbano basado en la concentración en las áreas más urbanizadas.
- Posee 10.654 hogares de los cuales el 90% corresponden a casas, un 1,3% a departamentos y el 8,7% restante lo constituyen ranchos, casillas, piezas en inquilinato u hotel, locales en construcción, etc.
- Se encuentra un promedio de 5 habitantes por casa, 4 habitantes por departamento y 4 habitantes por hogar en el resto.
- En general la población de Palpalá tiene un promedio de 4,5 habitantes por hogar.
- La Provincia de Jujuy posee el 54,2% de habitantes sin cobertura social y/o, plan de salud, es decir que más de la mitad de la población recurre a la asistencia de la salud pública, Palpalá guarda similares valores.

## **5.2 El Hospital Wenceslao Gallardo.**

El Hospital Wenceslao Gallardo fue construido en el año 1981; respondiendo a una necesidad de los trabajadores de Altos Hornos Zapla funcionando como un Centro Asistencial para la atención exclusiva de sus trabajadores; de un nivel III de complejidad; la población que cubría el mismo era de 16000 personas (los trabajadores y su grupo familiar).

Con las privatizaciones se transforma en una Cooperativa administrada por los ex trabajadores del Centro Asistencial hasta la 22/07/1999 fecha en que pasa a depender del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia (hoy Ministerio de Salud) transformándose en un Hospital Público de Autogestión.

El recurso humano con el que actualmente cuenta el mismo se formó por la unificación de la Unidad Sanitaria dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, existente en ese momento, y de la Cooperativa de Trabajo de la Salud, integrada por ex-trabajadores de A.H.Z. y OSFAMI (obra social de fabricaciones militares). A este recurso humano se le sumó un tercer grupo que en su mayoría ingresaban por primera vez a la administración pública.

La finalidad de su creación obedeció a una creciente demanda de la población que luego de la privatización de Altos Hornos Zapla, se sumergió en una fuerte crisis social y económica originada fundamentalmente por la pérdida de la más importante, sino la principal, fuente laboral.

El Hospital Wenceslao Gallardo, ubicado en la ciudad de Palpalá brinda los siguientes servicios:

a) Atención de consultorio externo de:

- Clínica médica
- Pediatría
- Ginecología
- O.R.L
- Cardiología
- Psicología
- Dermatología

- Oftalmología
- Medicina Laboral y Preventiva

b) Servicio de emergencias con guardia de Clínica Médica, Pediatría y Ginecología.

c) Internación en cuidados básicos

El Hospital Wenceslao Gallardo es un hospital de agudos de nivel 1, que no cuenta con quirófano ni servicio de neonatología, por lo que, cualquier paciente con patología requiera de una mayor complejidad es derivada al Hospital Pablo Soria o al Hospital de Niños, para su tratamiento e internación.

El Hospital Wenceslao Gallardo dirige administra y organiza puestos de salud estratégicamente ubicados.

Sus recursos económicos provienen esencialmente de Rentas Provinciales. El hospital genera además ingresos propios, en menor proporción aunque de forma creciente, a través de facturación a terceros pagadores como obras sociales y programas nacionales como el “Plan Nacer”.

## **6. Cobertura, distancias, recursos humanos médicos y relaciones entre niveles en la red pública de salud en Palpalá, área programática del Hospital Wenceslao Gallardo.**

### **6.1. Cobertura**

En promedio, el área programática alcanza una cobertura efectiva del 44 % del total de la población que a ella corresponden (datos 2009, 2010, 2011), lo cual implica que es ese el porcentaje de población nominada o empadronada, no disponiendo de información sistematizada sobre aquellos grupos poblacionales que no llegan a los servicios, que no tienen agente sanitario asignado ( o no han brindado información al mismo), o que no se encuentran entre los grupos de población objetivo de APS, generalmente centrados en el binomio madre-hijo. De este modo, el seguimiento continuo de la población referenciada se realiza sobre aquellas personas empadronadas, quedando como fue señalado, casi la mitad de la población de cada área sin información sobre cobertura real, al menos como es consignado en las planillas de las rondas sanitarias.

**Tabla 1: Centros de atención y Cobertura efectiva**

Área Programática	Nive 1	Centros de Atención Primaria	Población cubierta por APS
Palpalá-Hospital W. Gallardo	1	13 y un Centro de Integración Comunitaria	23.673 ( 44% de total población del área)

Fuente: Ministerio de Salud Jujuy, 2009,2010

### **6.2. Distribución geográfica y distancias**

La puesta en relación de la composición estructural de la red y la distribución geográfica de los efectores permitió estimar condiciones de accesibilidad geográfica mediante indicadores de distancias. Se consideró las distancias promedio al Hospital, ya que este dato resulta crítico como indicador de accesibilidad y en tanto el mayor volumen de las consultas ambulatorias se producen en ellos.



Las distancias promedio en el caso de las poblaciones urbanas se encuentran dentro de la media estimada como aceptable (3 Km.) No obstante en el caso de las poblaciones rurales las distancias son importantes.

**Tabla 2: Promedio distancias**

Área Programática	Población urbana	Población rural	Distancia promedio Hospital/Pobl. urbana	Distancia promedio Hospital/Pobl. rural	Características de caminos y geografías	Densidad
Palpalá Hospital W. Gallardo	95%	5%	1,5km	18 Km.	Asfalto, ruta, caminos de tierra	58 h/Km.

Fuente: Elaboración propia en bases a Ministerio de Salud Jujuy, 2009,2010 y DIPEC Jujuy

### 6.3 Médicos por habitantes

Tal como se observa en la tabla 3 la relación médico/habitantes está por debajo de la media provincial (Jujuy: 1,75 médicos cada 1000 h. según Indicadores Básicos 2009, 2010, 2011, Ministerio de Salud de la Nación) y representa una relación tres veces menor aproximadamente que la media del país (Argentina: 3,21médicos cada 1000h MSAL). En Palpalá la relación médico por habitante llega a la mitad de la media provincial: 0,77

**Tabla 3: Relación Médico/habitantes**

Área Programática	Población Total*	Médicos	Relación Med c/ 1000 h.
Palpalá	54083	42	0,77
Pcia Jujuy (**)	670.766	1145	1,75

Fuentes: Estadísticas MS

Fuentes: \*\*Elaboración propia en base a Indicadores Básicos Argentina, Ministerio de Salud de la Nación 2011

#### **6.4 Mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles asistenciales.**

La red de atención ambulatoria de la provincia está integrada por efectores de diferentes niveles de complejidad y distribuidos con criterio georreferencial, siendo el CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud) el de menor nivel de complejidad, seguido por Hospitales cabecera de área (complejidad I), Hospital Regional (complejidad II) y Hospital Provincial (complejidad III). El óptimo funcionamiento del sistema de salud implica una adecuada, formal y sistemática articulación de estos niveles entre sí para los procesos de atención de pacientes.

De acuerdo a la información relevada (secundaria y primaria en entrevistas y grupos focales en equipos de salud de los servicios) el desarrollo de procesos formales de referencia y contrarreferencia de pacientes ambulatorios presenta dificultades para la articulación sistemática de los niveles asistenciales en las áreas analizadas.

La información recabada en Palpalá da cuenta de que los seguimientos de pacientes y las comunicaciones entre profesionales de los servicios se realizan en casos puntuales y mediante intercambios verbales personales, generalmente entre médicos. Como parte del proceso asistencial, el desarrollo formalizado e institucionalizado de procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes es reconocido como un vacío crítico por los responsables de servicios, profesionales y equipos de salud.<sup>25</sup>

Con excepción, los entrevistados refirieron que en el caso de neonatología es donde el proceso sí se cumple con regularidad, manteniendo fluidez comunicacional formal con el servicio de neonatología del Hospital Pablo Soria de San Salvador.

---

<sup>25</sup> En las entrevistas y grupos focales realizados, cuyos resultados se presenta más adelante en este informe aparece ilustrada esta situación.

## 7. Producción asistencial, distribución de consultas ambulatorias y motivos de consulta más frecuentes.

### 7.1 Distribución de las consultas ambulatorias

La sistematización de la información sobre producción asistencial del área programática (tipos, distribución y motivos de consulta más frecuentes), puesta en relación con el perfil epidemiológico de la población a cargo (indicadores de salud, diagnósticos de denuncias obligatorias) y las características sociodemográfica y ambientales (naturales y de saneamiento) de los grupos, posibilita trazar un cuadro de situación sanitaria integrado como así también identificar determinantes sociales que prevalecen en el estado de salud y enfermedad de la población.

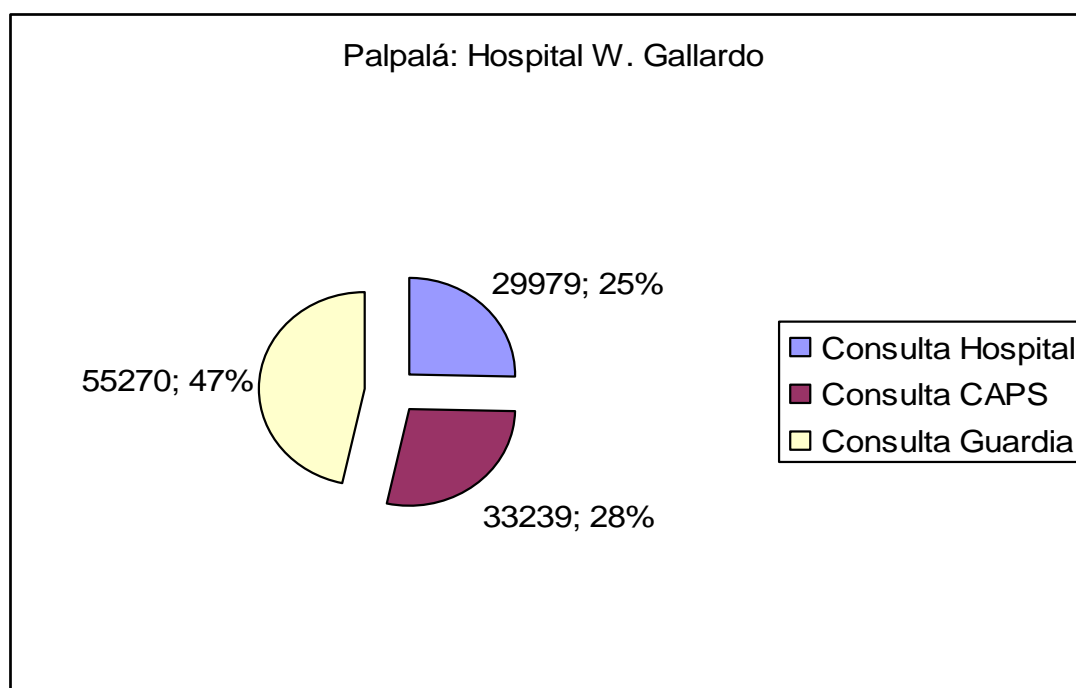
Se seleccionó mediante criterios al azar una muestra de Planillas de Consultas Diarias del Hospital para diagnósticos y motivos de consultas más frecuentes. La distribución del volumen de consultas se clasificó por consultas en Hospital (consultorios externos), consultas en Hospital (por guardia) y consultas en CAPS.

**Cuadro 4: Distribución consultas médicas ambulatorias**

Áreas Sanitarias	Consulta Hospital		Consulta CAPS		Consulta Guardia		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Palpalá Hospital W. Gallardo	29979	30,7	33239	28,7	55270	<b>40,6</b>	118488

Fuente: Estadísticas, Ministerio de Salud Jujuy (2009) y Planillas de Consultas Diarias (2009-a junio 2010)

**Gráfico 1: Distribución consultas médicas ambulatorias**



Fuente: Estadísticas, Ministerio de Salud Jujuy (2009) y Planillas de Consultas Diarias (2009-a junio 2010)

Se observó que el volumen de consultas ambulatorias se concentra fuertemente en el Hospital ( el 71,3 %). A la vez, del volumen total de las consultas que se realizan en el Hospital, las consultas por guardia superan a las producidas en consultorios externos (más del 40% por guardia en este caso) Las consultas en CAPS alcanzan solo un 28% del total de las ambulatorias.

## **7.2 Motivos de consulta más frecuentes y diagnósticos de denuncia obligatoria**

En consultorios externos del Hospital, embarazo (control prenatal) resultó ser el motivo de consulta más frecuente; le siguen las consultas por hipertensión arterial y la atención del resfrío común en niños (este último tal cual término consignado en las planillas)

En los CAPS sucede algo similar, control del niño sano resultó ser el motivo más frecuente, seguido de resfrío común y control del embarazo.

No obstante de la revisión y codificación de planillas diarias de consulta se evidenció una alta proporción de: “ausente”, “letra ilegible”, “diagnóstico incoherente “y

“atención médica no especificada”. Estos códigos alcanzan aproximadamente el 40% en algunas especialidades como medicina general, y del total de la muestra representaron un 21 % del total de registros emitidos.

Entre las cinco primeras patologías o diagnósticos de denuncia obligatoria (en Hospitales y CAPS), las patologías respiratorias y diarreas resultan las de mayor prevalencia en general.

### **7.3 El embarazo como principal motivo de consulta.**

La oferta del sistema se encuentra fuertemente centrada en la atención de la salud de la mujer y el niño. Específicamente en la salud reproductiva y en los controles del niño menor de seis años. La oferta orientada a otros grupos etáreos se encuentra poco desarrollada, por ejemplo niños mayores de seis, adolescentes y adultos mayores.

En el caso de control del embarazo, que de lo relevado surge como el principal y más frecuente motivo de consulta, se lleva a cabo mediante un proceso protocolizado orientado al cumplimiento de las metas provinciales y nacionales de salud materna. Este proceso se inicia con la búsqueda activa de la mujer embarazada promoviéndose su accesibilidad al sistema y facilitando su atención institucionalizada a nivel local (descentralización, red de laboratorios, diagnósticos), como así también la determinación de riesgo si lo existiera. Esta estrategia está basada en el sistemático y permanente seguimiento de todo el proceso de embarazo (controles, ecografías, interconsultas) y la articulación con niveles de mayor complejidad asistencial cuando fuera conveniente.

El programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero se articula con la estrategia de atención primaria de la salud y el servicio de tocoginecología de los Hospitales, el fortalecimiento de la captación para la realización de controles resulta prioritario, siendo esta una patología prevalente en la salud femenina de la provincia.

En el caso de varones no existen o se encuentran poco instalados los programas que se focalicen en las necesidades de salud o patologías masculinas frecuentes como control de próstata.

En varones de esta región se ha hallado alta prevalencia de hipertensión arterial, requiriéndose de la mejora de procesos de atención que le den seguimiento protocolizado, al igual que a otras patologías crónicas.

## 8. Barreras de accesibilidad a la salud desde las perspectivas de los equipos de salud del área.

Junto con el análisis de las condiciones estructurales y de la información cuantitativa, la propuesta de este trabajo apuntó a incluir la voz de los actores que *hacen* al sistema de salud, partiendo de considerar a la accesibilidad como un espacio de interacción determinado por las mayores o menores posibilidades de encuentro, objetivo y simbólico, entre los servicios de salud, los equipos de salud y la población de referencia.

A este objetivo corresponde la recopilación y sistematización de información cualitativa mediante trabajo de campo en los servicios de salud, buscando identificar barreras de accesibilidad a la red de salud pública (geográficas, económicas, administrativas, sociales y simbólicas) desde la perspectiva de los equipos de salud. Para esto se han implementado 2 técnicas de recolección de datos para abordar a los equipos de salud: entrevistas a informantes clave y grupos focales.

### 8.1 Entrevistas a los informantes claves en equipos de salud del Hospital Wenceslao Gallardo.

Se entrevistaron actores claves de los servicios de salud, ya sea por su grado de responsabilidad como por su rol estratégico en los circuitos de accesibilidad a los servicios. La muestra (teórica) de entrevistados quedó conformada del siguiente modo:

Área	Entrevistados
Palpalá Área Programática Hospital W. Gallardo	Director de Hospital; Jefa de APS; 2 Médicos de CAPS; 1 Lic. en Enfermería de CAPS; Jefa de Enfermería (Hospital); 1 Enfermera de Hospital; 2 Médicos Jefes de Servicio de Hospital

Para la realización de entrevistas se aplicó un cuestionario (guión de entrevista) organizado sobre dimensiones relevantes de la accesibilidad a los servicios de salud y con preguntas abiertas de baja estructuración, a fin de posibilitar la expresión de los entrevistados.

Los puntos siguientes representan un consolidado de los factores que los entrevistados destacaron y coincidieron en señalar como relevantes para los procesos de accesibilidad a los servicios de salud:

- **Los entrevistados coincidieron en destacar a las condiciones y disponibilidades de la oferta de servicios como cuestión estratégica de accesibilidad**, en este sentido señalaron que el reforzamiento de la dotación de especialidades médicas mejoraría la accesibilidad y continuidad de los procesos de atención. Así también la necesidad de incluir servicios que articulen con abordajes sociosanitarios, por la alta vulnerabilidad de la población, como ser servicios de salud mental comunitarios y preventivos (orientados a adicciones, adolescentes, violencia de género)
- **Los entrevistados relatan que la creciente urbanización del área de Palpalá ha favorecido en general en mitigar las barreras geográficas y distancias**. No obstante las barreras geográficas y distancias entre población y servicios fueron referidas especialmente en el área de poblaciones rurales y dispersas. Los entrevistados destacan que esto sumado a la falta de disponibilidad económica para trasladarse genera importantes limitaciones para la población que necesita de atención. No obstante la distribución de CAPS en la zona rural hace que las barreras geográficas, según refieren los entrevistados, no sean determinantes unívocos de falta de acceso “formal” a los servicios de salud. **La criticidad sí se presenta respecto a la continuidad de tratamientos** de estas poblaciones o si necesitaran mayor complejidad para resolver su problemática.
- **Entre los obstaculizadores de la accesibilidad ubicaron a las barreras administrativas como claves**, especialmente en lo que refiere a los sistemas de turnos que no alcanzan a dar respuesta a la demanda de atención (en el Hospitales fundamentalmente )
- Coincidieron en destacar que la relación de **comunicación y confianza** que se entable entre los equipos de salud (especialmente el médico/a) y los usuarios es la condición fundamental para revertir barreras de accesibilidad a los proceso de



atención. En segundo lugar señalaron a la **capacidad resolutive** del servicio y a las relaciones de articulación entre servicios y niveles como factores críticos de continuidad de dicho proceso.

- **Respecto a los mecanismos de referencia/contrarreferencia** de pacientes ambulatorios entre niveles asistenciales, coincidieron en la baja aplicación formal de este circuito, ya sea entre CAPS y Hospital como entre Hospitales de complejidad 1, 2 y 3. El seguimiento de casos específicos de pacientes ambulatorios se realiza generalmente mediante comunicaciones entre servicios o entre médicos, aunque en forma no sistemática y vinculada a relaciones de conocimiento personal entre profesionales. En el caso de internaciones plantearon que los procesos de información sí resultan más formalizados, como así también con el servicio de neonatología del Hospital Pablo Soria, de San Salvador.
- También coincidieron en destacar la **baja aplicación** (por no disponibilidad o por falta de hábito del personal) de **las tecnologías de comunicación** (mail, Internet) que facilitarían las relaciones entre servicios.
- Al referirse a la población en los principales determinantes de la salud destacaron las dimensiones sociales, especialmente las **condiciones de pobreza y habitacionales**. Así también los determinantes de género, que hacen a la salud-enfermedad de las poblaciones que cubren, plantearon las relaciones de **violencia** del varón hacia la mujer, vinculándolas generalmente al alcoholismo prevalente en varones. Estas cuestiones, consideraron, representan temáticas que el sistema de salud debiera abordar para mejorar su respuesta y accesibilidad en sentido amplio.

## **8.2 Grupos Focales con integrantes de los Equipos de Salud.**

De los grupos focales participaron integrantes de los equipos de salud de los servicios (CAPS, Hospital). Esta dinámica permitió indagar las principales perspectivas de dichos equipos respecto a los determinantes de la accesibilidad de la población a los servicios de salud.

Se realizaron 4 grupos focales: Uno en el Hospital Wenceslao y tres en CAPS: En todos los casos de composición heterogénea.

Área	Total Participantes de Grupos Focales
Palpalá Área Programática Hospital W. Gallardo	10 agentes sanitarios; 4 supervisores de APS; 1 psicóloga; 3 agentes ambientales; 2 trabajadora social; 1 encargada de atención al cliente (Hospital) ; 4 enfermeras; 1 jefa de personal(Hospital) ; 1 odontóloga; 1 educadora sanitaria; 4 médicos; 1 director de Hospital; 1 nutricionista.

Los grupos se coordinaron con una guía de preguntas que incluyó los principales ítems a recorrer, con el fin de orientar el intercambio y la discusión, aunque se prefirió que dichas preguntas mantuvieran premisas de baja estructuración que facilitaran la fluidez de los diálogos y el surgimiento de tópicos de interés no establecidos a priori. Luego del trabajo de campo, la sistematización de los materiales discursivos surgidos en los grupos se organizó en tres dimensiones para su análisis e interpretación:

- Ñ Una primera dimensión se corresponde con los determinantes y **barreras** de la accesibilidad identificados por los participantes y que devienen del propio *sistema de salud* ,
- Ñ Una segunda dimensión se corresponde con los determinantes y **barreras** de la accesibilidad identificados por los participantes y que se vinculan a la *población*, sus perfiles y características.
- Ñ Una tercera dimensión se corresponde con los componentes discursivos relacionados a los **Programas** (Asignación Universal por Hijo<sup>26</sup>, Plan NACER, REMEDIAR), considerando que estos, al menos formalmente, crean las condiciones materiales para mejorar la accesibilidad y que en la práctica constituyen un espacio de encuentro entre comunidad, equipos y servicios de salud.

---

<sup>26</sup> Considerado en su dimensión sanitaria en tanto la asignación requiere la realización de controles médicos y seguimientos de la salud de los niños.

A partir de los relatos que los participantes presentaron en relación a cada uno de estas dimensiones se organizó una clasificación temática de la información discursiva:

**Dimensión: Accesibilidad y Determinantes del Sistema de Salud:**

Entre los determinantes de accesibilidad que devienen del propio *sistema de salud*, los participantes de los grupos ubicaron a los siguientes:

***La obtención de turnos para la atención:***

- Las barreras administrativas y organizacionales del sistema de salud fueron ampliamente destacadas y relatadas por los participantes como obstáculos para la accesibilidad a la consulta médica por parte de la población. Específicamente manifiestan que dichas barreras se traducen en los procesos que constituyen la dación de turnos y la disponibilidad de estos para concretar las consultas requeridas por la comunidad usuaria. El obtener o no el turno fue señalado por los grupos como la principal barrera de accesibilidad a los servicios de salud del área programática de Palpalá.
  
- Surge de estos grupos que el no acceso al turno es la evidencia que hace objetivable otras barreras, en este sentido constituye un proceso crítico entre los determinantes de la accesibilidad : la no consecución de un turno para ser atendido se agudiza en aquellas poblaciones dispersas y distantes geográficamente (barreras geográficas), ocasiona gastos en viajes y transportes que llegan a discontinuar la atención si las personas no pueden costearlos (barreras económicas), a la vez que profundiza una relación asimétrica entre la comunidad y los profesionales de los servicios (barreras sociales, culturales, simbólicas)
  
- Relacionado a lo anterior, el horario de concurrencia a los servicios para la obtención del turno fue manifestado en los grupos como especialmente problemático: La necesidad de concurrir de madrugada es explicada por parte de los participantes por la poca disponibilidad de turnos para asignar, cuestión derivada del restringido horario en que atienden los médicos y de los acuerdos previos respecto a cuántos pacientes se les “*puede anotar*”.

- Junto con la concurrencia de madrugada para obtener un turno y a la espera para ser atendido, los participantes identifican otra situación relevante en el proceso de atención que puede funcionar como **barrera “del sistema”**: la corta duración de la consulta, tal como señaló una médica participante, “una *persona espera 5 horas para ser atendida en 10 minutos*”

#### ***El rol del agente sanitario y su relación con la comunidad:***

- Como derivación de la puesta en discusión acerca de las barreras administrativas y organizacionales que obstaculizan el acceso a los turnos para atención, los mismos agentes sanitarios plantearon que esa situación afectaba su credibilidad ante la comunidad y constituía también una barrera, ya que las tareas de promoción y captación que deben realizar perdían efectividad en tanto no sean consecutivas con la recepción oportuna del médico y con el posterior proceso de atención que necesitan las personas.
- Los agentes sanitarios también manifestaron que su tarea muchas veces queda desvirtuada por el excesivo “llenado de planillas” que deben realizar. La necesidad de dar cumplimiento al pedido de llenado de formularios, “*escribir y escribir*”, tal como manifiestan, hace que esto sea casi el eje principal sobre el cual organizan su actividad
- Surgió también de los grupos una mayor valoración del rol del agente sanitario en los contextos rurales), donde demás miembros de los equipos manifiestan el reconocimiento hacia su función.

#### ***El trabajo en equipo:***

- El mayor o menor grado de consolidación de equipos de salud, integrados y coordinados en sus roles y discursos, fue considerado en los grupos como un factor relevante para la mejora de los procesos de atención y de la accesibilidad.

- Por el contrario, la descoordinación de actividades, la falta de acuerdos, de lenguajes comunes y de espacios de intercambio fueron presentados como obstáculos para los procesos de atención integrados. Quienes plantearon esta situación (los agentes sanitarios) manifestaron que la falta de trabajo en equipo repercute al interior de la dinámica de cada servicio y afecta las relaciones con la comunidad, especialmente cuando las descoordinaciones funcionan como barreras de accesibilidad para la atención y su continuidad

### *El rol del médico:*

- La figura del médico, su presencia efectiva en el servicio y la actitud que particularmente asuma fue considerada por los grupos como condición clave e imprescindible para alcanzar la accesibilidad, objetiva y simbólica, y en este argumento coincidieron tanto los agentes sanitarios como los médicos presentes.
- La atención integral, el diálogo con el paciente y el aprovechamiento de la consulta como oportunidad sanitaria es asumida como posibilidad de revertir barreras, por parte de los médicos.
- Desde una mirada crítica a su propio rol, alguno de los médicos presentes manifestaron que la barrera médica existe y se manifiesta en relaciones asimétricas que al momento de la consulta que se objetivan en dos procesos: el tiempo (prolongado) que tiene muchas veces que esperar el paciente para ser atendido y el tiempo (escaso) que dura consulta.
- Otros miembros de los equipos de salud (trabajadora social, agentes sanitarios) manifestaron también el rol preponderante e imprescindible del médico en los servicios, argumentando que es *“a ellos a quienes viene a ver la gente”*, no obstante plantean una visión crítica respecto a las actitudes de algunos de ellos: *“no anota”, “pide pocos turnos”*.

***La articulación/desarticulación entre niveles de atención. Referencia y Contrarreferencia:***

- La baja aplicación formalizada de mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles, como así también las dificultades en la consecución de turnos para interconsultas en otros servicios de la red, es vista en los grupos como otra barrera crítica para la accesibilidad y continuidad de los procesos de atención. De la discusión grupal surgió conceptualizada **otra barrera del sistema: la barrera comunicacional, que funcionaría como barrera intrasistema**, obstaculizando las relaciones fluidas y oportunas de los servicios y niveles asistenciales entre sí.
- Estas barreras comunicacionales, tal como las definen los participantes, se ubican dentro de las dimensiones de las **barreras organizacionales**, aunque en este caso no mediatizarían en forma directa la relación usuario/paciente-servicio como ya fuera referido en el caso de las obtenciones de turnos, a diferencia de estas, las barreras comunicacionales funcionan como obstáculos para las relaciones coordinadas de servicios entre sí.
- De este modo, las barreras organizacionales del sistema se manifiestan al menos en dos planos de agregación: **usuarios-servicios** (dificultades para la obtención de turnos) y **servicios-servicios** (dificultades comunicacionales para establecer sistemáticos procesos de referencia, contrarreferencia, derivaciones, interconsultas). Son las “*barreras entre nosotros*”, sintetizó una de las médicas presentes.

**Dimensión: Accesibilidad y Determinantes de la Comunidad:**

Entre los determinantes de accesibilidad, que según identifican los participantes se vinculan a la **población**, se ubicaron los siguientes:

***Determinantes de la salud y enfermedad: motivos de consulta y patologías frecuentes:***

- Entre los motivos de consulta más frecuentes los participantes de los grupos coincidieron: “Diarrea y enfermedades respiratorias”, “Diarrea y parasitosis en niños, son los motivos más frecuentes en los CAPS y Hospital”; “control del niño

sano”, “control del embarazo”, “hipertensión en adultos”, y derivados del consumo del alcohol.

#### ***Los determinantes ambientales:***

- Los determinantes ambientales aparecieron relacionados a los contextos de pobreza, viviendas precarias, basurales, falta de agua corriente. Destacaron la vulnerabilidad socio- ambiental de algunos grupos poblacionales de área: gran crecimiento poblacional en asentamientos sin agua corriente en las casas, precariedad habitacional, basurales y factores preponderantes a infecciones.

#### ***Los determinantes sociales:***

Los determinantes sociales ocuparon un espacio destacado en los grupos de discusión, ya sea por el tiempo que los participantes dedicaron a su problematización como por las múltiples relaciones y disparadores que se generó a partir de esta temática:

- Violencia (de género, intrafamiliar especialmente), alcoholismo y adicciones constituyeron tópicos recurrentes en los grupos y que los participantes definieron como instaladas, cotidianas y estructurantes de los procesos de salud-enfermedad de gran parte de la población a la que dan cobertura.
- Resultó también recurrente la mención a la invisibilidad de estas problemáticas, que pese a la trascendencia y magnitud observada no se traducía en consultas ni en respuestas organizadas por parte de los servicios.
- Las temáticas sobre adicciones y alcohol generaron el cuestionamiento acerca de la atención a **adolescentes**, definido como “*un grupo olvidado*”, y especialmente vulnerable a estas problemáticas:

- Otro de los determinantes sociales que refirieron como crítico los participantes se relaciona con las situaciones laborales de ciertos grupos poblacionales, especialmente los trabajadores rurales, en su mayoría contratados informalmente y con precarias condiciones de vida.

***Construcción de la idea de salud:***

- Mediante los diálogos grupales, los participantes definieron ideas sobre salud-enfermedad que atribuyeron a la comunidad, en este sentido presentaron argumentos acerca de la construcción que hace la comunidad sobre la salud y como estas construcciones obstaculizan, según sus perspectivas, la accesibilidad y la continuidad de la atención.
- Contrariamente a los discursos que circularon en los grupos al momento de referirse a la poca disponibilidad de turnos y a los modos expulsivos de algunos profesionales (en los cuales ubicaron las causales del lado del sistema de salud y sus barreras organizacionales), **los discursos sobre las ideas de salud-enfermedad consideraron que es la comunidad quien tiene erróneas concepciones respecto al cuidado de la salud y a la utilización de los servicios, y que esto funciona como barrera** para la atención adecuada.
- Fundamentalmente los discursos se orientaron hacia una mirada crítica sobre las demandas de la población (*“ellos”*), a la cual atribuyeron expectativas asistencialistas, *“comodidad”*, *“baja responsabilidad”*, *“desinterés sobre el cuidado de la salud y solo interés por recibir algo a cambio”*.
- En los relatos que los participantes presentan subsisten ciertos núcleos comunes respecto a la idea de salud que atribuyen a la comunidad: pasividad, delegación del cuidado, falta de entendimiento. A la vez que estos relatos asumen conceptos paternalistas, *“se los educa mal”*, los participantes los reproducen posicionándose por fuera de la construcción de las ideas y creencias acerca de la salud que observan en la comunidad. A la mirada crítica se corresponde la **percepción de ajenidad** al



momento de describir las actitudes que relatan. Este tipo de componentes discursivos se hizo presente de un modo u otro en los participantes (médicos, trabajadores sociales, agentes sanitarios).

### ***Salud y Género:***

La temática de género surgió en los grupos al referirse a determinantes diferenciales de la salud en mujeres y varones, los cuales se traducían también en prácticas y usos diferenciales de los servicios. Como campo temático, la cuestión de género se presentó en los discursos mediante el relato de dos situaciones que los participantes manifestaron observar frecuentemente:

- La predominante utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres relacionada con las funciones reproductivas y con el hecho de que son ellas quien atienden a la salud de los hijos , y como contraparte, la baja utilización de los servicios de salud que hacen de los hombres.
- La violencia de género y las relaciones de dominación, especialmente en lo sexual, como determinante de la salud de la mujer.

La utilización diferencial de los servicios de salud, explicitada en los relatos, se presentó dentro de ciertos núcleos argumentativos:

- El primero fue que los hombres concurren a los servicios de salud solo si están enfermos, y que la poca demanda se debe a que ellos trabajan muchas horas y no tienen tiempo para asistir, incluso que quizás ni siquiera conozcan la presencia de dichos servicios y sus funciones.
- Un segundo argumento sostuvo que las funciones de cuidado de la salud familiar y de los hijos son asumidas por la mujer, estando naturalizada la delegación por parte del varón.

- El tercer argumento ubicó la explicación del lado del sistema de salud, planteando que existe escasa oferta prestacional y de programas que atiendan las necesidades específicas de los varones.

La violencia contra la mujer por parte del varón constituyó un núcleo temático destacado como determinante de las relaciones de género:

- En este sentido los discursos identificaron a la salud sexual como un campo crítico en donde las relaciones de dominación de varones hacia mujeres se manifiestan simbólica y objetivamente.
- Los participantes también explicaron que el acceder a un método anticonceptivo era muchas veces motivo para el castigo de la mujer, en tanto los varones asociaban este cuidado con el engaño marital, con el “*tener un amante*”.
- Esta visión del “*varón violento*” fue presentada y compartida en todos los grupos, tanto por las mujeres como por los varones participantes. Al referirse a la relaciones entre géneros el concepto de violencia fue recurrente y estructurante de las argumentaciones discursivas sobre la temática, focalizándose particularmente en el control ejercido por los varones sobre las prácticas sexuales y de procreación.

**Dimensión: Programas Sanitarios: Oportunidades de accesibilidad, ¿oportunidades de *encuentro*?**

La hipótesis propuesta en este trabajo de investigación plantea que la accesibilidad a los servicios de salud se relaciona con las mayores o menores posibilidades de *encuentro objetivo y simbólico* entre la población de derecho y dichos servicios (representados en los equipos de salud que los integran), y en este sentido podrían considerarse a los Programas como generadores de las condiciones materiales para que dicho *encuentro* se produzca.

Los programas sanitarios (REMEDIAR, Plan NACER, Asignación Universal por Hijo<sup>27</sup>) son parte de las políticas sanitarias, tienen como principal valor a la equidad y como objetivo específico el ampliar la cobertura y garantizar el alcance de las prestaciones esenciales. Representan estrategias de inclusión social y sanitaria, que al operativizarse en los servicios de salud y en los procesos de atención debieran funcionar como dispositivos para la mejora de las condiciones de accesibilidad.

No obstante, como en toda interacción, las oportunidades de este *encuentro* estarán configuradas por las prácticas que desarrollen los actores, las cuales pueden facilitar o obstaculizarlo si se convierten en barreras:

- En el caso de la Asignación Universal por Hijo, los participantes manifestaron que a partir de su vigencia se ha aumentado la demanda y concurrencia a los servicios, ya que una de las condiciones que estipula este beneficio social es que los menores tengan realizados los controles de salud y completo el calendario de vacunación.
- Algunos de los discursos manifestaron esta visión de oportunidad para acercar a la población a los servicios de salud, y otros, aún definiéndolos como oportunidad, expresaron disconformidad respecto a las formas de implementación y a las actitudes “interesadas” que atribuyen a la comunidad cuando concurren a los controles obligatorios “*como un trámite más para poder cobrar*”.
- También los participantes expresaron como positivo que los Programas (específicamente refiriéndose a la Asignación Universal) posibilitaron estimular la demanda de atención en grupos etáreos “*descuidados*”, como niños de más de seis años y adolescentes.
- Dentro de los discursos que ubicaron a los Programas como oportunidades de atención, de “*detección*” y “*de captación*”, surgieron también manifestaciones

---

<sup>27</sup> Como ya fue señalado, si bien no constituye un Programa Sanitario sino una política integral de la seguridad social, a los fines de este análisis se considerará su componente de salud que incluye controles obligatorios para percibir la asignación.

respecto a la resistencia de la comunidad beneficiaria para el cumplimiento de los controles médicos y cierto reproche por que *“hace como diez años que no vienen”*.

- Aún considerando a los Programas como oportunidad de salud, en los componentes discursivos de los participantes surgieron también cuestionamientos respecto a algunas de las formas de implementación, particularmente la Asignación Universal. En este caso, las expresiones postularon la *“falta de información”* que tiene la comunidad, y reclamaron la necesidad de *“informar”* sobre los objetivos del Programa, ya que *“las madres lo toman como un trámite”*. Sin embargo, en este punto, los participantes parecieran no visualizarse como naturales agentes de transmisión y se ubican por fuera de los canales de información. También subyacieron en éstos ciertas connotaciones despectivas hacia las actitudes que dicen observar en la comunidad, siendo una vez más recurrente la idea de que concurren *por intereses, por cobrar, por llenar la libreta, por cumplir*.
- En los intercambios sobre los Programas surgieron también opiniones respecto a la carga administrativa que estos implicaban para los profesionales, por ejemplo el *“llenado de las libretas”* y también respecto a la falta de médicos para dar respuesta a la demanda en aumento.

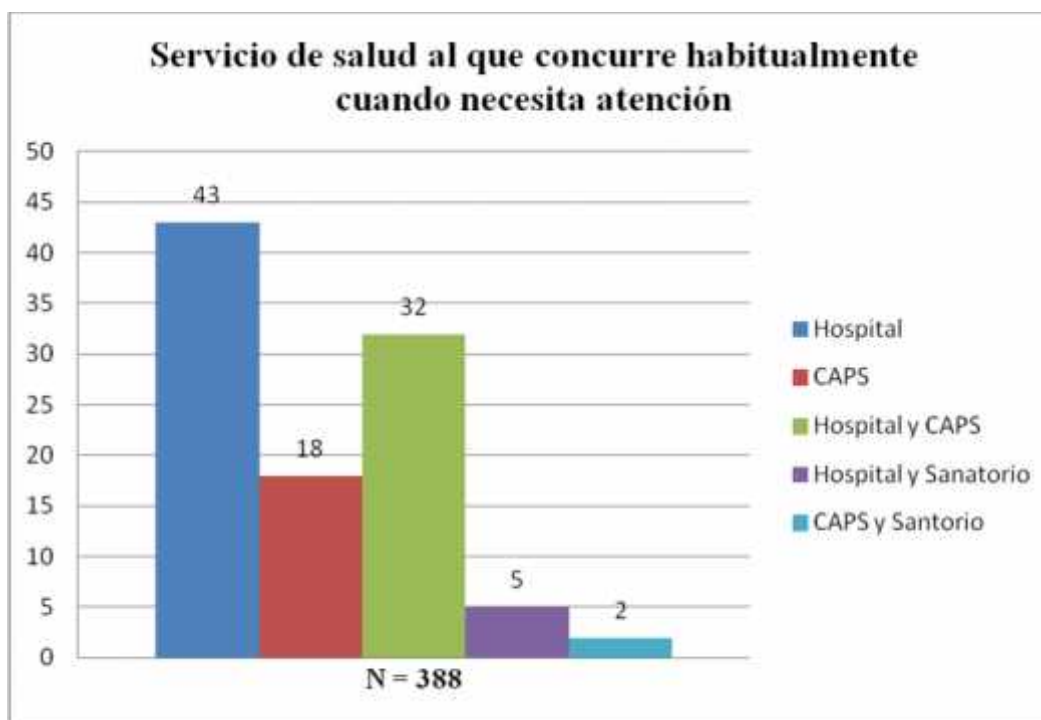
## 9. Resultados de la encuesta en población: Accesibilidad a la salud desde la perspectiva de la población del área programática.

Para la encuesta a población se procedió a la recolección de datos mediante trabajo de campo y la aplicación de una encuesta directa domiciliaria con preguntas cerradas o semicerradas a fin de facilitar la toma. La población encuestada estuvo compuesta por 388 casos 220 mujeres y 160 varones. Se trabajó con radios censales buscando asemejar la proporción del universo y la distribución de conglomerados.

Sus principales resultados son los siguientes:

- **Servicio de concurrencia para la atención:** Los encuestados manifiestan concurrir mayoritariamente al Hospital al momento de requerir atención. Se observa menos presencia de atención en CAPS y alta concentración en Hospital, esto es coincidente con cuadro 4 (distribución consultas médicas ambulatorias) presentado anteriormente.

**Gráfico 2** (N= 388, valores de respuesta expresados en %)



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- **Motivos de consulta en Hospital y CPAS:** “controles, consultas, vacunas” en el Hospital supera urgencias o emergencias, el 53% de los encuestados de esta área dice que van al Hospital a “controles y vacunas”. Si se considera que es la red de CAPS quienes debieran asumir esta función y canalizar este tipo de prestaciones puede inferirse que es el Hospital el principal referente institucional sanitario del área. También debe considerarse la alta concentración de consultas por guardia ya señalado, y esto podría ser explicado por la dificultad de conseguir un turno y/o largos tiempos de espera en consultorios externos. En todos los casos, la alta concurrencia al Hospital en comparación a los CAPS pone de manifiesto el mayor reconocimiento social que alcanza el Hospital al momento de requerir atención, indistintamente sea el motivo de consulta.

**Gráfico 3** (N= 310, valores de respuesta expresados en %)



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

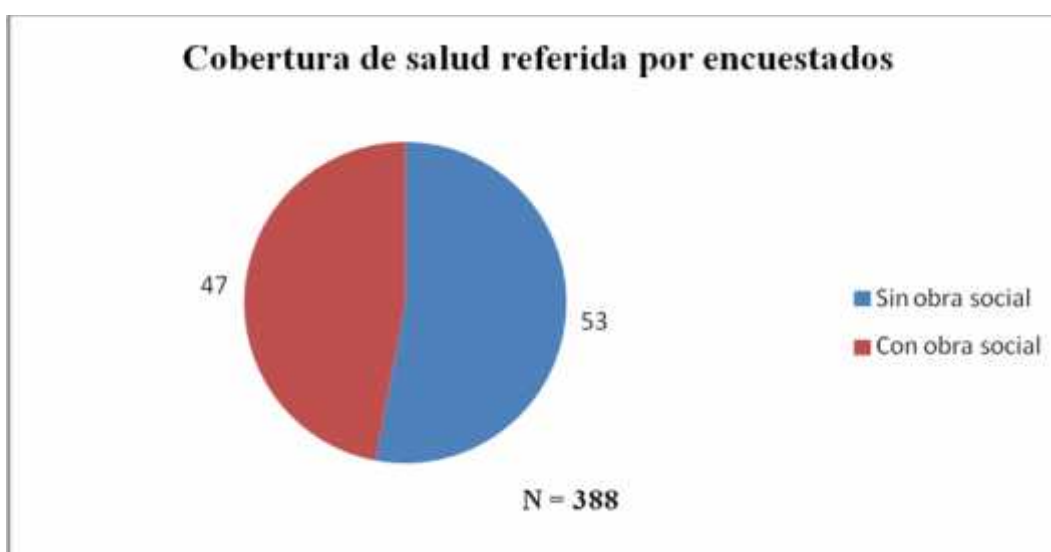
**Gráfico 4** (N= 210, valores de respuesta expresados en %)



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

**Cobertura de salud:** Los datos hallados en la encuesta en Palpalá son semejantes a los valores de la población provincial en general. Cabe considerar que en la provincia de Jujuy, el 54,2% de habitantes carece de cobertura social y/o plan de salud, es decir que más de la mitad de la población depende de la asistencia de la salud pública.

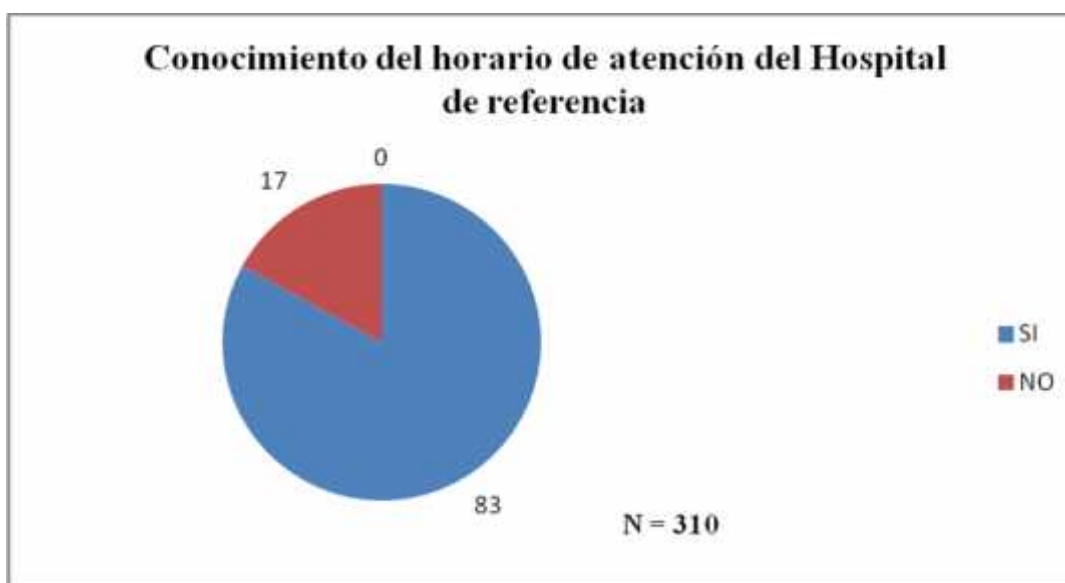
**Gráfico 5** (N= 388, valores de respuesta expresados en %)



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- **Conocimiento del horario de atención del Hospital:** Considerando las respuestas de los encuestados que dicen concurrir a los Hospitales para su atención, se observa que mayoritariamente manifiestan conocer los horarios de atención.

**Gráfico 6** (N= 310, valores de respuesta expresados en %)



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- **Conocimiento del CAPS de Referencia:** El 84% de los encuestados expresan conocer cuál es su CAPS de referencia y un 60% (de los que dicen concurrir a los CAPS) señala que también conoce los horarios y especialidades. No obstante, este conocimiento por parte de la población no se condice con el grado de consulta en CAPS si se tiene en cuenta la fuerte tendencia a la consulta en Hospital que se observa en diferentes fuentes consultadas.

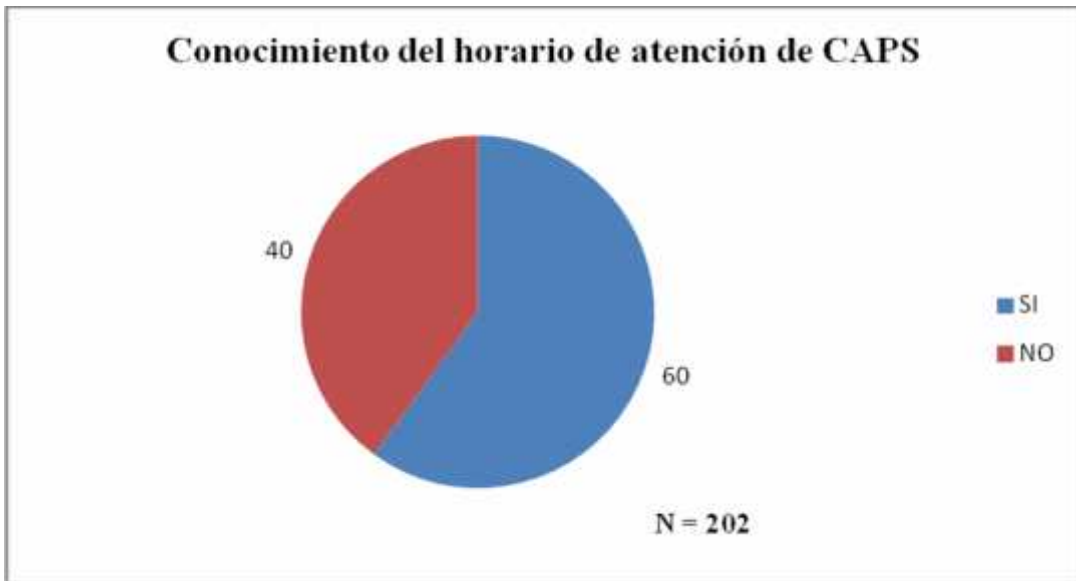
**Gráfico 7** (N= 388, valores de respuesta expresados en %)





Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

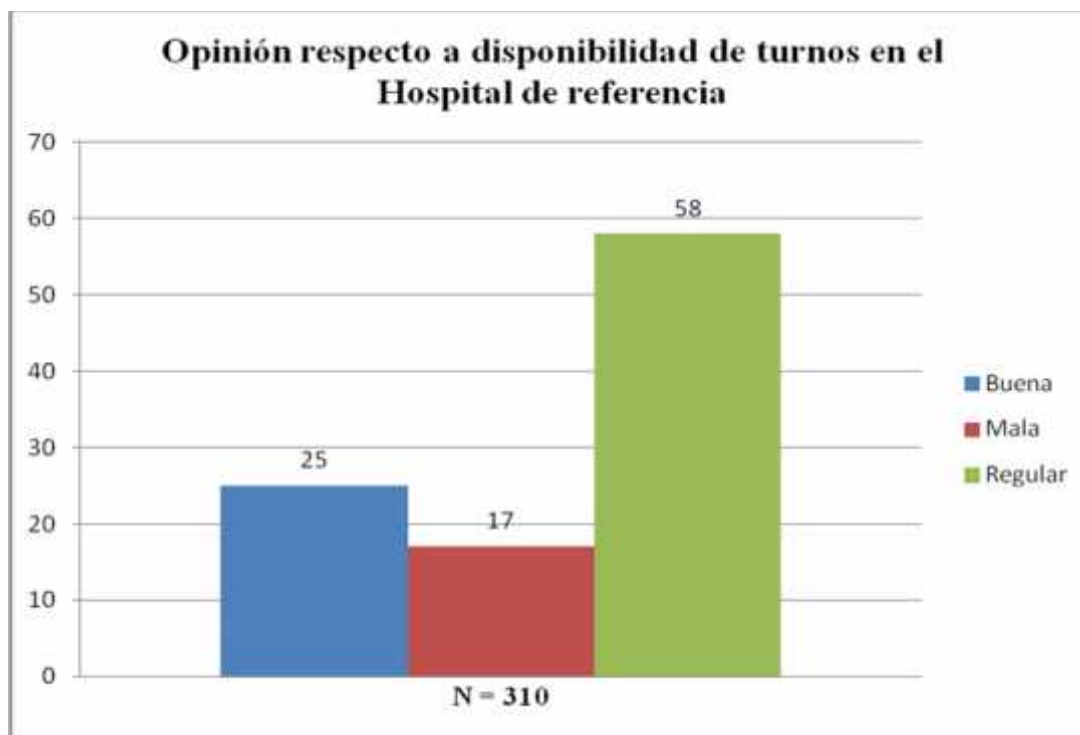
**Gráfico 8 (N= 202, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- Opinión sobre la disponibilidad de turnos en el Hospital:** Entre los encuestados que concurren habitualmente al Hospital prevalece la opinión “regular” respecto a la disponibilidad de turnos en Palpalá. Considerando esta tendencia los encuestados consideran a la disponibilidad de turnos entre “regular” y “mala” en un 75% (*proxi*)

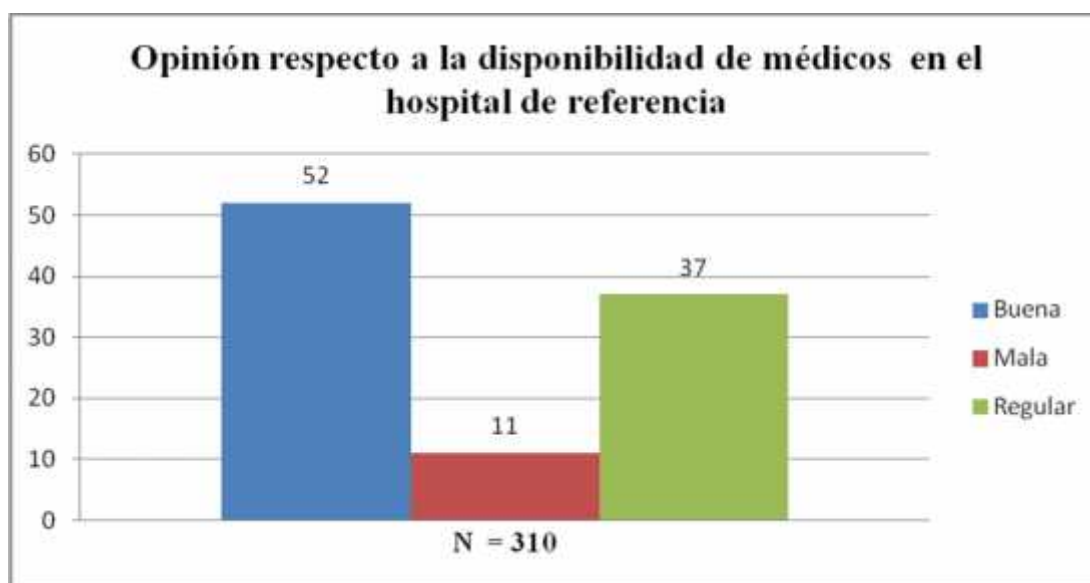
Gráfico 7 (N= 310, valores de respuesta expresados en %)



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- **Opinión sobre la disponibilidad de médicos en el Hospital:** Respecto a la disponibilidad de médicos (oferta, cantidad, especialidad) prevalece la opinión “buena” en los encuestados que concurren a los mismos (52%).

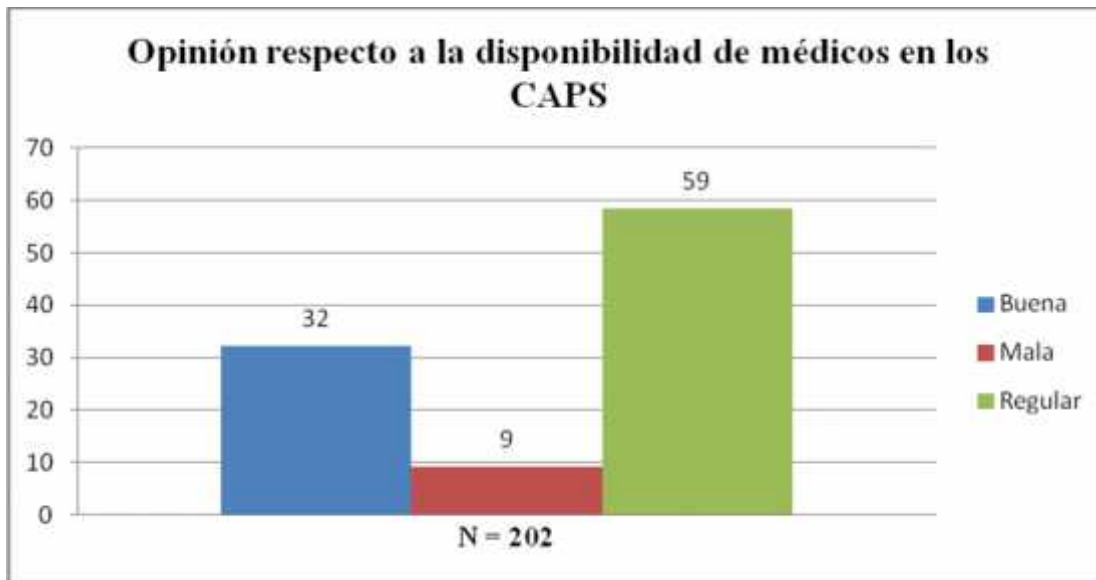
Gráfico 8 (N= 310, valores de respuesta expresados en %)



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- **Opinión sobre la disponibilidad de médicos en los CAPS:** Prevalece la respuesta “regular”, la suma de respuestas “regular” y “mala” alcanza el 70% de las respuestas.

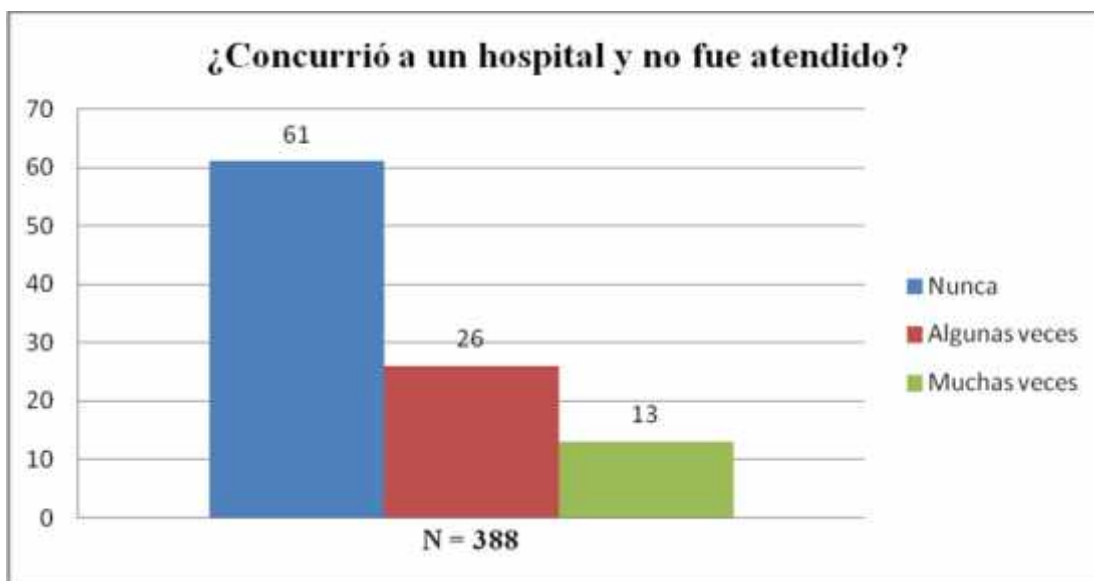
**Gráfico 8 (N= 202, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- **Respuesta a la atención en el Hospital:** Se indagó en los encuestados situaciones en las cuales hubieran concurrido al Hospital sin haber obtenido la atención requerida o necesitada. En esta pregunta la opción de respuesta “nunca” prevaleció entre los encuestados, no obstante se registran proporciones considerables de las otras opciones (“algunas veces” y “muchas veces” alcanzan un 40%),

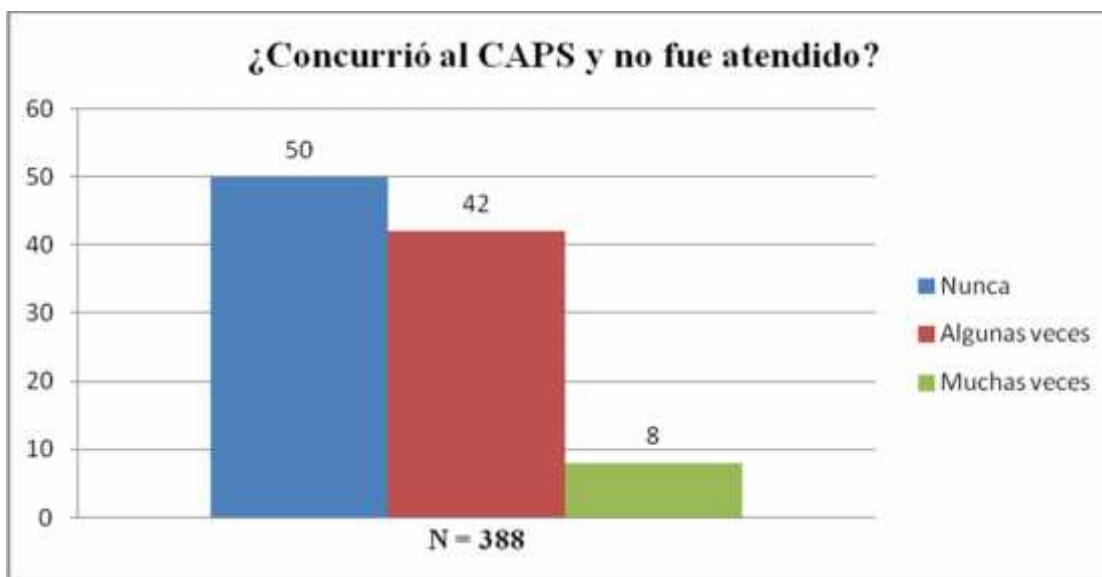
**Gráfico 9 (N= 388, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- **Respuesta a la atención en CAPS:** Frente a esta pregunta se observa una distribución similar de respuestas “nunca” y “algunas veces”.

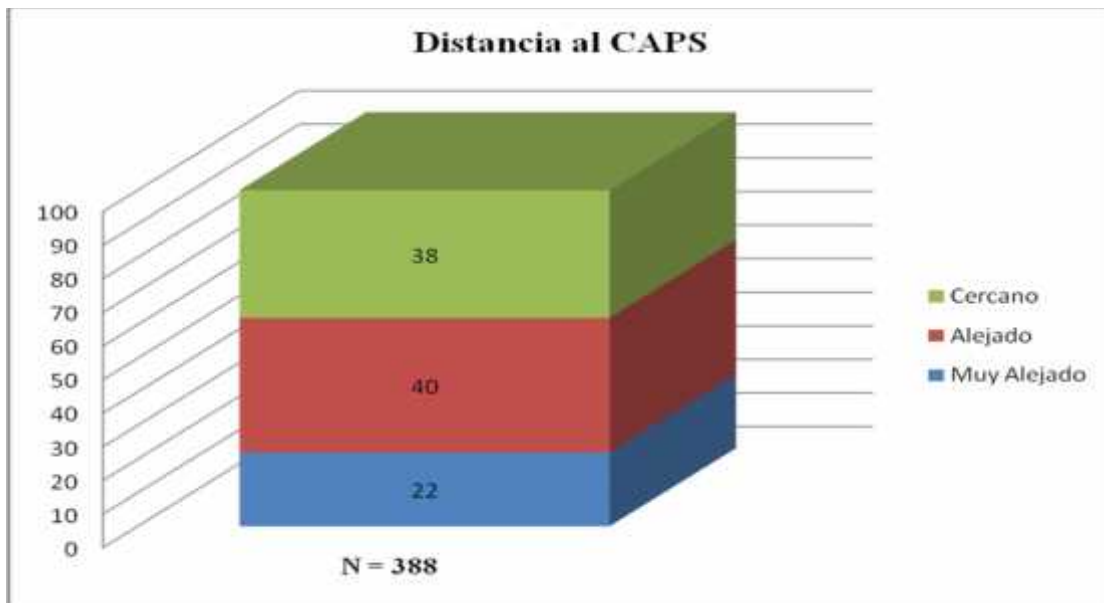
**Gráfico 10 (N= 388, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

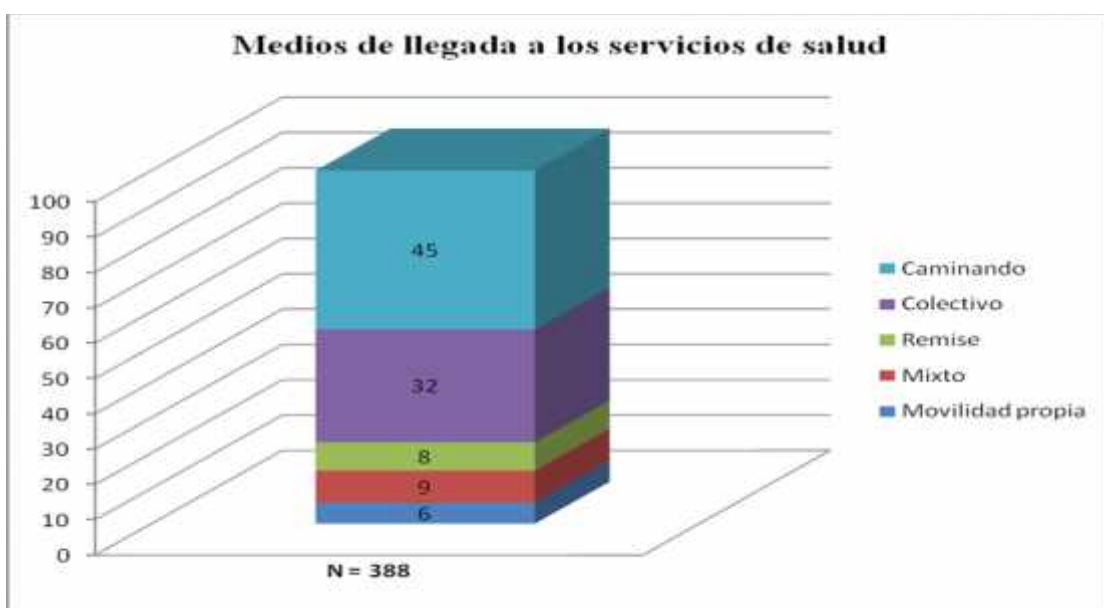
- Opinión sobre distancias, modos de traslado a los servicios y dinero para el viaje:** Respecto al CAPS de referencia la percepción de “alejado” prevalece: 60 % aproximadamente lo considera entre “alejado” y “muy alejado” de su domicilio. Respecto al modo de traslado la respuesta que prevalece es “caminando” y la segunda opción fue “colectivo”. En cuanto a la disponibilidad de dinero para viajar a ser atendido el 60% de los encuestados manifestó disponer de dinero para viajar.

**Gráfico 11 (N= 388, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

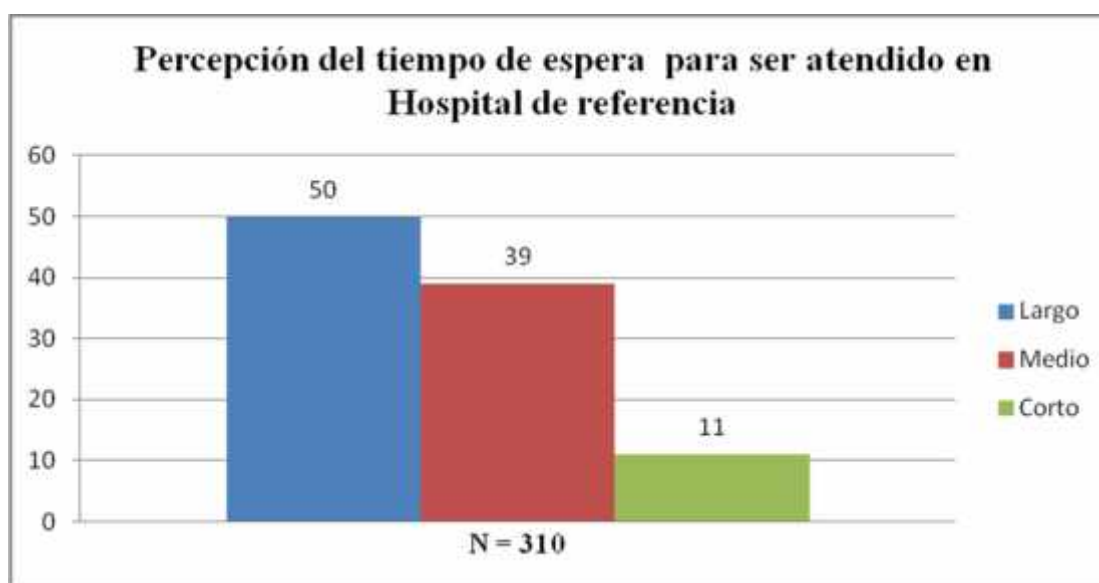
**Gráfico 12 (N= 388, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

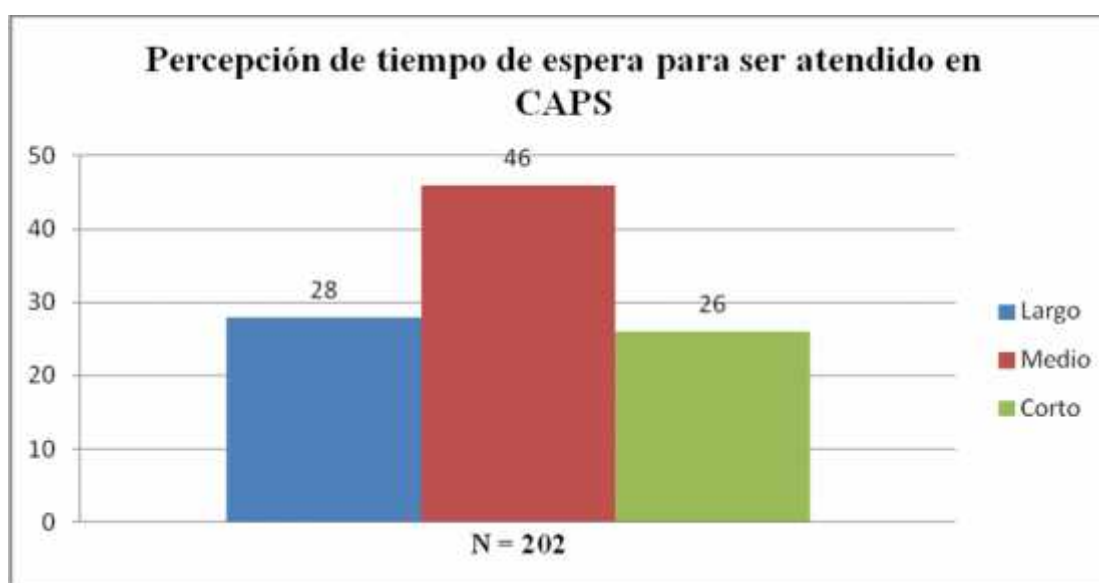
- Percepción sobre tiempo de espera de atención en Hospitales y CAPS:** En el caso de percepción de tiempo de espera, entre que saca turno y se efectiviza la consulta, la opción en la cual se concentran más respuestas es “tiempo largo” (aproximadamente 50%) y el resto de las opciones presentan distribución similar entre sí. Respecto a **percepción sobre tiempo de espera de atención en CAPS** las respuestas se concentran en “medio” respecto al tiempo percibido para ser atendido en los CAPS.

**Gráfico 13 (N= 310, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

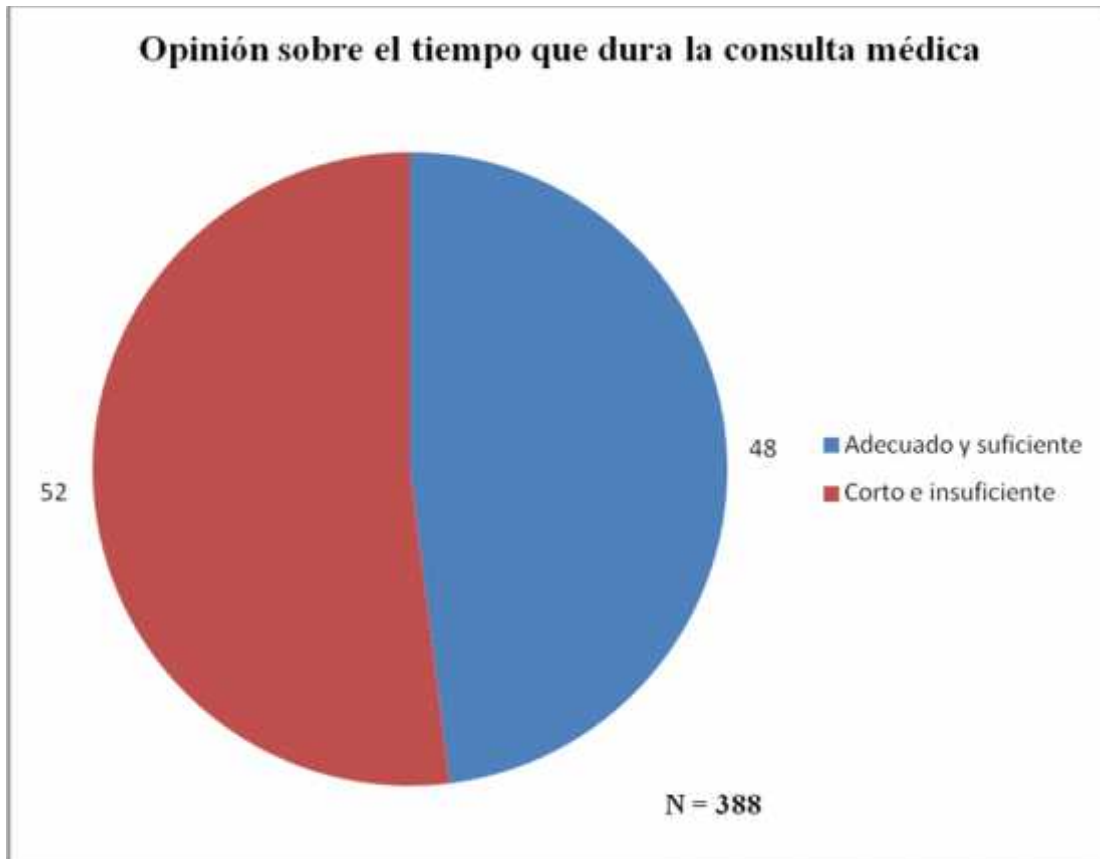
**Gráfico 14 (N= 202, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- **Opinión sobre tiempo que dura la consulta médica:** En esta pregunta las respuestas se concentran (52%) en la opción de tiempo “corto e insuficiente” respecto a la duración de la consulta médica en los servicios públicos en los que se atienden.

**Gráfico 15 (N= 388, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- **Opinión sobre atención profesional recibida:** las respuestas “buena” y “muy” buena alcanzan promedio un 64% del total; por otra parte las opiniones de “regular” y “mala” promedian el 36%

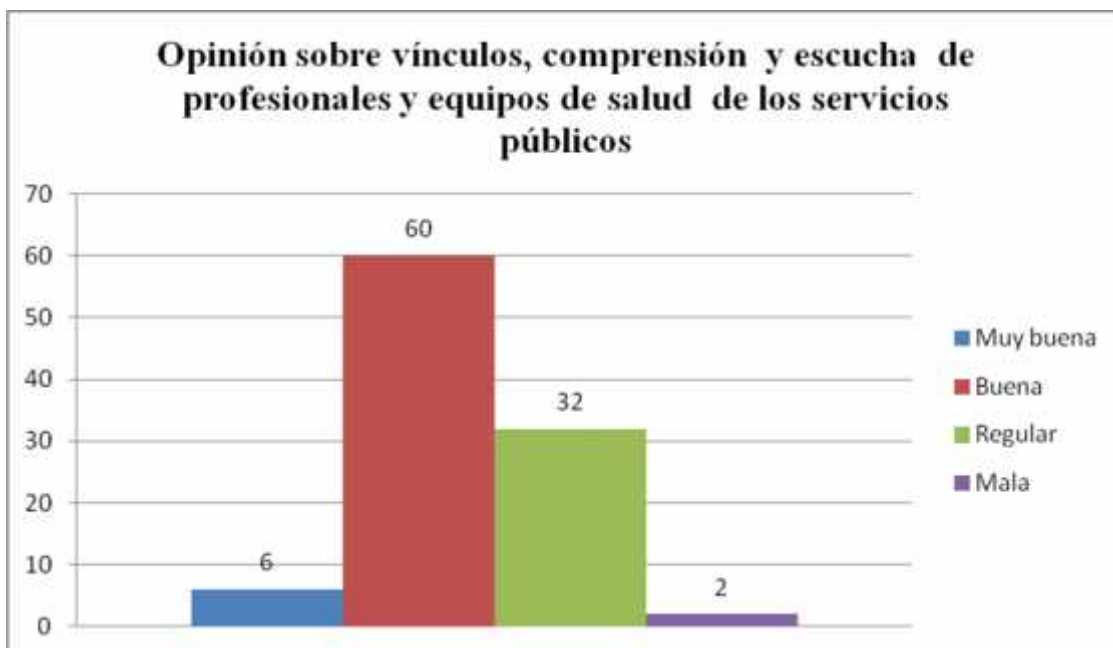
**Gráfico 16 (N= 388, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

- **Opinión sobre interrelación entablada (comprensión y escucha) con los profesionales:** las respuestas “buena” y “muy” buena alcanzan promedio un 66% del total; por otra parte las opiniones de “regular” y “mala” promedian el 34%

**Gráfico 17 (N= 388, valores de respuesta expresados en %)**

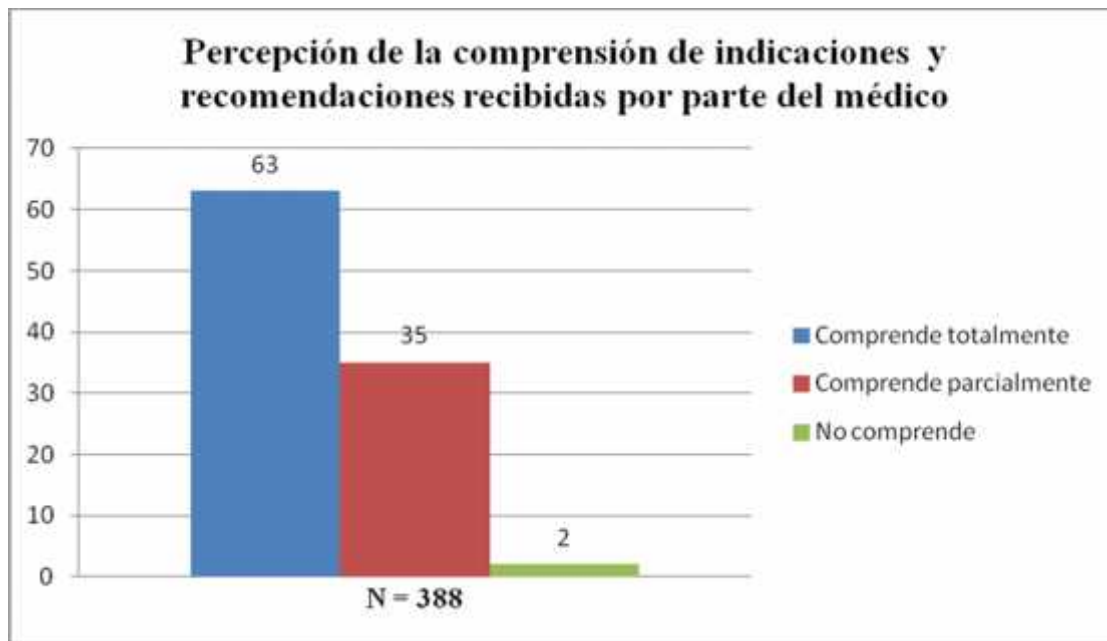


Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011



- **Opinión sobre cumplimiento y comprensión de indicaciones médicas recibidas:**  
Al momento de preguntar sobre la comprensión de las indicaciones y recomendaciones que dan médicos y profesionales de los equipos de salud el 63% respondió comprenderlas y el 37% señaló comprenderlas parcialmente o no comprenderlas.

**Gráfico 17 (N= 388, valores de respuesta expresados en %)**



Fuente: Encuesta a población, Palpalá, 2011

## **10. Principales resultados de los datos cuantitativos y cualitativos acerca de la accesibilidad relevados en el Área Programática Palpalá, Hospital Wenceslao Gallardo.**

- La cobertura efectiva y nominal de APS de esta fue del 54 % al año 2009 y 2010, actualmente (2012) alcanza el 69%, registrándose un importante aumento que puede explicarse por el ingreso de más agentes sanitarios.
- En general no se presentan significativas dificultades de accesibilidad geográfica, la distribución de CAPS presenta criterio georreferencial y las distancias medias en promedio son de 1,5 Km al Hospital en la zona urbana y 18 Km. en las rurales (representa el 5% de la población total), con buena disponibilidad de transporte.
- La relación médico/habitante es baja: 0,77 cada mil habitantes, por debajo de la media provincial (Jujuy: 1,75 médicos cada 1000 h. según Indicadores Básicos 2009, 2010, 2011, Ministerio de Salud de la Nación) y representa una relación tres veces menor aproximadamente que la media del país (Argentina: 3,21médicos cada 1000h MSAL).
- El volumen de consultas ambulatorias se concentra en el Hospital (70%), los CAPS concentran el 30% promedio . A la vez, del volumen de consultas hospitalarias se distribuye aproximadamente en un 30% en consultorios externos y un 40% en guardia. Esto indicaría la necesidad de reforzamiento del primer nivel de atención y de la reorientación de la demanda hospitalaria para su adecuación a fin de descomprimir la presión de la demanda no urgente en la guardia.
- Entre las principales patologías (según registros de denuncia obligatoria) se ubican las enfermedades respiratorias (ETI, Bronquiolitis) y diarreas en menores de 5 años. El 20,8% de la población del área presenta condiciones de NBI, lo cual implica grupos poblacionales de alta vulnerabilidad sociosanitaria considerando a esto como un determinante crítico de salud.

Del estudio realizado cuyo objetivo central fue la identificación de las principales barreras de accesibilidad al sistema público de salud en Palpalá se han hallado los siguientes factores, **derivados de los grupos focales con equipos de salud, actores claves de los servicios y encuesta a población**, que serían expresiones objetivas y simbólicas de dichas barreras:

**Las barreras administrativas-organizativas del sistema** resultaron las más relevantes en general:

- **Escasa dación de turnos:** esto ha surgido tanto en los grupos focales con los equipos de salud como en las encuestas a población. Como causales de esta cuestión surgen los horario limitado de atención médica, el ausentismo de profesionales, las horas ocultas en otras actividades no asistenciales (ateneos, reuniones) o asistenciales no ambulatorias (supervisión de pacientes internados). El alto registro de pacientes “ausentes” que se observó en las planillas de consulta diaria estaría relacionado también con el déficit en el sistema de turnos, la no permanencia de profesionales durante toda su carga horaria y la no espera al paciente si al llamárselo no concurre inmediatamente o no escucha su llamado, por lo cual se queda sin ser atendido. Una de las consecuencias de esto se observa en la inadecuada distribución de la demanda, expresada en alta concentración hospitalaria, especialmente en guardia.
- **Demanda condicionada por la oferta:** esta cuestión se relaciona tanto con el sistema de dación de turnos como con la disponibilidad y carga horaria asignada a las especialidades médicas ya los programas con población objetivo. En este sentido necesidades de salud quedan invisibilizadas ante las propuestas predeterminadas del sistema y sus recursos. Por ejemplo la concentración de recursos en el binomio madre hijo desplaza la atención de otros grupos como ser niños mayores de seis años, adolescentes, varones adultos, adultos mayores.
- **Inexistencia de mecanismos formales de referencia y contra referencia de paciente:** esta cuestión fue reconocida por profesionales y equipos de salud, en tanto no se desarrollan procesos sistematizados de derivación de pacientes y generalmente los contactos entre profesionales se dan en el marco de intercambios personales.
- **Registros sanitarios** deficitarios en relación a la oportunidad y la calidad que se traducen en sobregistración, subregistración, repetición, desarticulación y no

integración de variables sustantivas para la identificación de grupos críticos y determinantes sociales de la salud y enfermedad. Especialmente los agentes sanitarios manifestaron la alta carga de demanda de registraciones que los quitan de tareas de recorridos y rondas sanitarias, transformándose la anotación cada vez más compleja en un fin en si mismo. Consecuencia de esto, la generación de registros encuentra dificultades para transformarse en una herramienta para la gestión y la planificación orientada por prioridades y que fortalezca la accesibilidad a los servicios.

**La barreras económicas** (traslados para llegar al servicio, pago de boletos, remises) no fueron manifestadas por los encuestados como obstáculo para atenderse. Esta observación debe relativizarse a la atención a nivel local y a la atención de las especialidades básicas. En el caso de necesidad de otro tipo de intervenciones el traslado a San Salvador sí resulta más oneroso.

**Respecto a las barreras culturales y simbólicas**, indagadas especialmente mediante los grupos focales con equipos de salud, se presentan las siguientes observaciones relacionadas con la trama de significados que atraviesan las acciones y prácticas de los equipos de salud:

- La primera observación que surge del análisis de los relatos y de la dinámica expositiva de los grupos es la dedicación en prioridad, tiempo y densidad narrativa que otorgaron a las explicaciones y argumentos sobre las barreras administrativas y organizacionales del sistema de salud.
- Una segunda observación tiene que ver con la ambigüedad en los relatos sobre las actitudes de la comunidad: ante la explicación de falta de turnos y de falta de médicos suficientes para atender a la demanda, la comunidad es ubicada en términos de “paciente” al quedar sin atención, al volver a su casa sin ser atendido. Por el contrario, cuando la comunidad concurre, especialmente si es por estar en algún Programa, algunos de los relatos la ubicaron en términos de “interesada”, por buscar algo a cambio, por ejemplo leche o cobrar asignación.

- Una tercera observación surge de la posición que asumen algunos de los relatos de los agentes sanitarios: por un lado la actitud crítica hacia los médicos cuando no atienden a las personas que ellos visitan y envían a los Centros, por otro la actitud crítica hacia la comunidad y sus condiciones de vida y salud, ubicándose en un rol por fuera de ella.
  
- Una cuarta observación se relaciona también con esta idea de “ajenidad” que prevalece en la mayoría de los grupos respecto a situaciones que se presentan en los servicios, sintetizada por ejemplo en frases como “ *la gente no sabe*” “*no se les informa*” , visualizándose por fuera de la posibilidad de ser los equipos mismos canales apropiados para difundir información.
  
- Una quinta observación surge a partir de los relatos sobre problemáticas de adicciones y alcoholismo presentes en las comunidades, donde subyacieron ciertos conceptos de peligrosidad y extrañeza por el fenómeno a la vez que alternativas imprecisas para su intervención como “*se le habla...*” “*se dan charlas*”.
  
- La sexta observación se refiere a la cuestión de las planillas y los datos. Términos como “*Llenar la planilla*”, “*atendió dos planillas*”, “*no completa ni una planilla*” “*¿cuántas planillas atiende?*” fueron recurrentes en los diálogos dando lugar a un metalenguaje particular y circunscripto en las formas de registro, más que en la reflexión sobre las prácticas que allí se sintetizarían.
  
- Y una séptima observación tiene que ver con la circulación de los significados de excepción: ciertos profesionales (presentes o ausentes en los grupos) fueron indicados con nombre y apellido por ser “*los que atienden a todos*”

**De la indagación en población de referencia se destacan los siguientes resultados generales según manifestaron los encuestados de las cuatro áreas programáticas analizadas:**

- Preferencia de atención en los Hospitales, indistintamente sea el motivo de consulta.
- Comparativamente los horarios de atención de los Hospitales son más conocidos que los horarios de atención de los CAPS.
- Respecto a la disponibilidad de turnos en Hospitales prevalecen las respuestas entre regular y mala, según la percepción de los encuestados; en el caso de los CAPS se dio variabilidad y dispersión de respuestas entre áreas.
- Respecto a la disponibilidad de médicos en Hospitales prevalecen las respuestas “buena” en las cuatro áreas, en los CAPS prevalecen las respuestas “regular” considerando promedio las cuatro áreas.
- Respecto a la solicitud de atención médica, los encuestados manifestaron mayoritariamente que siempre recibieron asistencia al concurrir al servicio (Hospital y CAPS)
- En cuanto a la percepción del tiempo de espera para ser atendido, los encuestados respondieron “largo tiempo” en Hospitales, y en CAPS las respuestas son variables.
- Con respecto a la duración de la consulta médica se halló concentración de respuestas, en general de las cuatro áreas, en “corto e insuficiente”. Esto debiera ponerse en relación con la percepción de tiempos “largos” para acceder a la consulta que fueron presentados ítems anteriores, suponiendo que a ante esperas prolongadas, al momento de efectivizarse la consulta el tiempo de la misma es percibido como escaso.
- En relación a la percepción de la atención profesional y trato recibido en los servicios prevaleció la opinión de “buena” por parte de los encuestados. Asimismo manifestaron comprender y cumplir con las indicaciones médicas. De este modo, las barreras culturales que manifestaron los participantes de grupos focales (equipos de salud y profesionales) no surgieron en las respuestas de la población encuestada.

## **11. Conclusiones y Recomendaciones**

### **11.1 Conclusiones**

**El presente trabajo resulta relevante para la definición de políticas públicas integrales**, considerando la salud como un bien social y como una condición necesaria para el desarrollo humano (social, económico, productivo, etc.). La accesibilidad a los servicios y la continuidad de los procesos de atención contribuyen a las acciones preventivas, a la vez que la generación de información integrada y la promoción de investigaciones sanitarias contribuyen a la oportunidad y priorización de las intervenciones de la salud pública.

**Así también resultan relevantes los resultados de este trabajo de investigación para contribuir a la planificación sanitaria**, buscando aportar información concreta para sumar esfuerzos hacia la disminución de las brechas entre oferta-demanda-necesidad existentes. Se aportó una herramienta que integra el análisis de **indicadores de estructura con los determinantes sociales de la salud y las perspectivas de los actores que conforman al sistema: equipos de salud y comunidad**.

**Estos análisis resultan relevantes para la formación de Recursos Humanos en Salud**, especialmente en los aspectos relacionados con los determinantes sociales/culturales que intervienen en la accesibilidad de la población a los servicios de salud.

Este trabajo, que se inscribe dentro del marco de la investigación sanitaria con perspectiva social, apuntó a contribuir con antecedentes que establezcan **líneas de base para futuros estudios** y a la vez posibiliten su replicación en contextos similares. La triangulación metodológica demostró su adecuación para el abordaje de objetos sociales complejos como es el sistema de salud, en sus dimensiones organizativas, estructurales y asistenciales. Asimismo cobra relevancia en tanto el proceso investigativo contribuye a la generación y **transferencia activa de conocimientos en su mismo contexto de aplicación**.

## 11.2 Recomendaciones.

- **Mejorar los procesos de otorgamiento y oferta de turnos** en los servicios, siendo esta la barrera más crítica identificada para la accesibilidad a la atención ambulatoria.
- **Implementar procesos sistemáticos de referencia y contrarreferencia** de pacientes para garantizar la continuidad de la atención.
- **Desarrollar sistemas de información integrados** y relacionados acerca del desarrollo y articulación de los servicios públicos de salud en la las área programáticas seleccionadas, incluyendo perfiles poblacionales (epidemiológicos, sociodemográficos, indicadores de salud), determinantes sociales, características geográficas y factores culturales que condicionen la accesibilidad y la continuidad de la atención en el sistema público de salud.
- **Fortalecer programas con criterios de prioridad en función de género** y la orientación de la oferta de los servicios respecto a **grupos específicos** con menos propuestas de atención (adolescentes, varón adulto , adultos mayores)
- **Fortalecer intervenciones de salud mental comunitaria** atentas a problemáticas sociales que constituyen determinantes críticos de la salud, como ser violencia de género y adicciones.
- **Desarrollar evaluaciones** y monitoreos sistemáticos que incluyan la perspectiva de la comunidad respecto al desempeño de los servicios de salud.
- Respecto a los **recursos humanos**:
  - ✓ **Analizar la definición de una política de incentivos**<sup>28</sup> considerando la necesidad de desarrollar espacios de consenso que den lugar a una adecuada y

---

<sup>28</sup> El caso del Hospital Oñativia de la Pcia de Salta representa una experiencia interesante en relación al tema de incentivos en los hospitales de gestión descentralizada, el 50% de la recaudación por facturación a obras sociales se distribuiría entre los RR.HH en forma equitativa y dinámica dependiendo del cumplimiento de la asistencia. El pago de este incentivo se liquida por fuera del recibo de sueldo y tuvo un impacto favorable en disminuir el ausentismo y la mejora del cumplimiento efectivo de la carga horaria, en el caso del mencionado hospital.



sustentable implementación. A la vez teniendo en cuenta que los económicos no son los únicos incentivos que debieran funcionar en una red de atención pública.

- ✓ **Regularizar la carrera sanitaria**<sup>29</sup> en la red pública y en el hospital analizado en particular, a fin de promover el desempeño, la permanencia en la institución, la estabilidad del empleo, las condiciones de seguridad en las áreas de trabajo, la salud de los profesionales y no profesionales, la revisión consensuada de la estructura salarial y el fortalecimiento de la identidad colectiva e institucional en los equipos de salud.
- ✓ **Promover y financiar capacitaciones** cuando respondan a las políticas de desarrollo del hospital y a los objetivos sanitarios o prioridades de su área programática<sup>30</sup>. Tanto en contenidos médico- asistenciales como en contenidos de gestión y administración institucional. Considerando que las barreras administrativas (ejemplo: escasos turnos, problemas en su otorgamiento, déficit organizativos) son críticas para la accesibilidad, según los resultados de este trabajo, la adquisición de herramientas de gestión representa un punto de interés a resolver.
- ✓ **Desarrollar estrategias de comunicación institucional** que apunten al empoderamiento del personal sobre el plan institucional, que transmitan a los equipos de salud cuales son los objetivos trazados por el hospital y las metas sanitarias provinciales, qué se espera de sus desempeños individuales y colectivos, lo cual implica definir los perfiles requeridos de los puestos de trabajo (profesionales y no profesionales).

---

Otra experiencia que contribuye con antecedentes para formular políticas de incentivos es el Plan Nacer, donde el pago es por resultado de acuerdo al cumplimiento de las metas trazadoras en cada jurisdicción. Los fondos son aplicados a mejoras de la infraestructura, equipamiento (camillas ,computadoras etc) capacitación del RR.HH, aunque en el caso de Jujuy no para incentivos monetarios al personal, como sí ocurre en las provincias del NEA

<sup>29</sup> Según la Alianza Mundial de Recursos Humanos en el año 2008 conformada por todas las asociaciones internacionales de profesionales de la salud, entre ellos enfermeros, odontólogos, médicos, etc, y también considerado en el ámbito de la OMS, se estableció que el incentivo más importante para los recursos humanos son *las carreras sanitarias*, no obstante considerando que estas también tienen sus desventajas, por ejemplo en la medida que el personal ingresa a planta permanente aumenta el ausentismo.

<sup>30</sup> El tema de capacitación como parte central de una política sanitaria que fortalezca los recursos humanos forma parte del proyecto de la OPS, “Proyecto de Recursos Humanos para la Salud: Área de servicios de Salud basados en la APS” del cual participan representantes de los Estados Miembros y hacen énfasis en tres pilares: políticas-capacitación y gestión. Washington (EUA) 2012

- ✓ **Fortalecer la identidad profesional** y sus funciones y responsabilidades sociales, de parte de la Dirección transmitir la importancia de llevar adelante asistencia de calidad, inclusiva y atenta a los determinantes de la región y sus poblaciones.
- ✓ **Mejorar la planificación/georreferenciamiento/distribución de los equipos de salud** a fin de disminuir las brechas de personal entre zonas urbanas y rurales del área. Esto supone establecer estrategias de retención de los médicos especialmente en el primer nivel de atención que es en el cual se sustenta la base del sistema de salud provincial. Así mismo reforzar estas retenciones en la áreas sub-atendidas como son las rurales.
- ✓ **Trabajar en garantizar la provisión de infraestructura y de tecnologías de atención adecuadas** en todos los niveles de atención del área programática, en tanto esto posibilita alcanzar equitativamente prestaciones asistenciales de calidad en toda el área. Como efecto de esto a la vez, una dotación tecnológica adecuada mejora la motivación del recurso humano en tanto genera mayor capacidad resolutive y reconocimiento social.
- ✓ **Incentivar el desarrollo y la participación de los equipos de salud en procesos de investigación-acción aplicada a la reducción de barreras de accesibilidad** y orientada a las prioridades contextuales de los servicios y su población de referencia.

## **Bibliografía Consultada**

- Almeida, C, Belmartino, S. “Investigación en Sistemas y Servicios de Salud”. Río de Janeiro: Red de Investigaciones del Cono Sur. 2001
- Comes, Y., et al “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios” Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de investigaciones / volumen XIV / año 2006, página 201 a la 209
- Frenk J. “La nueva salud pública”. México: Fondo de Cultura Económica. Colección Ciencia para Todos. 1992, primera reimpresión 1997.
- Gómez Gómez, E. “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica” en Revista Panamericana de Salud Publica, vol.11 no.5- 6 Washington May/Junio 2002.
- Lerin Piñón, S. “Interculturalidad en Salud: Un reto para la Antropología Aplicada”. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, DF. Anuario 2004
- Nirenberg, O .et al. “Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales” Buenos Aires. Paidós. 2005.
- ONU. PNUD “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, 2000
- OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, SILOS-10, Resolución XV-XXXIII Consejo Directivo, 1991, citada por Paganini JM, 1999
- OPS-OMS “Hacia el Abordaje Integral de la Salud. Pautas para la Investigación con Pueblos Indígenas”. Washington (EUA), 1997.
- OPS, 20.a “Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo”, del Comité Ejecutivo, Washington, D.C., EUA, 25 y 26 de marzo de 2003.
- OMS, OPS Alianza Mundial de Recursos Humanos , Washington, D.C., EUA 2008
- OPS, OMS “Política de la OPS en materia de Igualdad de Género”, Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005 (resolución CD46.R16).
- OPS, “Herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos”, en Revista Panamericana de Salud Pública, vol.12 no.6 Washington Dic. 2002.
- Paganini, JM “Los Sistemas Locales de Salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud” , OPS, 1999.
- Pérez Mazza, B. “La equidad en los servicios de salud Revista Cubana Salud Pública” 2007; 33(3)
- Ramos, S; Romero, M, Karolinski A, et al “Para que cada muerte materna importe” CEDES, CONAPRIS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006.

Rangel, C y Alanís, J “Un indicador de accesibilidad a unidades de servicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación” en *Economía, Sociedad y Territorio*, vol. VI, núm. 22, 349-397, México, 2006

Romano Yalor, M, Alvarez D. “Percepciones y Criterios de Satisfacción en usuarios de servicios de salud” Buenos Aires, SECYT, ISALUD 2005

Rovere, M. *Redes En Salud;*” Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad”, Rosario: ED. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión) 1999.

Souza Minayo, Soimone Goncalvez, Ramos Souza “Evaluación por triangulación de métodos” Buenos Aires: Lugar Editorial. 2005.248 p.

Testa, M. “Pensar en Salud”. Buenos Aires Lugar Editorial. 1997.

# **ANEXOS**

## Cuestionario de Entrevista Individual

(Para aplicar a Directores de Hospitales, jefes de servicios, miembros de equipos de salud de CAPS y Hospitales)

Entrevistado.....

Servicio.....

Cargo o rol que desempeña .....

- 1) Según su criterio, su opinión y su experiencia ¿Cómo definiría el concepto de “accesibilidad a los servicios de salud”? ¿Qué dimensiones, que elementos, cree que son constitutivos del concepto de accesibilidad?
  
- 2) Según su opinión ¿que factores facilitan la accesibilidad de la población a los servicios de salud y cuales considera que son barreras críticas que la obstaculizan?
  
- 3) Asigne un número de orden según considere más o menos críticas las siguientes barreras que podrían condicionar la accesibilidad a su Hospital/CAPS. (1 mas crítica/ 4 menos crítica). Fundamente los motivos del orden asignado

Barreras	Nº
Barreras geográficas: distancias, transportes, caminos.	
Barreras económicas: costos de viaje y traslado, gastos asociados no	
Barreras administrativas/ organizativas: turnos, horarios de atención, trámites para ser atendido, derivaciones, dificultades de articulación entre	
Barreras sociales y culturales: imposibilidad de intercambio, de dialogo, de comprensión de indicaciones, de comunicación efectiva entre usuarios y	

- 4) ¿Qué alternativas considera que pueden revertir a las barreras indicadas como más críticas?

- 5) ¿Cuáles considera que son los principales determinantes de los procesos de salud y enfermedad de la población bajo cobertura de su servicio? (o de su comunidad en el caso de referentes comunitarios)
  
- 6) Según su opinión ¿Cuándo considera que la atención brindada por un servicio de salud es efectiva?
  
- 7) Considera que la accesibilidad a los servicios y la continuidad de consultas y tratamientos depende de: (asignar número de orden)

La accesibilidad y continuidad depende de...	Nº
La capacidad resolutive del servicio, especialidades, tecnologías, recursos.	
La relación establecida entre equipo de salud y usuarios	
Las relaciones de coordinación entre servicios de la red(interconsultas, derivaciones	
El establecimiento de programas específicos	

Fundamentar.....  
 .....

- 8) ¿Cual es su opinión respecto a factores facilitadores y factores obstaculizadores para la articulación de los servicios y para el desarrollo de mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes entre niveles asistenciales? Explique brevemente el procedimiento formal e identifique dificultades.(esta última parte solo para personal de servicios de salud)
  
- 9) Si pensamos en contextos multiétnicos cuáles considera que son las principales problemáticas que se presentan para desarrollar servicios de salud inclusivos y de cobertura real a todos los grupos del área?

## Trabajos presentados a congresos

Fecha	Evento	Presentación	Objetivo
29 al 31 de Julio 2015	Congreso Regional del COSSPRA NOA en Catamarca, con participación de las provincias de Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.	La accesibilidad en el sistema sanitario fraccionado, hospital público, seguridad social y medicina privada, la caracterización de las obras sociales, barreras en el financiamiento por envejecimiento de la población, implementación de nuevas tecnologías, la judicialización	La caracterización dentro del congreso hacer conocer los resultados, conclusiones y recomendaciones sobre la accesibilidad de la tesis
24 y 25 de septiembre 2015	9° Congreso Provincial de Atención Primaria, 7° Congreso Regional de APS del NOA, 6° Congreso Andino de Atención Primaria de la Salud y 2° Congreso Latinoamericano	Ponencia "Accesibilidad a la atención primaria en Jujuy" ( en base a la tesis "Accesibilidad de la población a la atención ambulatoria en el área programática del Hospital Wenceslao de Palpalá, Provincia de Jujuy"/ Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social/Universidad ISALUD)	Difundir en el contexto del congreso provincial los resultados obtenidos en el trabajo de tesis.