

Determinantes de la accesibilidad a la atención ambulatoria: barreras objetivas y simbólicas de la red pública de salud de la Provincia de Jujuy

Coordinador:
Santiago Spadafora

Equipo de Investigación:
Daniela Alvarez
Pablo Bahna
Graciela Barsimanto
Miguel Lembo
Víctor Guido Tupayachi Muñoz
Herminia Rita Velásquez

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación, a través de las becas Ramón Carrillo-Arturo Oñativia, categoría Estudio Colaborativo Multicéntrico, otorgada por el Comisión Nacional Salud Investiga. El texto completo de esta investigación será publicado oportunamente por dicha Comisión.

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 focaliza en áreas programáticas seleccionadas de cuatro zonas sanitarias que conforma el sistema de salud pública provincial, considerando que cada zona presenta características sociales, económicas, culturales y geográficas particulares y distintivas, que se traducen en condicionantes específicos para la accesibilidad a los servicios de salud.

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.

Un análisis integral y comparado de los determinantes de la accesibilidad en cada región de la provincia debiera ir más allá de la iden-

tificación 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.

2. Objetivos y metodología

Objetivo General

Analizar la accesibilidad de la población a la atención ambulatoria en la red pública de salud de las áreas programáticas seleccionadas para cada zona sanitaria de la provincia de Jujuy, considerando en cada una de ellas la estructura y organización de la red de servicios de salud, la articulación entre Hospitales de referencia y centros de atención primaria, la continuidad de los procesos de atención, las barreras objetivas y simbólicas y de responsables de los servicios, de los equipos de salud y de la población bajo cobertura.

Objetivos específicos:

1. Describir y caracterizar la estructura de la red pública de salud de cada área programática seleccionada.
2. Analizar en cada área programática seleccionada mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles asistenciales en los procesos de atención de pacientes ambulatorios.
3. Analizar en cada área programática seleccionada la producción asistencial, los motivos de consulta más frecuentes y el perfil epidemiológico de la población a cargo, sus características sociodemográfica y las condiciones ambientales (naturales y de saneamiento)
4. Relacionar en cada área programática los recursos y productos asistenciales del sistema de salud con las necesidades de salud de género.
5. Identificar en cada 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.

La propuesta general de este trabajo se corresponde con las características de la investigación en sistema y servicios de salud, el tipo de estudio de acuerdo a los objetivos planteados es de tipo descriptivo, analítico y exploratorio, especialmente en su dimensión cualitativa 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 será la triangulación, trabajando en forma combinada con fuentes de datos pri-

marias y secundarias, mediante trabajo de campo y recopilación de información secundaria disponible en la provincia.

Se tomaron las zonas sanitarias de la provincia de Jujuy, Quebrada Valles, Ramal y Centro, en cada una de ellas se seleccionó un área programática, definida por el Hospital de Referencia y su red de Centros de Atención Primaria. El universo de estudio está constituido por los Hospitales y CAPS de dichas áreas y su población bajo cobertura. Los Hospitales incluidos fueron: Hospital Salvador Mazza (Tilcara – Zona sanitaria uebrada), Hospital Dr. Guillermo Paterson (Zona Sanitaria Ramal), Hospital El Carmen (Zona Sanitaria Valles), Hospital Wenceslao Gallardo Palpalá (Zona Sanitaria Centro.) Se consideraron variables de estructura, de producción asistencial, epidemiológicas y demográficas, junto con dimensiones sociales y culturales que configuran los procesos de atención, incluyendo el enfoque de género e de interculturalidad desde la perspectiva de los equipos de salud y la comunidad.

Se recabó información mediante técnicas de observación, entrevistas y grupos focales aplicados a responsables de los servicios de salud (Hospitales y CAPS) y a integrantes de los equipos de salud de cada uno de estos servicios. Se realizó una encuesta en cada área tomando una muestra de población bajo cobertura y se sistematizó información de registro en los servicios, como ser las planillas de consulta diaria e información estadística disponible en la provincia.

3. Resultados

3.1. Composición de la red de servicios de salud pública en áreas programáticas y cobertura poblacional

De acuerdo lo relevado en datos del año 2009, la población bajo cobertura efectiva de Atención Primaria de la Salud (APS) tiene su mayor alcance en el área programática del Hospital El Carmen, seguida por el área de Hospital S. Mazza de Tilcara, Hospital Paterson de San Pedro y Hospital Gallardo de Palpalá. En promedio, estas áreas programáticas alcanzan una cobertura efectiva del 56% de la población de referencia, 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.

3.2. Distribución geográfica y distancias

Se consideró las distancias promedio a Hospitales de referencia en cada área, ya que este dato resulta crítico como indicador de accesibilidad 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, como se observa especialmente en el área de San Pedro, con presencia de poblados rurales dispersos y una red de 11 CAPS rurales con baja capacidad resolutoria en casos críticos, estudios diagnósticos de mayor complejidad o necesidad de alguna especialidad médica.

3.3. Mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles

La red de atención ambulatoria 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, 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 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.¹

Con excepción, los entrevistados de las cuatro áreas programáticas refieren 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.

3.4 Producción asistencial, motivos de consulta más frecuentes y perfil epidemiológico de la población a cargo

Producción Asistencial:

La distribución del volumen de consultas en cada área programática se clasificó por consultas en Hospital (consultorios externos), consultas en Hospital (por guardia) y consultas en CAPS.

Se observó que el volumen de consultas ambulatorias se concentra fuertemente en los Hospitales (consultorios externos y guardias). En San Pedro el 64,7 % de las consultas registradas en el período fueron en el Hospital, en Palpalá el 71,3 %, en El Carmen el 78,8% y en Tilcara el 90%.²

A la vez, del volumen total de las consultas que se realizan en los Hospitales, las consultas por guardia superan a las producidas en consultorios externos en San Pedro, El Carmen y Palpalá (más del 64% por guardia en estos casos), en Tilcara las consultas por guardia representan al 43% del total registradas en el Hospital.

Las consultas en CAPS, en promedio de las cuatro áreas programáticas alcanzan un 22% del total.

Motivos de consulta más frecuentes:

Puede observarse que control del embarazo y control del niño sano son los motivos más frecuentes de atención en Hospitales y CAPS, considerando consultas efectivamente realizadas.

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, en promedio de las cuatro áreas, un 21 % del total de registros emitidos.

Perfil poblacional: características demográficas, sanitarias y socioambientales:

En las áreas analizadas hay un alto predominio de la población joven, con distribución equitativa de mujeres y varones. Sus pirámides poblacionales son de tipo progresivas, agudizándose a partir de los 35 años. El grupo etáreo de 5 a 20 años concentra la mayor cantidad de personas de ambos sexos en estas áreas, no obstante la relativa reducción de sus bases estaría indicando una disminución de la natalidad, al igual que la referencia nacional. El porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años es en las cuatro zonas superior a la media provincial (Jujuy: 17,5%, Ministerio de Salud, 2009) y al conjunto de la región noroeste (17,6 Ministerio de Salud). Tilcara y El Carmen presentan valores que indican alta prevalencia de embarazo y parto adolescente en relación a los partos totales, aproximadamente 30 y 33% respectivamente

Diagnósticos de denuncia obligatoria: 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. En particular por cada área programática, Palpalá y El Carmen presentan tendencias similares (respiratorias, diarreas como dos primeras causas) y en San Pedro y Tilcara se observa fuerte prevalencia de accidentes sin especificar (en San Pedro la suma de accidentes sin especificar y accidentes viales ubicarían a este diagnóstico como primera causa por su volumen en las denuncia obligatoria) También se presenta en San Pedro, en forma diferencial al resto, casos de envenenamiento por animal ponzoñoso y alacranismo (133 casos) en zonas rurales.

Indicadores socioeconómicos y saneamiento: De la información relevada, se desprende que las áreas San Pedro y Tilcara presentan las condiciones más desfavorables respecto a necesidades básicas

1 En las entrevistas y grupos focales realizados aparece ilustrada esta situación.

2 Se tomaron datos de período 2009 a junio 2010 en todos los casos.

insatisfechas (NBI): 45,5% y 33,4% respectivamente de sus poblaciones presentan indicadores de NBI, cabe considerar que la media provincial es 28,8% (Ministerio de Salud, 2009).

El porcentaje de población sin agua corriente en San Pedro, 13% de la población, también resulta significativo tomando comparaciones provinciales.

3.5 Necesidades de salud de género y recursos asistenciales del sistema público de salud

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 control del embarazo, se lleva a cabo 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, y determinando el 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.

Se encuentran poco instalados los programas que se focalicen en las necesidades de salud o patologías masculinas frecuentes como control de próstata. En varones 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.

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

3.6 Barreras de accesibilidad a la salud: geográficas, económicas, administrativas, sociales y simbólicas, desde la perspectiva de los equipos de salud y de la población de referencia

Entrevistas a Directores de Hospitales y Equipos de Salud, principales tendencias:

- 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)

- Las barreras geográficas y distancias ente población y servicios fueron referidas especialmente en el área de San Pedro, El Carmen y Tilcara. En el caso de San Pedro y El Carmen se encuentran asentamientos poblacionales rurales y dispersos con dificultades de accesibilidad geográfica al Hospital, ya sea por distancias como por falta de transporte público. Destacan que esto sumado a la falta de disponibilidad económica para trasladarse, genera importantes limitaciones para la población que necesita de atención. En el caso de Tilcara, la geografía particular (cerros) constituye una barrera de accesibilidad determinante. Estas barreras geográficas y distancias se agudizan cuando los pacientes necesitan ser derivados a servicios de mayor complejidad o que dispongan de alguna especialidad en particular (generalmente en San Salvador) ya sea por los tiempos como por los costos del viaje.
- Entre los obstaculizadores 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.
- Entre los principales determinantes de la salud de la población destacaron las dimensiones sociales, especialmente las condiciones de pobreza y habitacionales.
- Entre 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.
- 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.
- También coincidieron en destacar la baja aplicación (por no disponibilidad o por falta de hábito del personal) de las tecnologías de comunicación (mail, Internet).

Grupos Focales con integrantes de los Equipos de Salud, principales tendencias:

Los grupos focales se desarrollaron en cada una de las áreas programáticas incluidas en este estudio y de ellos participaron integrantes de los equipos de salud de los servicios que las integran (CAPS, Hospitales). Se realizaron tres grupos focales en San Pedro, tres en

El Carmen, tres en Palpalá y dos en Tilcara. En todos los casos de composición heterogénea.

Los grupos se coordinaron con una guía de preguntas, con el fin de orientar el intercambio y la discusión. La sistematización de los materiales discursivos surgidos en los grupos se organizó en tres dimensiones para su análisis e interpretación:

Una primera dimensión se corresponde con barreras de la accesibilidad identificadas por los participantes y que devienen del propio *sistema de salud*. Entre estas ubicaron: la obtención de turnos para la atención, el rol del agente sanitario y su relación con la comunidad, el trabajo en equipo, el rol del médico, la articulación/desarticulación entre niveles de atención, la presencia de mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Una segunda dimensión se corresponde con barreras de la accesibilidad identificadas por los participantes que se vinculan a la *población*, sus perfiles y características. Se mencionaron los **determinantes ambientales y los determinantes sociales**:

- Violencia (intrafamiliar especialmente), alcoholismo y adicciones las definieron como instaladas, cotidianas y estructurantes de los procesos de salud-enfermedad. Resultó 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.
- 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 El Carmen, en su mayoría contratados informalmente y con precarias condiciones de vida.

Una tercera dimensión se corresponde con los componentes discursivos relacionados a los *Programas* (Asignación Universal por Hijo³, Plan NACER, REMEDIAR), considerando que estos, crean las condiciones materiales para mejorar la accesibilidad, en la práctica constituyen un espacio de encuentro entre comunidad y equipos. Destacaron que en el caso de la Asignación Universal por Hijo en vigencia, 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.

Accesibilidad a la salud desde la perspectiva de la población de cada área programática.

Resultados de la encuesta en población:

Concurrencia para la atención: En las cuatro áreas programáticas analizadas, los encuestados manifiestan concurrir mayoritariamente al Hospital al momento de requerir atención. En El Carmen es donde esta tendencia prevalece, así también en Tilcara, en ambas áreas se

observa menos presencia de atención en CAPS y alta concentración en Hospital.

Motivos de consulta en Hospital: En San Pedro se registra que el 70% va al Hospital por “emergencias, urgencias, o consultas a especialistas” y sólo un 30% concurre por “controles, consultas, vacunas”. En Palpalá y El Carmen las concurrencias por “controles, consultas, vacunas” en el Hospital supera urgencias o emergencias. Tomando el volumen total de respuestas, por un lado prevalece una visión del Hospital como “emergentólogo” (58% del total de encuestados dice que concurre por emergencias o urgencias), por otro lado también es alto el volumen de respuestas que indican concurrir por “controles, consultas, vacunas” al Hospital (42%). También debe considerarse la alta concentración de consultas por guardia que registran los cuatro Hospitales analizados, y esto podría ser explicado por la dificultad de conseguir un turno y/o largos tiempos de espera en consultorios externos. 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.

Motivos de consulta en CAPS: En el caso de los CAPS, como es esperable los motivos de consulta aparecen más polarizados que en los Hospitales: el 89% de los encuestados que dicen concurrir a CAPS manifiestan hacerlo por “controles, consultas, vacunas”, solo en Tilcara se observa concurrencia por urgencias o emergencias, lo cual podría deberse a las mayores distancias o barreras geográficas naturales de la zona por la cual ante una emergencia se llega al CAPS.

Cobertura de salud: Tomando al volumen total de los encuestados que utilizan los servicios públicos⁴ de salud en las cuatro áreas, se observa que el 51% manifiesta tener Obra Social, y este porcentaje es equivalente al señalado en otros estudios existentes y estadísticas provinciales. Se estima que el 47 % de la población con cobertura social recurre tanto para la asistencia como para la prevención al Sistema Público. De este 47% la mitad se concentra en la Obra Social Provincial y el PAMI, seguida de Obras Sociales Nacionales como OSPRERA. Estos datos permiten observar que el sub sector público está absorbiendo la mitad de la demanda sanitaria.

Conocimiento del horario de atención del Hospital de Referencia: Los encuestados mayoritariamente manifiestan conocer los horarios de atención de los Hospitales.

Conocimiento del CAPS de Referencia Tomando el total de encuestados mayoritariamente expresan conocer cuál es su CAPS de referencia. Palpalá es el área con mayor conocimiento expresado (84%), San Pedro, El Carmen y Tilcara presentan cifras similares (62% promedio dice conocerlo y 37% promedio dice desconocerlo). Estas distribuciones podrían explicar también la fuerte tendencia a la consulta hospitalaria que se observa en diferentes fuentes consultadas

Conocimiento del horario de atención del CAPS de Referencia: En promedio, el 63 % los encuestados de Palpalá, El Carmen y San Pedro dicen saber sobre los horarios de los CAPS y un 36% dicen no serlos. Por el contrario, en Tilcara se observa que el 83% los desconoce.

3 Si bien no constituye un programa sanitario se la consideró por su componente de salud que implica la realización de controles periódicos a los niños cuyas familias reciben la asignación.

4 Se tomó como criterio de inclusión en la muestra el ser usuario de los servicios de salud pública.

Opinión sobre la disponibilidad de turnos en el Hospital de Referencia: Considerando las tendencias promedio, en Palpalá, San Pedro y Tilcara, los encuestados consideran la disponibilidad de turnos entre “regular” y “mala” en un 75% y en El Carmen el 70% como “buena”.

Opinión sobre la disponibilidad de turnos en los CAPS: San Pedro presenta una distribución relativamente similar entre respuestas “buena”, “regular” y “mala”; Palpalá registra mayoría de opiniones “buena”, Tilcara presenta una distribución igual entre respuestas “buena” y “mala”; y en El Carmen prevalece marcadamente la opinión “mala” en los CAPS. Lo que podría explicar la marcada concurrencia al Hospital registrada en los encuestados de esta área.

Opinión sobre la disponibilidad de médicos en el Hospital de Referencia: En promedio en las cuatro áreas el 54% de los encuestados manifestó que la disponibilidad de médicos en los Hospitales la considera “buena”, y un 46% manifestó considerarla entre “regular” y “mala”.

Opinión sobre la disponibilidad de médicos en los CAPS: En San Pedro es marcada la tendencia de la opinión “buena” respecto a disponibilidad de médicos en CAPS. En Tilcara se distribuyen por igual respuestas “buena” y “regular” y en Palpalá y El Carmen prevalece la respuesta “regular”, en ambos casos la suma de respuestas “regular” y “mala” alcanza el 70% de las respuestas.

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 de las cuatro áreas. No obstante se registran proporciones considerables de las otras opciones (“algunas veces” y “muchas veces”) en San Pedro, Palpalá y Tilcara. En El Carmen el 46% manifiesta que “algunas veces” volvió sin atención del Hospital, lo cual podría relacionarse con la mayor demanda de atención al Hospital que manifiestan los encuestados de esta área respecto a los de las otras.

Respuesta a la atención en CAPS: Frente a esta pregunta se observan comportamientos diferentes en las respuestas de los encuestados de cada área. En San Pedro es marcada la tendencia de respuestas “nunca”, Palpalá y El Carmen tienen una distribución similar de respuestas “nunca” y “algunas veces”. En Tilcara la totalidad de los encuestados (100%) respondió “nunca”. En el caso de San Pedro, esta respuesta viene a ratificar la tendencia observada de utilización de los CAPS del área, contrariamente en Palpalá y El Carmen esta preferencia de utilización se manifiesta preferentemente con el Hospital.

Opinión sobre distancias, modos de traslado a los servicios y dinero para el viaje: Respecto al CAPS de referencia la percepción de “alejado” prevalece en Palpalá y San Pedro: Cabe considerar que las respuestas “muy alejado” fueron un 31% en Tilcara y San Pedro, explicable por las características de ruralidad. En El Carmen prevalece la respuesta “cercano”. Respecto al modo de traslado la respuesta que prevalece es “caminando”, fundamentalmente en Tilcara. En San Pedro y Tilcara a esa opción les sigue “remise”. En Palpalá la segunda opción fue “colectivo”. En cuanto a la disponibilidad de dinero para viajar a ser atendido, en Palpalá, El Carmen y San Pedro arriba del 60% de los encuestados manifestó disponer de dinero para viajar. En

Tilcara en cambio los encuestados mayoritariamente indicaron que “a veces” disponen de dinero y en un porcentaje menor (8%) que “muchas veces” no disponen.

Percepción sobre tiempo de espera de atención en Hospitales: En el caso de tiempo de espera, entre que saca turno y se efectiviza la consulta, en las cuatro áreas la opción en la cual se concentran más respuestas es “tiempo largo” (aproximadamente 50%) y el resto de las opciones presentan distribución similar en todos los casos. San Pedro es quien presenta comparativamente mayor cantidad de respuestas concentradas en “larga espera” para ser atendido en el Hospital, 62%.

En términos mensurables de tiempo, en las cuatro áreas el promedio de espera es, según los encuestados, de dos horas reloj aproximadamente.

Percepción sobre tiempo de espera de atención en CAPS: Contrariamente a ítem anterior, hay variabilidad en las respuestas de cada área: En San Pedro prevalece la opción “poco” en el tiempo percibido para esperar y ser atendido en los CAPS; en El Carmen y Tilcara la distribución de respuestas es igual y los encuestados en un 50% manifiestan que el tiempo de espera es “largo”; en Palpalá las respuestas se concentran en “medio” respecto al tiempo para ser atendido en los CAPS.

Opinión sobre tiempo que dura la consulta médica: En esta pregunta las respuestas se distribuyen en forma relativamente similar en Palpalá y el Carmen, hallándose un 52% y 54% de respuestas de tiempo “corto e insuficiente” respecto a la duración de la consulta médica en los servicios públicos en los que se atienden, el resto lo considera “adecuado y suficiente”. En San Pedro prevalece la respuesta “adecuado y suficiente”(64%) y en Tilcara “corto e insuficiente” en un 63%.

Opinión sobre atención profesional recibida e interrelación con médicos y equipos de salud: En ambas situaciones se observó que las respuestas se distribuyeron de modo similar en las cuatro áreas, las respuestas “buena” y “muy” buena alcanzan promedio un 70%; por otra parte las opiniones de “regular” y “mala” promedian el 30%

Opinión sobre cumplimiento y comprensión de indicaciones médicas recibidas: También en estas preguntas se observa una distribución similar en volumen de respuestas en las cuatro áreas programáticas. Los encuestados manifestaron mayoritariamente poder dar cumplimiento a las indicaciones de médicos y demás profesionales de los servicios: más del 90%, y de modo equitativo en las cuatro áreas, manifestó que sí podía hacerlo.

Al momento de preguntar sobre la comprensión de las indicaciones y recomendaciones que dan médicos y profesionales de los equipos de salud el 70% respondió comprenderlas y el 30% señaló comprenderlas parcialmente o no comprenderlas.

4. Conclusiones

Del estudio realizado cuyo objetivo central fue la identificación de las principales barreras de accesibilidad al sistema público de salud, se han hallado los siguientes factores que serían expresiones objetivas y simbólicas de dichas barreras:

Las barreras administrativas-organizativas del sistema resultaron las más relevantes en general en las cuatro áreas analizadas:

- **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 llamarlo 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 sobregistro, subregistro, 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 registros 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 realización sistemática de este tipo de investigaciones 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 realización de este trabajo aportó una herramienta de análisis situacional que integra indicadores sanitarios, determinantes sociales de la salud y perspectivas de los actores que conforman al sistema: equipos de salud y comunidad.

Gráfico 1
Servicio de salud al que concurre habitualmente cuando necesita atención

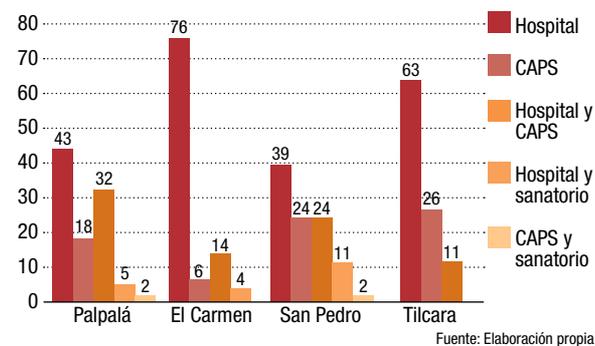


Gráfico 2
Conocimiento del horario de atención del hospital de referencia

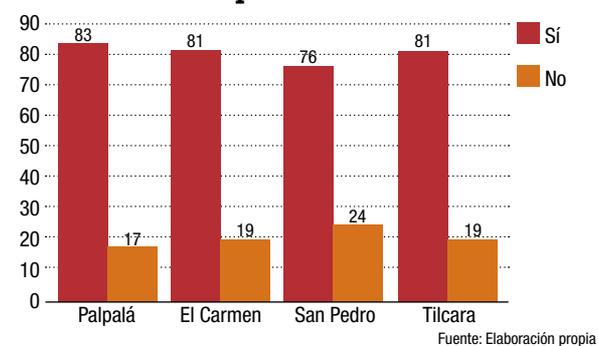


Gráfico 3
Conocimiento del horario de atención de CAPS

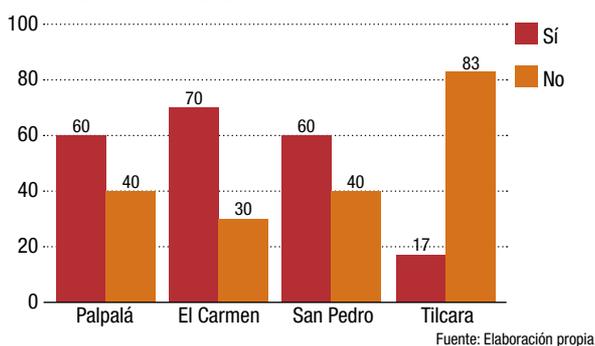


Gráfico 4
Opinión sobre disponibilidad de turnos en el hospital de referencia

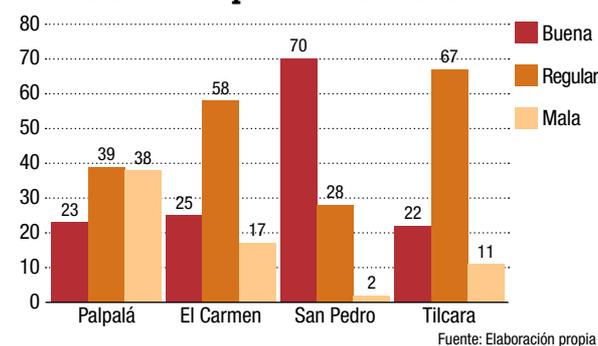


Gráfico 5
Opinión sobre disponibilidad de turnos en los CAPS de referencia

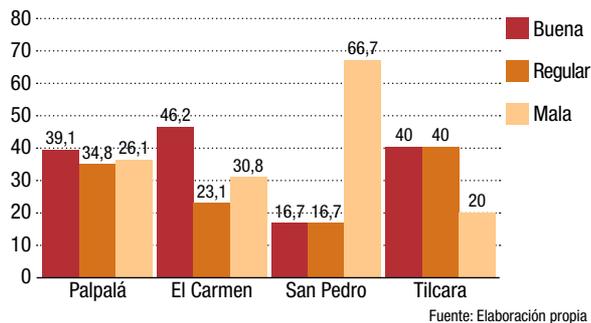


Gráfico 6
Percepción del tiempo de espera para ser atendido en hospital de referencia

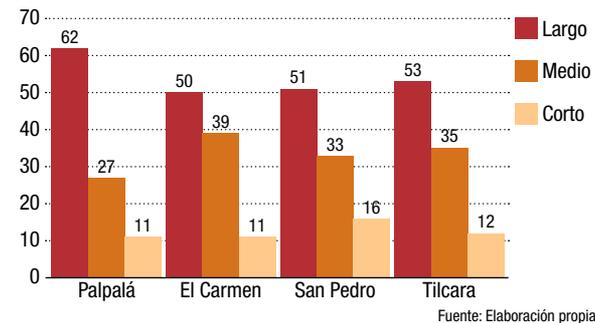


Gráfico 7
Percepción del tiempo de espera para ser atendido en CAPS

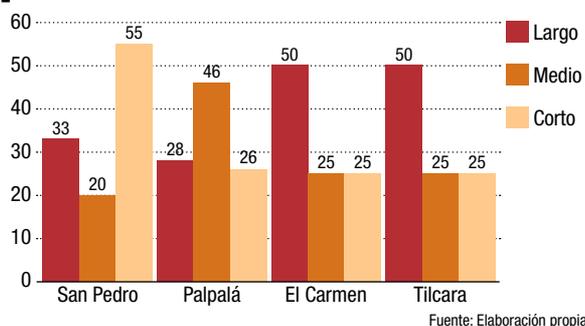


Gráfico 8
Opinión sobre el tiempo que dura la consulta médica

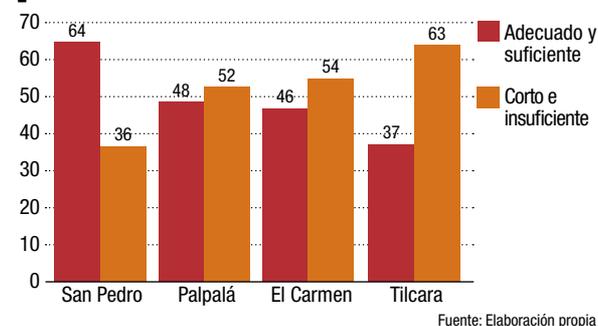


Gráfico 9
Opinión sobre la atención profesional y tratamientos recibidos en los servicios públicos de salud de referencia

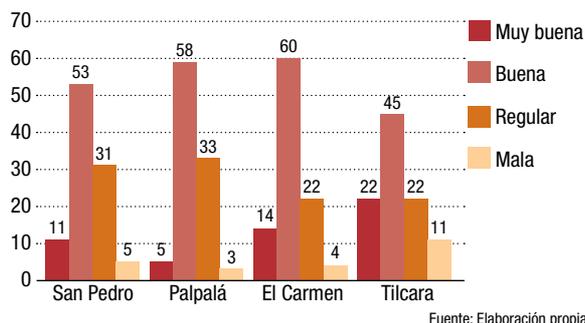
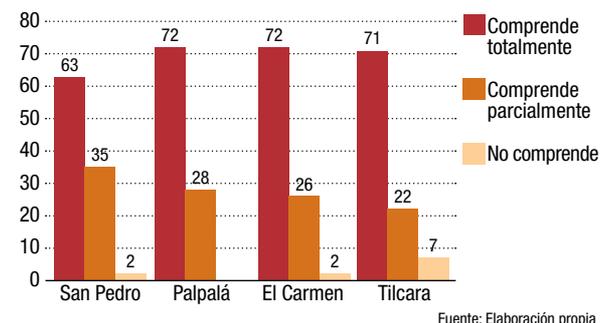


Gráfico 10
Percepción de la comprensión de indicaciones y recomendaciones recibidas por parte del médico



Bibliografía

- 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 Pública, vol.11 no.5- 6 Washington May/Junio 2002.
- Lerín Piñón, S. "Interculturalidad en Salud: Un reto para la Antropología Aplicada". Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, DF. Anuario 2004
- Pérez Mazza, B. "La equidad en los servicios de salud Revista Cubana Salud Pública" 2007; 33(3)
- 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, 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.
- 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.
- 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
- 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.
- Testa, M. "Pensar en Salud". Buenos Aires Lugar Editorial. 1997.