



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Freidin, Betina; Ballesteros, Matías; Wilner, Agustín
Navegando por los servicios de salud públicos: experiencias de
mujeres de sectores populares en la periferia de Buenos Aires
Saúde e Sociedade, vol. 28, núm. 4, 2019, Octubre-Diciembre, pp. 73-86
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170987>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263976007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)




Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Navegando por los servicios de salud públicos: experiencias de mujeres de sectores populares en la periferia de Buenos Aires


Navigating the public health services: the experiences of women who live in the periphery of Buenos Aires city

Betina Freidin^{a,b}

 <https://orcid.org/0000-0001-7458-2160>


E-mail: freidinbetina@gmail.com

Matías Ballesteros^{a,b}

 <https://orcid.org/0000-0003-1321-2777>

E-mail: matiballesteros@yahoo.com.ar

Agustín Wilner^{a,b}

 <https://orcid.org/0000-0003-0006-2124>

E-mail: aguswilner@gmail.com

^aUniversidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

^bConsejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Con base en datos cualitativos de seis grupos focalizados, realizados durante los años 2015 y 2016, con mujeres de 18 a 60 años residentes en un barrio de sectores populares del conurbano norte bonaerense, analizamos las lógicas de utilización y sus experiencias con los servicios de salud públicos. Nos centramos en las barreras que las participantes identifican para acceder a la infraestructura sanitaria pública del barrio (Centro de Salud y postas sanitarias) y en los establecimientos hospitalarios de la localidad, considerando las necesidades, expectativas y demandas de cuidado médico, no sólo curativo, sino también preventivo y de salud mental. Observamos las consecuencias de las barreras en el acceso a la atención, cómo reaccionan frente a ellas y los recursos que algunas mujeres y sus grupos familiares movilizan para sortearlas (contar con medios para desplazarse a otras localidades, el pago de bolsillo para consultas y tratamientos privados, contar con cobertura de obra social, etc.).

Palabras clave: Servicios de Salud; Sector Público; Barreras; Facilitadores; Clase Trabajadora.

Correspondência

Betina Freidin

Uriburu 950, 6 piso, oficina 24. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. CP 1114.

Abstract

Based on the qualitative data gathered from six focus groups conducted between 2015 and 2016 with women aged from 18 to 60, it is analyzed how they utilize public health services. Focusing on the barriers of access to local (the community health center and primary health posts) and to nearby hospitals, it is considered their health needs, expectations and demands to both preventive and curative care. Access to mental health care is also addressed. We observe how women and their families respond when facing these barriers and the resources they can mobilize to overcome them (spatial mobility, relative financial capacity, access to social security and private health coverage etc.). Also, the negative consequences of organizational barriers and deficiencies of the public services network on neighbors' health are shown.

Keywords: Health Services; Public Sector; Barriers; Facilitators; Working Class.

Introducción

El acceso universal a los servicios de salud ocupa un lugar central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para cubrir las necesidades de salud y mitigar las desigualdades sociales en el atención, garantizando su integralidad y calidad (Dmytraczzenko; Almeida, 2015). No obstante, el término “acceso” es ambiguo; mientras algunas conceptualizaciones se centran en las características de la población, otras lo hacen en las de la oferta de servicios sanitarios o combinan ambos aspectos (Andersen, 1995; Frenk, 1985). El término puede referir al potencial de utilización de los servicios de salud o al acto de recibir atención. Según Frenk (1985), la disponibilidad de atención médica no implica que ésta pueda ser utilizada. Existe una “resistencia” constituida por los obstáculos que se presentan en la búsqueda y obtención de la atención, distinguiéndose así la disponibilidad potencial de la efectiva. Mientras que la primera se refiere a la coexistencia de una población en tiempo y espacio con un sistema de salud capaz de brindar atención, la segunda representa la atención efectivamente provista (Andersen, 1995; Guagliardo, 2004).

Pechansky (1981 apud Ricketts; Goldsmith, 2005) agrupa las barreras frente a la búsqueda de atención en cinco dimensiones: **disponibilidad** (volumen de profesionales y efectores), **accesibilidad** (relación geográfica entre servicios y usuarios potenciales), **organización** (como horarios de atención y tiempos de espera), **costo** (requerimientos financieros en relación a la capacidad de pago de los usuarios) y **aceptabilidad** (actitudes de los usuarios hacia el sistema de salud, y viceversa). La “accesibilidad espacial” (Guagliardo, 2004) integra las dos primeras dimensiones en términos de distancia física y temporal. Por su parte, Jesus y Assis (2010) incluyen las dimensiones política y simbólica. La política implica la conciencia del derecho a la salud y el interés de la comunidad; la simbólica incorpora las concepciones de salud y enfermedad de la población, y cómo el sistema sanitario las considera.

El acceso a la atención de la salud constituye un proceso que implica iniciar la búsqueda y superar

posibles obstáculos, incorporando las experiencias previas, el papel de las redes e interacciones sociales, las representaciones sobre la salud y la enfermedad, y los circuitos de retroalimentación que se generan en la utilización de los servicios de salud (Ricketts; Goldsmith, 2005). En esta línea analítica, el concepto de **elegibilidad** desarrollado por Dixon-Woods et al. (2006) define el proceso de acceso como producto de la negociación entre el discurso del sistema sanitario y la interpretación de los usuarios, en torno a la definición de quiénes son objeto de atención e intervención médica. Negociación sujeta a influencias de índole local reproducidas a lo largo del tiempo en la interacción médico-paciente que configuran criterios de valoración respecto de la atención; y de tipo contextual y macrosocial, según la distribución de recursos sanitarios y la organización de los servicios de salud y su “permeabilidad” ante las demandas de los usuarios.

En Argentina, el sistema sanitario está segmentado, fragmentado y es muy heterogéneo territorialmente (Centrángolo, 2014; Chiara, 2016). Por ello, las desigualdades en el acceso a los servicios y la calidad de la atención dependen de factores territoriales-locales de la oferta, de la capacidad de los usuarios de movilizar distintos recursos y del tipo de cobertura que poseen, que varía en función de la inserción en el mercado de trabajo y la capacidad financiera (Ballesteros, 2016a).

En este artículo, analizamos las experiencias con los servicios de salud de mujeres que viven en un barrio de clase popular del conurbano bonaerense. Por un lado, nos centramos en las barreras que identifican para acceder a la infraestructura sanitaria pública del barrio –el Centro de Atención Primaria de Salud (Caps) y Postas Sanitarias (PS)- y a los hospitales del partido, considerando sus necesidades, expectativas y demandas de cuidado médico. Por otro lado, observamos las consecuencias de las barreras en el acceso, cómo actúan frente a ellas y los recursos que movilizan para sortearlas. Indagamos asimismo cómo deciden el establecimiento de salud a dónde acudir, y señalamos aspectos positivos sobre las experiencias de acceso y atención.

Metodología

Realizamos seis grupos focalizados con un total de 39 mujeres residentes en un barrio de clase popular del norte del conurbano bonaerense. El trabajo de campo se realizó durante los años 2015 y 2016. El barrio tiene una importante historia de organización comunitaria en torno a diversas problemáticas locales y demandas de salud para mejorar la calidad de vida de los vecinos. A partir de la red barrial que nuclea a las organizaciones territoriales, se crearon postas sanitarias y comedores comunitarios ubicados en las zonas de mayor vulnerabilidad sociosanitaria. También se han desarrollado diversas actividades de salud comunitaria “extramurales” para niños, adolescentes y adultos coordinadas por el Caps que tiene al barrio en su área programática.

Para realizar los grupos focalizados, los miembros del equipo de salud del Caps nos conectaron con referentes barriales y organizaciones locales. Con ellos decidimos la logística de convocar a vecinas del barrio para participar en las entrevistas grupales. Los seis grupos focalizados que realizamos estuvieron compuestos por entre 5 y 10 participantes. Los encuentros se llevaron a cabo en las instalaciones de un bachillerato popular perteneciente a un centro cultural de jóvenes, un taller de oficios, un centro de estimulación temprana, un comedor comunitario y dos postas sanitarias. Las mujeres que participaron de los grupos focalizados tienen entre 18 y 60 años, siendo 34 años la edad promedio. Casi tres cuartos de ellas son madres con un promedio de tres hijos. Dos tercios de ellas trabajaban fuera del hogar, cuando realizamos el trabajo de campo; de las que no trabajaban (13), la mayoría eran amas de casa (8), pero también algunas eran estudiantes (3), pensionadas (1) o buscaban trabajo (1). Un cuarto de las participantes alcanzaron hasta el nivel educativo primario completo, un poco más de la mitad (54%) contaba con estudios secundarios incompletos, mientras que un 10% había finalizado sus estudios secundarios y otro 10% tenían estudios terciarios o universitarios incompletos. Respecto de la cobertura de salud, un tercio contaba con cobertura de obra social, mutual o medicina prepaga, el resto sólo tenía acceso a los servicios públicos de salud.

La guía de pautas que utilizamos para conducir los grupos fue semiestructurada con temáticas y fraseo tentativo de preguntas que revisamos varias veces antes de iniciar el trabajo de campo, y que fuimos ajustando a medida que realizábamos los grupos. La moderación de los grupos estuvo a cargo de la directora del estudio con la asistencia de los integrantes del equipo de investigación. Al inicio de cada encuentro, leímos y les entregamos una nota de consentimiento informado indicando los objetivos del estudio y su sede institucional, garantizando el anonimato y la confidencialidad de las informaciones. Previo a iniciar las conversaciones grupales aplicamos un pequeño cuestionario a cada participante para contar con información sobre aspectos sociodemográficos, problemas de salud, cobertura médica y tipo de servicios de salud que utilizaban.

Los encuentros tuvieron aproximadamente dos horas de duración. Las conversaciones fueron grabadas digitalmente y transcritas *verbatim*. Realizamos un análisis temático de los contenidos referidos al acceso a los servicios de salud, en el marco de un proyecto más amplio sobre el cuidado de la salud de mujeres de clase popular (Proyectos UBACYT 20020170100024BA y PICT 2017-1391). Utilizamos el programa ATLAS.Ti para la codificación de los datos y escritura de memos. Mediante la síntesis temática y matrices cualitativas identificamos emergentes propios de cada grupo, así como aspectos comunes. Si bien reconstruimos aquí las visiones y experiencias de las mujeres, los relatos también refieren al cuidado de sus hijos y parejas, y en ocasiones reflejan experiencias de vecinos y allegados.

La importancia otorgada al cuidado médico

Cuando les preguntamos al inicio de los encuentros qué consideraban importante para cuidar la salud, todos los grupos mencionaron espontáneamente la atención médica. Las participantes refirieron a chequeos preventivos anuales, incluyendo los ginecológicos, consultas para el monitoreo de condiciones crónicas (diabetes, asma, gastritis) y por factores de riesgo como colesterol elevado, hipotiroidismo, obesidad e

hipertensión. Vacunar a los hijos y hacer controles odontológicos anuales también fueron prácticas mencionadas. Asimismo refirieron a buenos hábitos de vida, como mantener una alimentación saludable, evitar consumir tabaco y alcohol en exceso, hacer ejercicio y cuidar la higiene personal y hogareña. También consideraron condiciones estructurales para desarrollar prácticas protectoras de la salud, como acceder a una vivienda digna y a la educación formal y sanitaria, y tener trabajo. La “higiene del barrio” fue un tema recurrente, en referencia a la responsabilidad de los vecinos por los residuos tirados en veredas, calles y zanjones, y quemas de basura que generan riesgos de contraer enfermedades infecciosas y respiratorias. En algunos grupos se apuntó a la responsabilidad de las autoridades locales por zonas donde no llega el servicio de recolección de basura, y por tareas inconclusas de entubamiento del zanjón principal que atraviesa al barrio donde se acumula basura y los niños que juegan en sus alrededores corren el riesgo de sufrir accidentes.

Como los testimonios lo reflejan, el cuidado de la salud es multidimensional e involucra varias esferas de responsabilidad. En lo que resta del artículo nos centraremos en las experiencias de las mujeres y sus familias con los servicios de salud. Los modelos teóricos sobre acceso consideran las creencias de los sujetos como un factor que predispone positiva o negativamente su utilización. Un estudio de metaanálisis concluyó que la ausencia de una concepción positiva de la salud en los grupos sociales con mayores privaciones materiales y la tendencia a demandar atención ante situaciones de crisis contribuyen a un menor uso de los servicios con fines preventivos, junto con las barreras que encuentran para el acceso (Dixon-Woods et al., 2006). Los testimonios de las mujeres, sin embargo, muestran en general una actitud proactiva hacia el cuidado preventivo, y la conciencia del derecho a la atención médica temprana y de calidad cuando “se está sano”.

Aspectos contextuales del estudio pueden haber incidido en la importancia otorgada al cuidado médico preventivo, pudiendo haber generado un sesgo en la convocatoria a vecinas del barrio más sensibilizadas y que interactúan habitualmente con agentes de salud

del barrio. Haberlas contactado por intermediación del Centro de Salud y de organizaciones barriales donde se desarrollan tareas de promoción de la salud puede haber generado un efecto selectivo. Se suma una dimensión más general de deseabilidad social en ser proactivas que condicionaría la autopresentación de las participantes, la mayoría mujeres-madres, en grupos focalizados con sectores populares conducidos por investigadores de clase media (Jarrett, 1993; Madriz, 1998). Sin embargo, algunas mujeres comentaron que comenzaron a prestar más atención al cuidado médico preventivo personal a partir de episodios graves de salud. Pilar en el Grupo 6 reflexionó sobre su actitud “descuidada” y la importancia de la detección precoz ante la aparición de un “huevo” en el cuello que resultó ser cáncer de tiroides avanzado cuando recibió el diagnóstico dos años después. También destacó la responsabilidad de los médicos de monitorear síntomas, indicar estudios y realizar las derivaciones a especialistas. Unas pocas comentaron que postergaban hacerse chequeos “hasta que les pase algo”, y otras, pese a reconocer la importancia de la detección precoz, discontinuaron los chequeos ginecológicos anuales después de los embarazos por falta de voluntad para hacerlos. En este sentido, los encuentros grupales, a pesar de los potenciales sesgos, dieron lugar a comentarios sobre prácticas de desatención que contradicen las expectativas normativas respecto del cuidado médico.

Acceso al primer nivel de atención: facilitadores, barreras y derecho a la salud preventiva

El Caps es el efector público local que es destinado a cubrir las necesidades de atención primaria de los vecinos del barrio, y funciona junto a varias PS que priorizan la atención materno-infantil en las zonas más vulnerables. Mientras el Caps opera todos los días de 8 a 20 horas, las PS sólo lo hace dos días por semana por la mañana. Como la mayoría de las mujeres tienen acceso sólo al subsector público, el Caps ocupa un rol central para atender las necesidades de atención primaria de su salud y la de su grupo familiar, como vacunar a sus hijos

y hacer consultas pediátricas y odontológicas, realizar chequeos anuales clínicos y ginecológicos, y para monitorear condiciones de salud crónicas. El acceso a las consultas y exámenes programados se realiza mediante turnos asignados telefónicamente. El Caps cuenta además con un servicio de demanda espontánea para niños y adultos, y realiza ecografías y el examen de Papanicolau (PAP) dos días a la semana sin turno previo. Incluso las mujeres que contaban con cobertura de obra social (trece), lo utilizaban en determinadas situaciones debido a la cercanía a su vivienda y a la menor cantidad de trámites para autorizar estudios, evitando asimismo copagos y tiempos de traslado.

La evaluación de la atención en el Caps fue positiva, especialmente por parte de las mujeres que padecían de condiciones de salud crónicas. En el Grupo 4, Ernestina, de 46 años, comentó que además de hacerse todos los chequeos de rutina allí *le han salvado la vida* cuando acudió por crisis asmáticas muy severas. Similar valoración expresó Laura de 35 años, que padecía de varias condiciones de salud que requerían de un constante monitoreo médico (obesidad, asma severo, diabetes), y a las que en el último año se agregaron problemas digestivos. *Vivo más en la salita que en mi casa*, concluyó y remarcó que su médica generalista la había sacado adelante con el tratamiento del asma. Otras participantes sin problemas de salud crónicos también concluyeron que *atienden bastante bien, no me puedo quejar* (Margarita, Grupo 5), y que incluso *no hay excusas* para hacerse los controles ginecológicos de rutina al haber días para realizarlos sin turno previo. Algunas también consideraron muy positivo la posibilidad de tener un médico generalista para toda la familia. Por ejemplo, en el Grupo 3, Gabriela realizaba sus chequeos anuales ginecológicos y clínicos en el Caps y en la PS ubicada frente a su casa. También se atendía allí su marido por un trastorno metabólico (colesterol y triglicéridos altos), su hijo más chico de 5 años recibía seguimiento por el sobrepeso producido por los corticoides para tratar su asma, y el más grande de 7 años, por un trastorno renal que le generaba retención de líquidos.

Si bien las mujeres consideraron al Caps como un importante recurso barrial para cuidar la salud, mencionaron dificultades para el acceso a turnos

programados y a la demanda espontánea, así como complicaciones para realizar algunos estudios.

La asignación telefónica de turnos programados está centralizada por el Municipio, y la espera para efectivizarlos es generalmente muy larga, llegando a varios meses. En todos los grupos se planteó que el tiempo de espera era una barrera que se agudizaba para odontología y psicología, pero también era habitual con los médicos generalistas. En el Grupo 5 surgió una discusión acerca de las prioridades de atención en el Caps y sobre cuándo se puede esperar y cuándo no desde la perspectiva de los usuarios. Cuando una de las participantes planteó que conseguir un turno para consultas preventivas llevaba meses, *para que me den la orden y qué sé yo, no me atienden en el día. Tengo que llamar por teléfono, ¿no es cierto?, y te dan después, no sé, a un mes, a dos meses, tres meses*, otra le respondió que la demora es importante cuando estás enferma pero no cuando *estás sana*, y otra participante concluyó que el problema es más general, ya que nadie quiere esperar. El diálogo puso en contrapunto la racionalidad organizativa de los servicios y la de los usuarios. Para los servicios, el tiempo de espera impuesto para acceder a un turno funcionaría como un mecanismo para racionar recursos sanitarios según criterios de urgencia (Laudicella; Siciliani; Cookson, 2012). Mientras algunas participantes acordaban con este criterio, otras priorizaban las necesidades del paciente que demanda cuidado preventivo con menor demora para que sea eficaz.

Algunas participantes comentaron que debido a la gran demora podían llegar a olvidarse del turno para realizar estudios de chequeo. Se suma a esta circunstancia que parte de los estudios de control se hacen en el Caps, mientras otros que requieren de tecnología más compleja se envían al hospital general zonal. Cuando los resultados de estos estudios tardan en llegar, o bien nunca arriban, generan un tiempo perdido para los pacientes:

El anteaño me hice, fui, me hice el análisis, porque hacían esos análisis en el Caps. Nunca llegaron los análisis, estuvo como un año, no llegaban nunca los análisis ahí. Y después ya llegó el otro año de nuevo que me lo volví a hacer, y ya ni sé, porque ya

no pregunté más, creo que no llegaron nunca los análisis. Porque venían del hospital [X] te sacaban sangre acá [en el Caps] y después te los traían, te mandan los resultados. (Cecilia, Grupo 1)

La demora con los estudios también se genera cuando tienen que ir al hospital zonal a sacar el turno para realizarlo allí, que como veremos en la próxima sección, requiere de más tiempo y esfuerzo de los pacientes. Los testimonios evidencian que el trabajo en red de los efectores del subsector público muestra importantes falencias. Si bien la conformación de redes de servicios busca superar la fragmentación en la atención y generar eficacia y equidad para los usuarios, así como eficiencia para el funcionamiento del sistema sanitario en los distintos niveles de atención, esta meta es difícil de alcanzar producto de fallas en la coordinación asistencial (Chiara, 2016). Nuestro estudio muestra cómo las falencias del trabajo en red de los efectores redundan negativamente en la continuidad de la atención médica. Fallas que implican un esfuerzo adicional de las mujeres para poder efectivizar la atención, que en ocasiones no puede satisfacerse pese a una búsqueda activa. Siguiendo a Dixon-Woods et al. (2006), el trabajo requerido a los usuarios para satisfacer sus necesidades de cuidado es un factor que facilita o limita el acceso a la atención; el desfase entre las prioridades y capacidades de los sujetos y la organización de los servicios de salud conspira para crear vulnerabilidades para los grupos con mayor desventaja estructural.

El acceso a la atención odontológica en el Caps también demanda mucha espera, aun cuando se trate de niños, como comentó Mara en el Grupo 4, *Ponele, mi nena tiene un tratamiento odontológico, y un turno para el odontólogo lleva meses*. La situación es crítica en salud mental debido a que el establecimiento cuenta sólo con dos psicólogos y la demanda es muy alta. En algunos grupos plantearon que los profesionales priorizan los casos más extremos vinculados con las problemáticas sociales del barrio, como intentos de suicidio, abuso infantil, violencia de género y adicciones. Es en este contexto local de sufrimiento social que las participantes relativizan sus propias necesidades de atención en un servicio público. El tratamiento se convierte en “un lujo” debido a las dificultades para pagarlo

de forma privada y por la escasa disponibilidad de profesionales en el sector público:

[El] lugar donde vivimos tiene que ver con eso. La realidad es que yo no voy a... es un lujo ir a pagar un terapeuta. Ahora, no me puedo dar el lujo de ir a sacarle el turno a personas que van al psicólogo del Centro de salud, que están en cien veces peores condiciones que yo, que sufren violencia de género, que sus hijos han sido abusados, esa es la realidad en la que nosotros vivimos. Entonces no tengo ni derecho a ir a sacarle el turno a esa gente. (Mara)

No, no, yo todavía no busqué. Sí, no, pero cuando he probado en el Centro de salud no lo conseguí. Pero he mandado gente que tenía... sensible... especialmente casos extremos de problemas de adicciones o de suicidio y... Hay chicos que necesitan más que uno, a veces uno dice así también. (Ernestina, Grupo 4)

Las mujeres con cobertura de obra social también tenían mucha demora para acceder a un psicólogo de cartilla (hacía un año que Mara estaba esperando). Algunas organizaciones territoriales colaboraban para dar una mayor contención y mejor respuesta a las necesidades más urgentes de salud mental. Por ejemplo, en un centro de estimulación temprana prestaban sus instalaciones para la asistencia psicológica a niños una vez por semana, porque el Caps no tenía disponibilidad de espacio ese día para el consultorio psicológico. Otras organizaciones brindaban asistencia psicológica tiempo atrás pero la discontinuaron por falta de recursos, no obstante intervenían para gestionar consultas en el Caps, como lo explicó una de las responsables de un comedor comunitario donde funciona una PS, *por lo general la gente viene primero acá, los que ya conocen, y de acá nosotros derivamos adonde haga falta. Y hay casos que sí, que en realidad necesitan urgente de psicólogo y bueno, ahí pinchamos, pinchamos, para que tengan ese espacio.*

En las PS los tiempos de espera para la consulta médica son más cortos (dentro del mes en que se solicita), pero la asignación de turnos también es problemática, ya que son sólo programados y se entregan un día del mes muy temprano a la mañana. Una vez que se agotan hay que volver el próximo mes

a solicitarlo. Los niños que son pacientes tienen el turno de seguimiento asegurado porque el médico se los entrega en la consulta. La dificultad se presenta para adultos y niños que solicitan atención por primera vez. Cabe mencionar que algunas mujeres tenían muy poca información sobre la existencia y funcionamiento de las PS.

La discusión sobre los tiempos de espera para turnos en el Caps y en las PS se profundizó en el Grupo 6, cuando Pilar habló *in extenso* del derecho al cuidado preventivo y seguimiento del “niño sano”:

Porque a veces te da bronca que vos decís por qué tiene que estar mi hijo enfermo para que te lo atiendan, [...] si está sano tenés que esperar cuatro o cinco meses que te atienda un pediatra para que te lo revise y le haga un control, para ver cómo está el peso, lo que sea. Es injusto eso también. Eso traba mucho lo que es que lo vean, lo revisen, y vos prevengas algo que le pueda pasar. Estás esperando que le pase para llevarlo de urgencia y que te lo atiendan más rápido, es injusto. Para las mismas... nosotros, personas [adultas], también [...] No es que vos decís... querés llevar a tu nene al control y vas tranqui, pero no, esperá tres, cuatro meses, y como que es injusto para el nene sano.

El extracto muestra cómo las barreras organizativas y de disponibilidad de profesionales conducen a la consulta tardía -cuando hay síntomas- por medio de la guardia hospitalaria o la demanda espontánea. El reclamo por la equidad en el acceso a la salud preventiva se extendió a lo que algunas participantes del Grupo consideran es una atención médica rápida que se limita a los síntomas más evidentes, especialmente en la consulta pediátrica en la guardia hospitalaria. La demanda que se articuló es la de acceso a la atención integral en la que el médico pueda anticipar problemas de salud más graves y prevenirlos mediante una revisión clínica exhaustiva y la solicitud de estudios. Realista o no desde la racionalidad que guía la acción del especialista, la expectativa se basa en la experiencia de las mujeres cuyos hijos tuvieron otitis a repetición, o incluso neumonías tras cuadros respiratorios iniciales leves. Nuevamente ponemos en primer plano la

demanda de las mujeres para acceder al cuidado médico preventivo de calidad entendido éste como un derecho a la salud integral. La percepción de vulneración de este derecho genera sentimientos de indignación y también posturas activas en la interacción con los médicos, en lugar de la pasividad con la que suele caracterizarse a las mujeres de sectores populares en la consulta médica, como puede observarse en el siguiente diálogo:

Les tenés que pedir que miren todo. [...] Que te mande a hacer una placa, para que una se quede más tranquila. (Victoria)

La mayoría te lo escuchan... “no, no tiene nada, está incubando”. (Martina)

No, no miran nada, les querés pegar. (Sin identificación)

[Hablan todas juntas]

[...] Que la mirás [a la doctora] y decís ay, qué ganas de pegarle, porque parece que te está cargando. (Florencia)

No, igual siempre le digo: ¿pero no le vas a mirar la garganta o los oídos?, no sé, algo tiene, porque por algo levantan fiebre, porque los míos levantan y levantan y levantan. (Martina)

No, “mamita, pueden tener tres días, cuatro días fiebre, andá tranquila a tu casa”. (Florencia)

Sí. No, “mamá, dale ibuprofeno, están incubando”.

Después lo llevás y tiene neumonía [...]. (Martina)

Es como que no tienen ganas de mandarte la placa para que vos se la hagas. A eso es lo que voy. Porque, o sea, ella fue, lo llevé, vino y después lo volvió a llevar peor. ¿Pero por qué? Primero ella fue ya, no es que no fue. (Pilar, Grupo 6)

Las mujeres también refirieron a las dificultades de los adultos para acceder a la demanda espontánea en el Caps que suele requerir mucha espera y a veces no puede efectivizarse, ya que el acceso depende de la cantidad de pacientes que concurren y de los médicos disponibles, pues se prioriza la atención pediátrica y la estacionalidad epidemiológica.

Ahora bien, ¿qué hacen las mujeres frente a las barreras para acceder a la atención en el Caps y las PS? La capacidad de acción está restringida por la disponibilidad de tiempo, la cobertura con la que cuentan, los recursos financieros del grupo familiar y

la capacidad para trasladarse a otro efector. Mientras algunas se “aguantan” la espera y los síntomas porque no tienen otra opción a su alcance, otras recurren a guardias hospitalarias del Municipio, y unas pocas buscan atención privada dentro de la oferta cercana. Por ejemplo, en el Grupo 3, cuando una de las participantes se sintió muy mal por un problema en la vesícula acudió directamente a una clínica privada cercana para que allí la diagnosticaran y la trataran en el día. Las mujeres que contaban con obra social a veces optaban por ir a la guardia de un centro de salud de la cartilla, aunque el tiempo de traslado era mayor que al Caps. Si bien también allí tenían que esperar, la atención estaba asegurada y les hacían todos los estudios en el mismo lugar, mientras que de necesitar estudios complementarios los médicos del Caps las enviarían al hospital zonal, lo que implicaría *todo un trámite* (Gisela, Grupo 5). Mientras que la atención por obra social y medicina prepaga fue evaluada positivamente en guardia y para chequeos anuales, se objetaron los tiempos de espera para turnos en especialidades como neumonología, odontología y psicología. Teresa (Grupo 5) concluyó que, para los turnos programados, *la obra social es como municipal*, y agregó que las familias que pueden combinar subsectores para hacerse los estudios más rápido enfrentaban trabas organizativas, porque las órdenes emitidas por médicos del Caps no eran válidas para hacerlos con prestadores de su obra social, y a la inversa. Incluso a veces el establecimiento público era la opción elegida para realizar consultas y estudios porque requería de menos trámites e insumía menos tiempo que trasladarse a otros Municipios o la ciudad de Buenos Aires (Caba) para autorizaciones.

Las mujeres que participaban de los Talleres de Salud brindados en un bachiller popular contaban con un mecanismo informal que les permitía acceder más fácilmente a turnos en el Caps, sea porque los médicos residentes a cargo les “llevaban” el turno al Taller o se los enviaban por mensaje de celular, o porque ante cuadros que revestían urgencia se presentan sin turno y eran atendidas. Si bien para los médicos era un recurso escaso de asignar, operaba como un mecanismo de empoderamiento frente a las barreras para la atención en el Caps. Victoria (Grupo 6) lo expresó elocuentemente, *ahora nosotros nos hacemos atender porque conocemos a los*

doctores, les mandamos un mensajito. Por ejemplo, Martina, en el mismo grupo, estaba esperando un turno con una pediatra para que la derivara a la fonoaudióloga porque su hijo tiene problemas de habla, para evitar de este modo tener que ir a la posta a las cinco de la mañana para tratar de obtenerlo.

Las experiencias en los establecimientos hospitalarios

El Caps trabaja en red con el hospital general de referencia de dependencia provincial y el hospital materno-infantil de dependencia municipal. El municipio cuenta además con hospitales de reciente apertura especializados en oftalmología y odontología, y el “viejo hospital” brinda sólo servicio de guardia. Las mayores dificultades y quejas expresadas refirieron al hospital general de dependencia provincial en relación a la obtención de turnos con especialistas y para estudios, pero también a la atención en guardia y para intervenciones quirúrgicas. Respecto de los hospitales especializados, se mencionaron menos experiencias de utilización, con excepción del materno-infantil al que en términos generales evaluaron positivamente.

Poner el cuerpo para conseguir un turno

Las mujeres concurrían al hospital general zonal para consultar a especialistas o realizarse estudios no disponibles en el Caps, ante urgencias o cuadros agudos para atenderse por guardia, y para intervenciones quirúrgicas. Las experiencias negativas en este establecimiento fueron recurrentes, vinculadas con dificultades para conseguir turnos y los tiempos de espera que implican, y la falta de instrumental y recursos profesionales en consultorios externos y la guardia. *Tiene muy mala reputación, odio ese hospital, yo quisiera no tener que ir nunca*, expresaron las mujeres para sintetizar sus experiencias, y explicar por qué en ocasiones buscaban otros lugares de atención aunque implicaran mayores traslados y/o costos.

La modalidad de otorgamiento de turnos en el hospital general es presencial. Se entregan una cantidad fija por día a la mañana, por lo que los pacientes deben pasar la noche allí haciendo la fila o arribar a la madrugada; *cuesta horrores*

conseguir los turnos para hacerte... tenés que amanecer ahí directamente, dormirte ahí, comentó Valeria en el Grupo 3, y Gabriela ejemplificó la situación contando que aun habiendo ido a las 3 de la mañana no había conseguido un turno en traumatología para su hijo. Como no se les entrega un número a medida que arriban, quienes están en la fila tienen que controlarse entre ellos para establecer el orden de llegada, lo que puede generar peleas y situaciones de violencia. A la incertidumbre del cupo se suma que el horario en que empiezan a dar los turnos es incierto, ya que según las participantes existe discrecionalidad por parte del personal administrativo para habilitar la asignación, *hasta el otro día que abren la ventanilla a las nueve, ocho, ocho y media, cuando se les canta, recién abren*, se quejó Florencia en el Grupo 6 contrastando la falta de organización del hospital con la de otro establecimiento público ubicado en un partido cercano en el que ella y su hija habían optado por atenderse en el servicio de neumonología (ambas tienen asma). En dicho hospital entregan un número a los pacientes a medida que llegan, lo que también implica ir a la madrugada, pero evita posibles conflictos en la fila. Las dificultades se extienden a la realización de estudios. Los pacientes también deben ir a la madrugada con la orden médica para solicitarlo y luego volver a realizarse el estudio en la fecha asignada. En esta instancia nuevamente tienen que esperar horas para que los atiendan. Carolina (Grupo 1) comentó que la sumatoria de esperas llevaba a que las órdenes médicas para estudios de control *mueran* en su cartera, experiencia compartida por otras participantes:

Yo tengo un problema [hipotiroidismo e hipertensión], que yo sí hago los controles preventivos, les pido [a los médicos del Caps] para hacerme un chequeo, y después mueren mis órdenes ahí en mi cartera. [...] O sea no es que no voy, acá lo que pasa es que te dan los turnos tan largos, o sea, yo cada tanto una vez al año me suelo pedir para hacerme un chequeo. Hay análisis que no hacen en el centro de salud, entonces tenés que ir al hospital, y ahí fuiste. No, no, tenés que ir a sacarlo ahí, y después tenés que volver a ir cuando tenés el turno,

y esa es una de las cosas [por las que] que quedan mis órdenes ahí. Y cuando vas a sacar el turno para los análisis te lo dan de acá a, no sé, dos meses. Y el día del coso me olvidé, ya no fui. (Carolina)

¿Y qué hacés, volvéis o no lo hacés? (Moderadora)

No, yo no lo hago. (Carolina)

Sí, yo también. [...] Es ir a la mañana, a la madrugada a sacar un turno, después te olvidás, como dice Carolina, lo que sacaste te olvidás, y ya después decís otra vez a la madrugada ir, y tampoco vas, y entonces así se te va pasando. (Alicia, Grupo 1)

Si logran finalmente hacerse el estudio, les resta aún sacar turno con el médico que les indicó realizarse el examen (en el Caps u hospital). Como los plazos para el otorgamiento de turnos suelen ser largos, a veces los estudios se vencen y es necesario realizarlos nuevamente. En el Grupo 2, Carla contó que los estudios de sangre se le vencieron por la espera para poder llevárselos al cardiólogo: *te ganan por cansancio*, sintetizó. Laura intervino contando que tenía que realizarse una operación por cálculos biliares, ya que hacía diez meses que una médica del Caps se lo había diagnosticado, y desde entonces aún no había conseguido ver al cirujano por la limitada cantidad de turnos diarios que entregaban en el hospital, y aun cuando el turno estaba siendo gestionado desde el Caps. Los relatos muestran el padecimiento de la espera y la discontinuidad de la atención, pudiendo empeorar el estado de salud, generar ansiedad y sufrimiento adicional, e incluso disuadir a los pacientes de buscar atención en el futuro (Lindelov et al., 2015). También hacen evidente la ineficiencia del sistema sanitario que desperdicia recursos. La repetición de estudios y de consultas por las demoras y la falta de articulación entre los efectores implica que se destinen más recursos de los necesarios para cubrir las necesidades de atención de los usuarios. Peor aún ocurre cuando pese a la larga espera las necesidades de salud no se resuelven, como en el caso de Laura. Se agregan a estas barreras, “eventualidades” que impiden el acceso a turnos ya asignados: que no funcione el mamógrafo el día del estudio, falte el especialista o que haya paro y no se brinde atención.

Las intervenciones quirúrgicas

La falta de turnos para cirugías también fue motivo recurrente de queja. Pilar (Grupo 6) debió trasladarse a la otra punta del conurbano bonaerense para operarse de una hernia inguinal por su obra social. A pesar del intenso malestar que le impedía trabajar e incluso caminar, la participante consideraba que no la hubieran operado en el hospital general zonal, *si tenía que esperar acá en [el hospital X] me cago muriendo, o sea, no es que me iban a atender a mí porque mi caso [era más urgente]*. Incluso teniendo los estudios prequirúrgicos en mano, la postergación de una cirugía por falta de disponibilidad de recursos profesionales y edilicios pone en riesgo de salud del paciente, y nuevamente evidencia la ineficiencia sanitaria: *Tener los tenés [los estudios], pero después no hay quirófano, no hay cirujano, ese es el problema, ¿y quién te opera?* (Carla, Grupo 2). Teresa (Grupo 5) también contó que por la demora de tres meses y las trabas burocráticas para una operación en ese hospital, su madre se terminó operando de un fibroma y quistes que le generaban mucho dolor en un hospital de la Caba. En dicho hospital *le hicieron unos estudios, todos en el momento, y la operaron*.

Atenderse en la guardia

Las malas experiencias en el hospital general se extendieron al servicio de guardia. Las demoras pueden ser críticas -al menos así son vividas por los usuarios-, a lo que en ocasiones se agregan vivencias de maltrato administrativo, falta de instrumental básico y sensación de abandono por la escasez de recursos profesionales. Susana en el Grupo 5 contó que su marido *se escapó* de la internación en la guardia por falta de atención: *se moría* de dolor abdominal, se le terminó el suero y no se lo cambiaron a pesar de sus reiterados reclamos. En el mismo Grupo, Gisela contó que cuando su hija se descompuso en la escuela y la llevaron en ambulancia al hospital, *[la] dejaron ahí en el pasillo, arriba de la camilla, y la otra se retorció, que vomitaba y qué sé yo, y no la atendían porque no había médicos, había mucha gente, no había lugar ni siquiera, [...] y la otra decía “mami, no aguanto más”*. Algunas experiencias fueron tan negativas en la instancia de admisión que incluso Margarita

consideraba que justificarían comportamientos violentos: *No te atienden [...] Si vos vas con alguien muy mal, desesperado, claro, le querés patear la puerta, le querés romper*, en referencia a un episodio de vértigo posicional de su marido en la que pensó que *se moría ahí*, por lo que lo trasladaron en auto con su hijo al viejo hospital municipal donde lo asistieron en la guardia. Aunque también en este hospital algunas experiencias en la guardia fueron igualmente insatisfactorias. Florencia (Grupo 6) recordó un episodio muy severo de asma que puso en peligro su vida. Ante la falta de prioridad en la atención y la larga espera en la guardia, la familia la trasladó en remís a un hospital de otro partido donde, tras hacer un paro respiratorio en el camino, quedó internada en terapia intensiva.

Aprendizajes para utilizar los servicios

A partir de experiencias de atención y “desatención” propias, de familiares y conocidos, las participantes tienen una idea formada sobre los servicios. Según los recursos que pueden movilizar, pero también de la importancia que le otorgan a la dolencia, deciden dónde buscar atención. Ricketts y Goldsmith (2005) y Dixon-Woods et al. (2006) enfatizan que las personas desarrollan “carreras” como usuarios de los servicios de salud que implican el aprendizaje de cómo navegarlos. Proceso que lleva a la aceptación, negociaciones y resistencias del cuidado dispensado en la medida en que tienen opciones para elegir, aunque sean mínimas. Frente a las barreras que encontraban para acceder a la atención en los hospitales públicos más cercanos, las mujeres y sus familias acudían a otros hospitales públicos más lejanos, o incluso en ocasiones a clínicas privadas afrontando los gastos de bolsillo. Y quienes tenían obra social también podían optar por atenderse por esa vía. Susana (Grupo 6) contó que a diferencia del hospital de referencia de su partido, la atención era mejor y más rápida en el de un partido vecino, *tengo vecinos que se han ido a [hospital X], y les hicieron todo rápido, análisis, ecografía, todo*. Y Florencia, Victoria y Martina, en el mismo Grupo, se atendían con un neumonólogo y un alergista en el hospital público de un partido cercano, no sólo por la mejor organización para la entrega de turnos, sino también porque los exámenes

se realizaban más rápido y consideraban que la atención médica era de mejor calidad. También Paola, cuando comenzó a tratarse un tumor de tiroides tras la indicación de la médica clínica de su obra social de ver un especialista, y quiso evitar *amanecer* en el hospital general para conseguir un turno, fue a una clínica privada y pagó la consulta; posteriormente hizo el tratamiento oncológico y los controles de seguimiento en hospitales públicos de la Caba.

Pero tener que trasladarse de un efector a otro no sólo dilata diagnósticos y tratamientos de cuadros serios, sino que genera mayor incomodidad al paciente y su familia y requiere capacidad para hacerlo con los costos implicados, así como disponer de tiempo laboral flexible, un recurso muy escaso para muchas de las mujeres que trabajan en servicio doméstico por horas. También puede implicar perder el jornal. Aun así no siempre logran cubrir sus necesidades de atención, especialmente cuando sólo tienen acceso al sector público. Martina (Grupo 6) no logró atención médica para una otitis que no le permitía dormir. Comenzó automedicándose con ibuprofeno y luego de unos días como el dolor se agudizó, asistió en un día a seis establecimientos de salud públicos entre las ocho de la mañana y las once de la noche, teniendo que trasladarse en colectivo entre distintos partidos. En los Caps la demanda espontánea estaba completa; en las PS no había demanda espontánea; en las guardias hospitalarias los médicos estaban de paro o no había otorrinolaringólogo y faltaba el instrumental básico para la revisión de oídos. Sólo en el último establecimiento una enfermera, ante su desesperación, le indicó una inyección para la infección y medicación para el dolor, pero sin revisarla: *no te atienden en ningún lado y yo quería romper algo en el camino, te juro* (Martina, Grupo 6).

Ahora bien, no todas las participantes cuentan con los mínimos recursos ni la iniciativa personal o capital social para trasladarse a efectores más distantes, más aún no tratándose de problemas agudos o graves. Valeria (Grupo 3) tenía disminución de la visión nocturna. El estudio requerido para tratarla no se realizaba en el hospital oftalmológico del partido, y tenía que hacerlo en la Caba y abonarlo. Siendo una joven de 26 años que había llegado del Paraguay hacía unos pocos años no lo había hecho aún porque además del costo, no conocía la ciudad lo suficiente.

Respecto del hospital oftalmológico y odontológico, fueron pocas las experiencias comentadas. Del primero, además de la experiencia de Valeria, se mencionaron demoras prolongadas para turnos médicos y estudios. Del segundo, Mara (Grupo 4) se quejó de que no contara con guardia para niños y que no hicieran tratamientos de mayor complejidad, como implantes y tratamientos de conducto, *hay para la amoxicilina y el ibuprofeno*. Con relación al hospital materno-infantil, la evaluación fue positiva en contraste con el hospital general de dependencia provincial, *los chicos por ahí tienen un poco más de suerte*, dijo Margarita en Grupo 5 y Blanca acordó, *tienen el hospital que es muy bueno*. Las quejas refirieron a la falta de algunas especialidades en consultorios externos (no hay nefrólogo, y sólo un psiquiatra y un neurólogo infantil) y de especialistas en guardia (en una ocasión una participante no se pudo atender por falta de ginecólogos).

Consideraciones finales

En este artículo analizamos las experiencias con los servicios de salud de mujeres que viven en un barrio de clase popular del conurbano bonaerense. Evaluamos las barreras que identifican para acceder a la infraestructura sanitaria pública del barrio y a los hospitales del partido, considerando sus necesidades, expectativas y demandas de cuidado médico. Damos cuenta asimismo de las consecuencias de las barreras en el acceso, cómo actúan frente a ellas y los recursos que movilizan para sortearlas. Indagamos cómo deciden el establecimiento de salud a dónde acudir, y señalamos aspectos positivos sobre las experiencias de acceso y atención.

Las mujeres que participaron del estudio otorgan a la atención médica un lugar central en las prácticas de cuidado de la salud. Como vimos, la demanda de acceso a la atención médica integral (preventiva y curativa) en niños y adultos fue un tema recurrente en las conversaciones. Se puso de manifiesto especialmente cuando las mujeres hicieron referencia a las dificultades que encuentran para acceder a los servicios sanitarios tanto del primer nivel de atención como, y especialmente, en los establecimientos hospitalarios públicos de la zona

para condiciones de salud propias o de miembros del grupo familiar que requieren de consultas con especialistas no disponibles en el Centro de Salud del barrio o postas y tratamientos de mayor complejidad.

La organización de la atención en el Caps (menor requerimiento de trámites, disponibilidad de demanda espontánea y días fijos para realizar estudios sin turno) facilita el acceso a la atención primaria. Sin embargo, las demoras para la obtención de turnos programados, la saturación de la demanda espontánea, la escasa cantidad de odontólogos y psicólogos, y las fallas en coordinación asistencial con el hospital general de referencia con el que trabaja en red para la realización de estudios de mayor complejidad constituyen importantes barreras para la atención. Así por ejemplo, se realizan algunos estudios cuyos resultados no arriban al Caps, generando un tiempo perdido para las mujeres, un riesgo para su salud y costos ineficientes para el sistema sanitario. A ello se suma que las postas sanitarias tienen horarios y días limitados de atención, y que incluso varias de las participantes de los grupos desconocían donde estaban ubicadas y su modalidad de funcionamiento. La falta de profesionales de la salud mental en los servicios del nivel territorial fue particularmente destacada por las mujeres en un contexto local de alta demanda y vulnerabilidad sociosanitaria. Que acceder a un tratamiento psicoterapéutico sea un “lujo” en el primer nivel de atención del sector público pone en evidencia la vulneración del derecho a la salud integral y refleja una problemática compartida en muchas zonas del país. A pesar de que Argentina es uno de los países del mundo con mayor cantidad de psicólogos por habitantes (Alonso et al., 2011 apud Casari, 2012) y uno de los países de América con mayor cantidad de psiquiatras por habitante, los recursos del sistema sanitario destinados a salud mental son comparativamente bajos (Kohn; Levav, 2009) y están centrados principalmente en hospitales especializados en salud mental (Yanco et al., 2012), por lo que los profesionales en el primer nivel de atención son escasos y se encuentran distribuidos de forma muy heterogénea (Ballesteros, 2016b). A ello se agrega la baja cobertura (cantidad de profesionales de cartilla) que brindan la mayoría de las obras sociales y prepagas para estos servicios. Por estos factores, la gran mayoría de las consultas se realizan de forma privada como gasto de bolsillo

(Ballesteros, 2015), lo que genera una gran inequidad social para acceder a los tratamientos.

Es importante destacar que las mujeres evaluaron positivamente al Caps, especialmente aquellas que tenían condiciones crónicas de salud por la calidad de la atención profesional y por la respuesta que les brindan ante situaciones de urgencia. Desde este servicio también se habilitan mecanismos facilitadores para acceder a la atención por medio de la acción extramuros de los médicos residentes que realizan tareas de promoción de la salud en distintas organizaciones barriales. Las mujeres que participan en talleres brindados en un bachiller popular comentaron que la interacción más fluida y personalizada con los médicos les permitía sortear los tiempos de espera para acceder a un turno en el Caps, ya sea porque los médicos les “llevan” el turno el día del taller o porque ante cuadros que revisten urgencia o por condiciones de salud que requieren de monitoreo médico permanente se presentan sin turno y son atendidas.

En cuanto a los establecimientos hospitalarios públicos de la zona, a partir de experiencias de atención y “desatención” propias, de familiares y conocidos, las participantes tienen una idea formada sobre los distintos servicios, y según los recursos que pueden movilizar, pero también de la importancia que le otorgan a la dolencia, deciden dónde buscar atención. El concepto de “carreras” como usuarios propuesto por Ricketts y Goldsmith (2005) y Dixon-Woods et al. (2006) enfatiza que las personas aprenden cómo navegar los servicios de salud a lo largo del tiempo; proceso que lleva a la aceptación, negociaciones y resistencias del cuidado dispensado en la medida en que los usuarios tienen opciones para elegir, aunque éstas sean mínimas. En nuestro estudio vimos que se trata de un aprendizaje lleno de obstáculos y esfuerzo para lograr acceder a una atención más rápida y de calidad. La heterogeneidad en la oferta de servicios hospitalarios de dependencia provincial y municipal implica que para acceder a consultas, estudios y tratamientos deban trasladarse entre distintos efectores, sumando costos de transporte y tiempo de desplazamiento. En algunos casos, también requiere recurrir al pago de bolsillo en el sector privado para sortear las barreras del sector público. Destacamos el padecimiento experimentado en el hospital general zonal para acceder a la atención (dormir allí la noche

anterior para conseguir un turno que no siempre logra efectivizarse, espera de meses para cirugías y estudios, maltrato administrativo y violencia entre los que esperan, etc.). La conciencia del derecho a la salud junto con los padecimientos asociados al incumplimiento por parte de Estado para garantizar su pleno ejercicio explica las posturas activas de las mujeres en la interacción con los médicos para demandar acceso y calidad en la atención, y la actitud de indignación y sentimientos de violencia hacia las instituciones que algunas mujeres expresaron en los grupos (*le querés patear la puerta, le querés romper, yo quería romper algo en el camino*).

A diferencia de lo hallado en otros estudios (Dixon-Woods et al., 2006), nuestra investigación muestra que la actitud proactiva hacia el cuidado preventivo está presente en este grupo de mujeres de sectores populares, así como la conciencia del derecho a la atención médica integral, continua y de calidad de los niños y adultos. Son las barreras organizativas, de disponibilidad de recursos profesionales y territoriales las que obstaculizan el ejercicio de este derecho. El rechazo de la espera prolongada para la atención “cuando estás sano” implica una oposición por parte de varias de las mujeres a los criterios de elegibilidad impuestos por los servicios de salud del primer nivel de atención ante la alta demanda. Por otra parte, las barreras en el acceso además de generar discontinuidad, falta de atención de la salud y riesgos, en ocasiones generan una gran ineficiencia para el sistema sanitario que desperdicia recursos a partir de la necesidad de repetir estudios o consultas por las fallas de la coordinación asistencial entre los servicios.

Referencias

- ANDERSEN, R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Health and Social Behavior*, Thousand Oaks, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- BALLESTEROS, M. S. Diferentes obstáculos financieros en la consulta con profesionales de la salud en Argentina. *Revista de Salud Pública*, Córdoba, v. 19, n. 3, p. 59-68, 2015.
- BALLESTEROS, M. S. Impacto de las transformaciones en el mercado de trabajo y en la seguridad social sobre la cobertura de salud de la

población residente en zonas urbanas de Argentina entre el 2003 y 2010. *Trabajo y Sociedad*, Santiago del Estero, n. 26, p. 63-81, 2016a.

BALLESTEROS, M. S. Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de Argentina. *Geograficando*, La Plata, v. 12, n. 2, 2016b.

CASARI, L. Psicoterapia como actividad privada en Argentina. *Revista de Investigación Científica en Psicología*, Asunción, v. 9, n. 1, p. 98-105, 2012.

CETRÁNGOLO, O. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, Buenos Aires, v. 13, p. 145-183, 2014.

CHIARA, M. Territorio, políticas públicas y salud: hacia la construcción de un enfoque multidimensional. *Revista Gerencia Políticas de Salud*, Bogotá, DC, v. 15, n. 30, p. 10-22, 2016.

DIXON-WOODS, M. et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, Londres, v. 6, n. 35, p. 1-13, 2006.

DMYTRACZENKO, T.; ALMEIDA, G. (Ed.). *Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries*. Washington, DC: World Bank, 2015.

FRENK, J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 27, n. 5, p. 438-453, 1985.

GUAGLIARDO, M. F. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, Londres, v. 3, n. 1, p. 1-13, 2004.

JARRETT, R. L. Focus group interviewing with low-income minority populations: a research experience. In: MORGAN, D. L. (Ed.). *Successful*

focus groups: advancing the state of the art. Newbury Park: Sage, 1993. p. 184-201.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

KOHN, R.; LEVAV, I. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. In: RODRÍGUEZ, J.; KOHN, R.; AGUILAR-GAXIOLA, S. (Ed.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPC, 2009. p. 300-315.

LAUDICELLA, M.; SICILIANI, L.; COOKSON, R. Waiting times and socioeconomic status: evidence from England. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 74, n. 9, p. 1331-1341, 2012.

LINDELOW, M. et al. *Assessing progress toward universal health coverage: beyond utilization and financial protection*. Washington, DC: World Bank, 2015.

MADRIZ, E. Using focus groups with lower socioeconomic status Latina women. *Qualitative Inquiry*, Thousand Oaks, v. 4, n. 1, p. 114-128, 1998.

RICKETTS, T.; GOLDSMITH, L. Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nursing*, Londres, v. 53, n. 6, p. 274-280, 2005.

YANCO, D. et al. Investigación sobre los cuidados en salud mental en Centros de Atención Primaria en Argentina. *Salud Mental y Comunidad*, Lanús, v. 2, n. 2, p. 20-38, 2012.

Contribución de los autores

Freidin dirigió la investigación. Los tres autores realizaron el trabajo de campo, analizaron los datos y redactaron el artículo.

Recibido: 09/08/2018

Aprobado: 17/06/2019