



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

Ciclo de Graduación

TRABAJO FINAL DE GRADO:

“El problema de la accesibilidad y las barreras psicosocioculturales en salud”

Formato Monografía

Tutora: Patricia de la Cuesta

Estudiante: Carlos Carbone

CI: 4.781.883-4

Indice:

Resumen	2
Introducción.....	3
Metodología	9
Desarrollo teórico conceptual	11
Accesibilidad Cultural	15
Accesibilidad Simbólica	16
Accesibilidad Psico-socio-cultural	17
Barreras en salud	19
Barreras culturales	19
Barreras simbólicas	21
Barreras psico-socio-culturales	22
Estigma	25
Conclusiones	29
Referencias	31

Resumen:

La presente monografía representa el Trabajo Final de Grado perteneciente al Ciclo de Graduación de la Facultad de Psicología UDELAR.

Los objetivos propuestos para este trabajo son comprender las diferencias, similitudes y particularidades del problema de las barreras culturales, simbólicas y psico-socio-culturales en el campo de la salud.

Esta monografía abordará los conceptos y relaciones de los servicios de salud, atención primaria de salud, concepto de OMS/OPS y una posterior observancia conceptual de accesibilidad a la salud y las barreras que se han establecido en países latinoamericanos pero en especial en el Río de la Plata y si existen indicadores en el Uruguay relevantes de la salud y sus carencias.

Para ello, en cuanto al método, será esencial la realización de un enfoque revisional, mediante una lectura crítico reflexiva de libros y artículos presentados por autores que se centran en estas temáticas, que pueden ser confrontadas y poder llegar entonces potencialmente a conclusiones novedosas. Dichos artículos para ser considerados en este trabajo debían ser formulados desde el año 2005 en adelante y pertenecer a Latinoamérica.

Lograr el máximo nivel de accesibilidad para población representa una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias, pero existen barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud. Si bien se visualizan diversos tipos de barreras en el sistema de salud (geográficas, administrativas, financieras) este trabajo se centra en las barreras de tipo cultural.

Resultados: Las barreras psico-socio-culturales que impiden el logro del acceso efectivo a la atención sanitaria, deben ser abordadas desde nuevos paradigmas que promuevan la participación colectiva para reducir las inequidades existentes y con el fin de lograr un mejor relacionamiento entre los usuarios y los profesionales de la salud.

Palabras Claves: accesibilidad en salud, barreras culturales, salud.

Introducción

Giorgi (2012) manifiesta que la crisis del neoliberalismo ha ocasionado cambios sociales y políticos, que llevan a tener que articular las políticas sociales decididas y planificadas desde el Estado y los procesos comunitarios guiados bajo los principios de autonomía, participación y comunicación, en el espacio local.

Estas nuevas características, propiedades, de las conductas humanas que se van generando con los cambios macro-estructurales y dinámicos, son también un reflejo de la expresión de las subjetividades diversas que en América latina se ha investigado de manera muy enriquecedora para el entendimiento de la accesibilidad y barreras de la salud.

Para Giorgi (2012), las políticas públicas pueden ser consideradas como políticas de subjetividad, porque contribuyen a la constitución del sujeto como tal. La intervención psicológica enmarcada en una política pública debe ser entendida como expresión de un escenario mayor, (Zambrano et al., 2012; Rodríguez, 2007).

El modo de acceso a los bienes materiales y culturales (vivienda, alimento, atención a la salud, educación, trabajo) y sus respectivas características producen subjetividad, por lo tanto es fundamental entender los impactos psicosociales de esos componentes y en base a eso intervenir para generar transformaciones en la subjetividad que aseguren la sustentabilidad de los cambios que se intenta producir (Zambrano et al., 2012; Rodríguez, 2007).

Es preciso tener en cuenta que los sujetos producen significados, y condicionan su comportamiento como seres sociales. A su vez, este conjunto de representaciones, valores e imágenes condicionan la capacidad operativa de los sujetos sobre el mundo (Giorgi et al., 2011).

Dichas raíces subjetivas de los fenómenos colectivos llevan a jerarquizar no solo las condiciones materiales objetivas de existencia, como factores que determinan las formas de vida, y por tanto de su grado de realización de derechos, sino también el sistema de representaciones a partir del cual se percibe y valora el grado de realización. Los procesos de transformación social requieren de un análisis crítico y de la transformación de este sistema de creencias. Por ejemplo, la preocupación por los efectos que las prácticas sociales generan en la subjetividad individual y colectiva, y la forma en la que dichas formaciones subjetivas vuelven sobre esas prácticas, fomentando su naturalización o su

cuestionamiento, en el ámbito institucional como en el individual y colectivo, constituye una consecuencia metodológica de este posicionamiento (Zambrano et al.; Giorgi, 2012).

Las políticas que han sido resueltas desde el Estado dan cuenta del control social, la manipulación y la custodia de los intereses de las clases dirigentes. En este contexto caracterizado por el deterioro del neoliberalismo, asumieron gobiernos "progresistas" en países como Uruguay, Argentina o Brasil. Estos gobiernos se proponen por un lado que el Estado vuelva a ser el encargado de organizar y regular la vida social, y por otro intentan evitar el retorno al Estado paternalista y benefactor, planteando un nuevo contrato social basado en la corresponsabilidad. Se focalizan en promover la participación social en la búsqueda e implementación de respuestas a los problemas de exclusión e inequidad que suelen tener las sociedades posneoliberales. De este modo aparecen las "políticas sociales participativas" y se convoca a psicólogos comunitarios para trabajar conjuntamente con el Estado. Así es como surge el encuentro entre lo Estatal y lo comunitario

Desde la perspectiva de la salud, se crea el Sistema Nacional Integrado de la Salud, como la política principal en el campo de la atención sanitaria.

La aprobación de la Ley N° 18.211 en Uruguay, surge en el marco de un proceso de reforma del sistema sanitario que se viene gestando desde el año 2006, donde se concreta el Sistema Nacional Integrado de la Salud (SNI), que aparece en el Artículo 4 de dicha ley y que tiene como objetivos principales, lograr que el acceso a la salud sea universal, alcanzar un alto nivel en la prestación de servicios, incentivando la promoción de salud y la prevención de enfermedades y procurar un financiamiento equitativo mediante la utilización de los recursos disponibles de manera adecuada (Bianchi et al., 2010).

El SNI debe garantizar a toda la población el acceso a la salud, para satisfacer sus necesidades desde el nacimiento hasta la muerte, contemplando los problemas específicos de cada lugar donde la atención sea requerida.

Dicho sistema introdujo factores innovadores en el campo de la salud en nuestro país, a través de tres modelos detallados a continuación:

- Modelo de gestión: se centra en promover la participación de los usuarios y trabajadores de la salud en lo que tiene que ver con las decisiones que se tomen con respecto a los servicios.

- Modelo de atención: tiene como objetivo implementar el desarrollo integral de los tres niveles de atención, principalmente el primer nivel. Se focaliza además en el cumplimiento de los derechos de los usuarios.
- Modelo de financiación: Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que significa un nuevo modelo de financiación (Toyos, 2008-2009; Bianchi et al., 2010)

La función principal del SNI es la Atención Primaria de la Salud (APS) que en la conferencia de La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF en Alma-Ata (1978), es definida, en términos generales como una estrategia elaborada para contrarrestar los problemas de salud existentes, a través de acciones científicamente comprobadas cuyo propósito consiste en obtener el máximo nivel de accesibilidad para la población.

La accesibilidad según la OMS (2000) es entendida como un medio necesario para lograr un fin, sería en este caso una meta instrumental. Cuanto más accesible sea un sistema de salud, mayor debería ser la utilización del mismo por parte de la población, para mejorar su salud (Rodríguez, 2010).

Uno de los objetivos primordiales del sistema nacional integrado de salud consiste en trabajar sobre los factores que condicionan de forma negativa al nivel de salud, para reducir las las inequidades en pos de un acceso equitativo a los servicios. (Vega, 2005)

Se entiende por inequidades a “diferencias sistemáticas en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente que son evitables o remediables y por ende se constituyen en diferencias injustas” . (Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la OMS)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de la República Oriental del Uruguay, publicó un documento en el año 2014 que analiza las inequidades existentes en salud en nuestro país, estudiando porque se generan y porque se perpetúan y analizando qué papel juega el SNI en nuestro territorio (MSP, 2014).

Las políticas públicas propias del estado de bienestar en la cobertura de la educación y la seguridad social, son indicadores fundamentales, así como el desempleo es un indicador del mercado de trabajo (MSP, 2014).

De todas maneras es necesario transmitir que los indicadores promedios elevados por este informe del Ministerio de Salud Pública (2014), esconden desigualdades territoriales en el Uruguay.

Las diferencias que se generan en distintos grupos o estratos sociales y en los espacios territoriales están expresadas en una desigual distribución del poder, del prestigio y de los recursos. Esto ha quedado mediatizado a través de indicadores de clase social, pobreza, educación, ingresos, ocupación y territorio, entre otros (MSP, 2014)

Según el Ministerio de Salud Pública (2014) el Sistema Nacional Integrado de salud constituiría un determinante intermedio de la salud, a pesar de que su capacidad de acción sobre el Estado de Salud de la población es reducido. Es decir que el sistema de salud será un determinante intermedio para ese Estado de salud más o menos equitativo de manera potenciadora de las desigualdades preexistentes o antecedentes de la sociedad.

El MSP (2014) da cuenta de que la garantía de la salud de la población se encontró en el primer nivel de atención, a través de las especialidades médicas tales como medicina general, pediatría y la ginecología.

Se puede relacionar la equidad con la accesibilidad, al hecho de que las personas deben tener la posibilidad de tener atención en salud en la medida de sus necesidades, sin barreras económicas, geográficas, de disponibilidad u otras. Es así que la encuesta nacional de salud del año 2014 jerarquizó un indicador realizado por el MSP, que consideraba que los motivos por los cuales a pesar de sus necesidades de ir al médico, no concurrían en los últimos doce meses.

Se ha constatado que la mayoría de los usuarios de la salud transmiten que las principales barreras corresponden a la dimensión organizativo-funcional de los servicios de salud (distancia de los servicios de salud, los tiempos de espera y la disponibilidad de horarios) en todas las regiones del país.

Enrique Saforcada (2012) entiende que el paradigma de salud comunitaria puede ser de gran utilidad para afrontar los problemas que se puedan generar en el ámbito de la salud, siempre y cuando el equipo profesional y la comunidad actúen en base a este paradigma con el fin de generar procesos de gestión de salud positiva.

El objetivo de este nuevo paradigma es promover la participación de la comunidad. Si bien el equipo profesional tendrá una participación activa en el proceso, no tomará las decisiones de forma unilateral.

Para la gestión de salud positiva desde esta perspectiva, debería inclinarse en no olvidar nunca el triángulo inteligente de la salud, donde no solo se contemplen las intervenciones de salud a una proporción de usuarios que tienen recursos y una garantía de atención y de sus abordajes tecnológicos, que los usuarios de un vértice superior de dicho triángulo (generalmente un 1% de la población) no puede tener acceso mediante una colaboración del “poder curador de la naturaleza” que promovería su salud y no tener entonces que esperar de manera pasiva a que el sujeto manifieste malestares que motiven la consulta (Saforcada, 2012).

Los determinantes sociales de la salud que Saforcada (2012) jerarquiza, están vinculados al derecho humano a no padecer enfermedad pública. Si pensamos la enfermedad pública mediada por ciertas malas actividades de la salud pública o por inacción, generarían muchísimas más enfermedades a los ciudadanos/as que lo que aportan a curarlos, por formas de planificación y gestión de la atención de la enfermedad y la adecuación de prevención primaria de dichos países, por lo tanto es importante visualizar cómo trabajar para que la población y los profesionales y técnicos de la salud puedan trabajar hacia los poderes del Estado en base a cómo deben trabajar.

Este autor jerarquiza el hecho de que los determinantes sociales que dependen de los poderes del Estado, no son los únicos a resaltar, si no que están también para analizar los que dependen de los poderes económicos productivos, los que dependen de los poderes gremiales, así como también los que dependen de los poderes de la gente.

Saforcada (2012) muestra como la OMS/OPS muy pocas veces ha analizado aquellos determinantes sociales que dependen de los modelos económicos productivos: los industriales, empresas financieras grandes y energéticas. En todo caso este autor señala que lo que han hecho es un encubrimiento de dicha relación.

El concepto de determinantes sociales promovido por la OMS Y OPS, llevaría a pensar en los estilos y condiciones de vida de la gente y en las responsabilidades de los gobiernos en referencia a la educación y la equidad o en otras ocasiones al saneamiento ambiental (OPS, 2005; OMS, 2011).

La importancia de analizar los determinantes sociales de la salud, radica en el relacionamiento directo de estos con el estado de salud de la población, a su vez relacionándose de manera inversa con las inequidades en salud, lo cual explica los comportamientos de las comunidades en lo que respecta a la salud (Rodríguez et al., 2014).

En un informe elaborado por la OMS (2008), se proponen tres recomendaciones a saber: mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual de poder, el dinero y los recursos y por último la medición y el análisis del problema.

Otra noción que se trabaja en este artículo de Saforcada (2012) es la de enfermedad pública. Según el autor hay que analizarla en su magnitud en trece grandes áreas de actividad empresarial, social o gubernamental, que en todo caso generarían enfermedades evitables. A continuación se considerarán algunas de las más representativas.

- A) El espacio de atención de la salud (sistema de servicio de salud). En el solamente se le da relieve a la enfermedad o a lo que la va a generar.
- B) La pobreza. Si es considerada que nunca es natural ni generada por él mismo, o sea por la propia persona, sino que es provocada, por ejemplo, como consecuencia de la acumulación concentrada en la riqueza, una política de salud que el Estado debe promover podría ser atacar los diversos problemas de lo neuropsicológico en niños y niñas en sus primeros días de existencia, porque si no ocurren los prejuicios notorios en lo cognitivo conductual y en el ámbito escolar.
- C) Alimentos, bebidas y tabaco que presenten sustancias tóxicas en el procesamiento natural del alimento y que haya un pésimo control bromatológico, generan efectos importantes en la salud general.
- D) Ambientes habitacionales y sus servicios públicos, donde habría un riesgo generado en el hogar, pero por efecto de una no buena reglamentación de la habitabilidad fijada por el Estado.

Metodología:

En base a los objetivos propuestos en la presente monografía, se realizó una revisión sistemática de carácter cualitativo.

Una vez realizada la búsqueda de artículos relacionados con la temática a estudiar, se efectuó una lectura crítico reflexiva de los mismos, con el fin de extraer información relevante para el trabajo, priorizando las conceptualizaciones que más relación tenían con el problema de investigación determinado inicialmente.

La búsqueda de artículos se realizó mediante la utilización de palabras clave como: barreras culturales, accesibilidad en salud y salud . Las investigaciones debían estar comprendidas entre 2005 y 2017 y ser realizadas en países latinoamericanos. No se tomaron en cuenta artículos que no estén disponibles en español.

Los estudios cuantitativos y cualitativos seleccionados, pertenecen a los siguientes países: Argentina, Chile, Cuba, Colombia, Honduras, México y Uruguay.

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda fueron: Google Académico, Dialnet, Scielo y Redalyc. Además de estas aplicaciones disponibles en Internet, se buscó información en libros relacionados a Psicología y se recurrió a documentos elaborados por El Ministerio de Salud Pública (MPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el fin de contextualizar la noción de accesibilidad, debido a que está directamente ligada a la salud.

Se trabajó con un total de 24 artículos para realizar el trabajo. Si bien inicialmente el número de artículos encontrados eran más de 30, se descartaron algunos debido a que las investigaciones habían sido efectuadas en países desarrollados, como por ejemplo España, otros porque no otorgaban resultados que sirvan para la monografía y los restantes porque estaban escritos en otro idioma.

La mayoría de las investigaciones son de Argentina y Colombia. Predominan artículos de países sudamericanos y algunos pocos pertenecen a Centro América. Un aspecto positivo fue que se encontraron artículos de Uruguay, que fueron especialmente tenidos en cuenta para este trabajo, debido a que otorgan información útil para el desarrollo

conceptual de la monografía que pretende analizar las barreras psico-socio-culturales en Latinoamérica, pero principalmente en el Río de la Plata.

Las investigaciones cualitativas brindaron conceptualizaciones más amplias y permitieron comprender mejor la temática que aquellas de carácter cuantitativo. Una gran cantidad de artículos se centraba en desarrollar conceptos teóricos más que en otorgar datos cuantitativos.

Desarrollo teórico conceptual

La accesibilidad de la población al sistema de salud ha sido una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias, constituye un área prioritaria de investigación, y a su vez una variable de gran impacto en la salud de la población,(Landini et al., 2014).

Para este trabajo se han seleccionado algunos de los numerosos estudios que se han dedicado a abordar esta temática. Si bien la accesibilidad ha sido definida de diferentes maneras, posee límites borrosos con otros conceptos relacionados, como los de acceso, uso o calidad de los servicios de salud, los cuales algunos autores utilizan como sinónimos. (Landini et al., 2014, p.232).

En la revisión sistemática elaborada por Macarena Hirmas et al. (2013) se trabaja en la noción de acceso a la salud y a partir de ahí se van incorporando conceptos entre los que se encuentra el de accesibilidad.

El acceso a la salud es definido como el proceso a través del cual las personas buscan la atención que necesitan de acuerdo a sus necesidades y esta se efectúa. (Rodríguez, 2010).

A continuación se detallaran algunos de los modelos que se ocupan de medir el acceso a la atención en salud, cada uno considera distintos factores como determinantes. Algunos de ellos son, el modelo de Donabedian, el de Andersen y Aday y por último el de Tanahashi. La descripción de estos diferentes modelos será de utilidad para entender mejor el concepto de accesibilidad, en qué contexto surge y para que es utilizado (Hirmas, 2013).

- 1) Donabedian: Este modelo mide el acceso a la salud en base al estudio de aspectos socio-organizacionales y geográficos. Entiende que el proceso de atención en salud se genera a partir de las necesidades de los usuarios que perciben alteraciones en su salud. A partir de ahí surgen un conjunto de acciones llevadas a cabo por los beneficiarios por un lado, que buscan recibir atención y otro conjunto de actividades desarrolladas por los otorgantes de los servicios, que tienen que ver con la elaboración de diagnósticos y la toma de decisiones. Estos dos procesos ocurren paralelamente pero no de forma inconexa y convergen en el momento en el que se utilizan los servicios de salud. La última instancia de este proceso es la modificación

de la necesidad inicial con la cual se generó y ahí se estaría accediendo a los resultados de salud (Hirmas et al., 2013; Arredondo et al., 1991).

- 2) Andersen y Aday: Según estos autores el acceso a la salud tiene que ver con el rol que desempeñan las políticas públicas, sobre todo en la forma en que estas determinan las características del sistema sanitario y de la población de riesgo, las cuales a su vez influyen en el uso de los servicios y la satisfacción de los usuarios (Hirmas et al., 2013)
- 3) Tanahashi: se lo conoce como el modelo de cobertura efectiva. La dimensión poblacional que recibe la atención que necesita de manera satisfactoria, representa la cobertura efectiva. Este modelo pretende detectar las necesidades insatisfechas de determinados grupos sociales, identificando las barreras que limitan el logro de la atención sanitaria. También pretende analizar la equidad en la salud. El modelo de Tanahashi entiende que existe un proceso previo para que se efectúe el acceso a la atención sanitaria y divide al mismo en cuatro etapas:

La primera es la disponibilidad, que tiene que ver con los servicios que brinda el centro de atención. En esta primera etapa se determina la cantidad de personas para las cuales se encuentran disponibles dichos servicios (Hirmas et al., 2013).

La segunda etapa del proceso es la accesibilidad. Tanahashi describe tres tipos de accesibilidad, que también son evidenciados en el artículo “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios” elaborado por Yamila Comes et al.(2006) y en un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires por Graciela Zaldúa y su equipo (2007), llamado “Ciudadanía, accesibilidad a la salud y afectaciones subjetivas y colectivas:

- Accesibilidad física o geográfica: refiere a las distancias que existen entre los centros de salud y las personas, la conectividad, los medios de transporte disponibles para el usuario y el tiempo que le conlleva a este desplazarse de un lugar a otro. Un accidente geográfico podría ser una barrera que impida acercar los servicios a la población.
- Accesibilidad organizacional o administrativa: tiene que ver con los requisitos administrativos, la modalidad para la obtención de turnos y los horarios de atención.

Una mala organización de los servicios conformaría una barrera. Las dificultades podrían estar relacionadas a ciertas trabas burocráticas.

- Accesibilidad financiera o económica: relacionada a los gastos que tienen que afrontar los usuarios, por ejemplo, el costo de transporte, la pérdida del jornal en que caso que deban ausentarse al trabajo y otros gastos que se puedan generar en el momento. La falta de dinero para afrontar dichos costos económicos sería un impedimento para el acceso a la salud oficiando de barrera en esta dimensión de accesibilidad.

Estos factores detallados anteriormente son determinantes para medir la accesibilidad de acuerdo al modelo de Tanahashi. (Hirmas et al., 2013; Comes et al. 2006)

Graciela Zaldúa y su equipo (2007) además de tener en cuenta estas tres concepciones de accesibilidad, estudian los aspectos legales relacionados a la salud. Por lo tanto podríamos agregar una cuarta clasificación de accesibilidad:

- Accesibilidad Legal: Refiere al ámbito jurídico y a las políticas de Estado relacionadas a la salud. Hacer valer los derechos de las personas mediante el cumplimiento de leyes que tengan que ver con la salud, apelando a recursos y procedimientos legales necesarios para cada situación específica, será la base para mejorar la accesibilidad. La OMS entiende que la legislación puede ser fundamental en la mejora al acceso a la atención en salud, ya que podría aumentar la disponibilidad de los servicios, y a su vez puede repercutir favorablemente en la mejora de la accesibilidad financiera y geográfica, y además otorgar servicios aceptables y de calidad.

La accesibilidad sería utilizada según estos enfoques como una herramienta para medir fenómenos. (Comes, Stolkinner, 2004)

Retomando con el modelo de Tanahashi, la tercera etapa del proceso es la aceptabilidad, que depende de la percepción de las prestaciones .

Por último el contacto con el servicio, o sea la adaptación de los servicios a las personas y la calidad de los mismos conforman la cuarta etapa (Hirmas et al., 2013).

Los tres modelos anteriormente detallados pueden ser de gran utilidad a la hora de medir el acceso, ya que realizan un estudio exhaustivo de los factores determinantes en la salud. Pero en la revisión sistemática elaborada por Hirmas et. al (2013), se evidencia que en la mayoría de los estudios que fueron chequeados, la identificación de barreras y elementos facilitadores se realiza en personas que han contactado los sistemas de atención en salud. Sólo algunos estudios se han enfocado en estudiar las barreras que enfrentan las personas que no reciben atención sanitaria.

El modelo de Tanahashi realiza una identificación bastante amplia de barreras y facilitadores que refleja el nivel de equidad en salud. Conocer las debilidades del sistema de salud así como también las potencialidades, podría ser el primer paso para mejorar el acceso y reducir las inequidades sociales y de salud. El fin sería identificar e integrar a los grupos poblacionales que por diferentes motivos no pueden acceder a la atención sanitaria promoviendo un acceso equitativo.

Según Zaldúa et. al, (2007) las personas que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad son las que tienen mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. Estas autoras consideran que habría que darle importancia al concepto de ciudadanía ya que es entendido como una garantía de igualdad de acceso porque reivindica para toda la población un conjunto de derechos civiles, políticos y sociales, entre estos se encuentra el acceso a la salud. Por lo tanto una de las formas para mejorar la accesibilidad a la salud sería promover el ejercicio de la ciudadanía mediante prácticas de participación colectivas, para que el poder de los usuarios sea mayor.

El modelo de Donabedian, el de Andersen y Aday y el de Tanahashi entienden el acceso a la atención en salud como el resultado del ajuste entre la oferta del sistema de salud y la demanda, que serían las necesidades sanitarias de la población, pudiendo existir barreras que dificulten el acceso a los servicios de manera satisfactoria. (Hirmas et. al , 2013; Landini et. al, 2014).

Los abordajes que fueron explicitados anteriormente no estudian el conjunto de valores, creencias y representaciones de la salud que tienen los actores. No se centran en estudiar los aspectos subjetivos al momento de estudiar la accesibilidad a los servicios de salud. Es por esto que se podrían agregar más clasificaciones de accesibilidad.

Accesibilidad Cultural

En el marco conceptual de los profesionales de la salud que intentaron focalizar lo que sería accesibilidad cultural, fue notorio que debía repensarse como una *interfaz social* a decir de Landini, Cowes y D'amore (2014) y entonces percibir las apropiaciones de sentidos diversos que presentan los pacientes y los profesionales en sus cosmovisiones. Al mismo tiempo en este repensar, es esencial el poder traducir y reordenar los conocimientos.

El concepto de accesibilidad poseería una dimensión subjetiva a investigar, relacionada a la posibilidad de acceder a los servicios de salud por parte de los sujetos. Pero hay que dimensionar también que los servicios reproducirían saberes construidos, sentires, percepciones, representaciones (Comes; Stolkiner, 2004).

Yamila Comes y su equipo (2006) entienden que los servicios de salud no solamente son productores de subjetividad a nivel de las acciones, si no también de las inacciones, dado que van a producir efectos subjetivantes en la población, lo que permitiría confrontar internamente ideas o creencias sobre ellos mismos.

Existen dinamismos de la interfaz social y las representaciones y reconstrucciones de lo accesible para los sujetos y sus barreras.

Si se considera la concepción relacional de la accesibilidad, muchos autores transmiten que hay que concebirla como la posibilidad de las personas de acceder a algunas de las instancias del sistema de salud, pero otros autores plantean que lo que hay que visualizar es el tratamiento que los usuarios requieren o necesitan. Estos autores muestran el hecho de que no solamente hay que brindar un acceso al sistema de salud, si no que además hay que repensar y articular la relación entre las características del sistema de salud y sus profesionales y las características y necesidades de la población, pero no solo para una buena atención médica, si no que esté en contexto apropiado para el beneficio de los pacientes. (Landini et al., 2014).

Accesibilidad Simbólica.

Varios autores tienen diferencias sustanciales en la consideración de lo que es la accesibilidad cultural y sus dimensiones. Por ejemplo Stolkiner (2000) trasmite una idea de accesibilidad cultural enlazada con la accesibilidad simbólica de una manera complementaria (Landini et al., 2014).

Se ha estudiado además, particularmente en nuestra región, el efecto en la subjetividad que tienen los problemas de la accesibilidad cultural. Desde esta perspectiva se entiende que el accionar de los servicios de salud produce efectos subjetivantes en la población, y en base a este proceso los sujetos construyen ideas y creencias sobre ellos mismos (Comes et al., 2006).

En la conceptualización de accesibilidad simbólica y los efectos subjetivantes: Landini, Cowes y D'Amore (2014), ésta representa la articulación o el ajuste entre las características de la oferta (sistema de salud y sus profesionales), y las necesidades de la demanda.

Para Comes et al. (2006) al definir accesibilidad desde la oferta, no se estaría considerando que los sujetos también construyen accesibilidad. Si se piensa que un posible problema en la accesibilidad a los servicios de salud, tiene que ver exclusivamente con la oferta, se estarían obviando las representaciones, los discursos y las prácticas de la población. Es por esto que dichos autores lo piensan como un problema de encuentro/desencuentro entre los servicios de salud y la población.

En la idea de accesibilidad simbólica se alude al universo subjetivo que organiza la vida de los sujetos, en su capacidad de representación. Así como habría que dimensionar también en este sentido, construcciones que son individuales, grupales o colectivas, que no refieren a diferencias culturales. También es enriquecedor el visualizar creencias, expectativas, sentidos, tanto de los usuarios como de los profesionales de la salud. En este artículo de Landini et al. (2014) se enfoca más a concebir la accesibilidad como algo psico-socio-cultural en vez de la "aceptabilidad" de la atención o de accesibilidad "cultural o simbólica".

Accesibilidad Psico-Socio-Cultural.

Para el equipo que integra Landini (2014) la propuesta conceptual para el abordaje de la accesibilidad psico-socio-cultural debería partir del análisis de la racionalidad propia, tanto del usuario como del profesional de la salud, que tiene como dimensiones las creencias, valores, conocimientos y prioridades y que en una interacción fluctuante pero dinámica de lo que se llama interfaz social, habría que apreciar si hay nudos de conflicto, acomodamientos y relaciones de poder.

Todo esto está encuadrado obviamente en los marcos institucionales, las políticas en salud, la comunidad médica, y en el caso del usuario sus condiciones de vida y las redes sociales de la reproducción de las creencias.

Vínculo entre accesibilidad cultural y accesibilidad psico-socio-cultural

El concepto de accesibilidad cultural es abordado desde dos modelos conceptuales distintos. Por un lado se encuentra el abordaje tradicional de la accesibilidad cultural y por otro la accesibilidad psico-socio-cultural entendida como una interfaz social. Se evidencian algunas diferencias entre uno y otro modelo. Mientras que el abordaje tradicional se centra en la cultura de los usuarios, sin darle valor a los procesos culturales de los enfoques médicos y de los centros de salud, las conceptualizaciones que refieren a la accesibilidad psico-socio-cultural reconocen la existencia de una diversidad cultural, analizando de igual manera los marcos subjetivos y culturales de beneficiarios y los de los profesionales y sus instituciones. Además estudian las diferencias que pueden existir no solo a nivel cultural, sino también en lo que respecta a las creencias y/o valores de cada persona en particular, a nivel grupal o colectivo (Landini et al., 2014).

En el modelo tradicional de accesibilidad cultural, el foco está puesto en los usuarios y se entiende a la cultura de ellos como una barrera. El profesional debe poner énfasis en facilitar la comunicación con el objetivo de reducir las posibilidades de que se generen

problemas. En cambio las barreras que son entendidas como psico-socio-culturales se piensan en términos de falta de acople entre el conjunto de valores, creencias y situaciones de los beneficiarios y el de los profesionales en el sistema de salud (Landini et al., 2014).

A pesar que el concepto de accesibilidad a la salud en sus distintas presentaciones podrían ser relevantes para los usuarios, áreas geográficas, profesionales que están con una atención atenta a las culturas y valores de los pacientes, también se podría concluir que el modelo tradicional de accesibilidad cultural posee una mirada estática de los problemas culturales sin prestar demasiada atención al vínculo que se genera entre los profesionales de la salud y los usuarios.

Por otra parte el concepto de accesibilidad cultural abordado desde lo psico-socio-cultural y entendido como una interfaz social, conceptualiza los procesos de manera dinámica y promueve la participación de los distintos actores del sistema sanitario (Landini et al., 2014).

A decir de Graciela Umpiérrez (2015), la antigüedad de los servicios públicos de atención sanitaria en cada zona específica, hace que se incremente su conocimiento, la vivencia de sus cambios, pero fundamentalmente el componente cultural. La autora entiende que el conocimiento y el vínculo constituyen una Red, que tiene que ver con la interrelación de los procesos que se generan en una misma cultura con similitudes en lo socio cultural, pero a su vez con la falta de relacionamiento entre lo público y privado.

Siguiendo con estos lineamientos se visualiza la importancia que se le da al factor humano por parte de las personas que concurren a los centros de salud, donde sus expectativas pasan por obtener una atención que se caracterice por la escucha y la dedicación de tiempo de los profesionales de la salud.

Se requiere de un proceso de atención sanitaria que se enfoque en el beneficiario, y que brinde respuestas útiles a sus necesidades, valores y preferencias. Esto hace a la competencia cultural del sistema de salud (Alarcón y Vidal, 2005).

Barreras en salud

Hirmas identificó que las barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud están socialmente determinadas y la mayoría se asocian con las inequidades sociales existentes en los países y requieren de una acción conjunta con distintos sectores de la salud para ser reducidas o eliminadas (Hirmas et. al , 2013).

Las barreras de acceso a la salud son definidas como situaciones o condiciones que impiden recibir o disfrutar tanto de la atención como de los beneficios que brinda el sistema sanitario (Campo et al., 2014)

Barreras culturales

En una investigación desarrollada en Colombia por Argote y Vázquez (2007), se evidencia cómo en algunos casos, los factores que determinan la cultura de un grupo poblacional pueden significar una barrera. En este estudio relacionado a las madres gestantes, se explicita que las costumbres, prácticas y creencias vinculadas a la maternidad, en algunos casos se consideran irrelevantes en lo que respecta al cuidado que brindan los centros de atención sanitaria, generandose así ciertos sentimientos de desconfianza para el uso de los servicios. La población estudiada son mujeres embarazadas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, ya que fueron desplazadas de sus hogares, teniendo que afrontar situaciones que podrían ser perjudiciales para su salud durante el embarazo. Desde el contexto que la situación de ser desplazadas les confiere, se pueden ocasionar barreras ya que en el fenómeno del desplazamiento hay una

gran heterogeneidad cultural que muchas veces dificulta el acceso a la salud por las diferencias que se presentan a nivel de la cultura entre estos grupos minoritarios y los que brindan atención en salud.

Zaldúa et al. (2013), en base a un estudio de las afectaciones subjetivas en el campo de la salud, realizado en Argentina, considera que el sistema sanitario presenta dificultades para elaborar un modelo de atención que contemple la diversidad cultural de los distintos grupos poblacionales que acceden a los servicios de salud. Los autores afirman que la variedad en la clase social, el grupo étnico, el género o la comunidad, es abordada por el sistema de salud, desde un único punto de vista. Esta carencia del sistema impide que se visualice la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los grupos minoritarios ya que el modelo de atención en salud, en la zona estudiada, tiene dificultades para integrar a estas minorías a los servicios. Este es el caso de un grupo de bolivianos que emigraron de su país para vivir en Argentina. Las personas que se encuentran en condición de migrantes en un país, poseen dificultades para asumirse como ciudadanos en un lugar del cual no provienen y en algunas ocasiones teniendo que vivenciar ciertas hostilidades por parte del resto de la sociedad, esto hace que no puedan ejercer muchas veces algunos derechos inherentes al ejercicio de la ciudadanía, lo cual conforma una barrera para el acceso a la atención sanitaria.

Barreras culturales investigadas en América Latina en ciertos grupos étnicos vulnerables

Se puede considerar como particular el vínculo con los servicios de salud en cuanto a su accesibilidad por el hecho de que además de ser adolescentes en zonas marginales, en asentamientos en situación de pobreza, ha sido percibido un distanciamiento con el sistema de salud y solamente acceden para controles muy específicos y en caso de urgencias. Pero hay entonces una diferencia apreciada entre adolescentes y jóvenes en las entrevistas realizadas. Los adolescentes de hasta 15 años, acceden con más frecuencia al hospital, pero ellos no acceden espontáneamente a los servicios, o van por la preocupación de los padres. Los varones adolescentes en general, son los que no concurren más que cuando se trata de urgencia (Comes et al., 2006).

Agudelo (2009) también identificó barreras que dificultan la concurrencia de los jóvenes y adolescentes provenientes de contextos marginales a los centros de salud. En las

entrevistas realizadas en México, proveedores públicos y privados consideran que este grupo poblacional se encuentra totalmente desvinculado de los servicios. Muchos de los jóvenes empiezan a tener sus primeras experiencias sexuales a temprana edad, pero muestran poco interés en lo que tiene que ver con los cuidados referentes al ejercicio de la sexualidad. Una doctora afirma que solamente una vez, acudió al centro de salud una joven de 15 años de edad para pedir métodos anticonceptivos. Se visualiza cierta desinformación y timidez por parte de los jóvenes y adolescentes con respecto al tema, que hace que busquen solucionar sus inquietudes sin recurrir a los profesionales, optan por apoyarse en tercero que en muchas ocasiones son sus amigos que también son adolescentes.

Barreras simbólicas:

Las barreras asociadas a la accesibilidad simbólica están relacionadas con diferencias en los mundos culturales de beneficiarios y profesionales, también pueden presentarse barreras referidas a construcciones de sentidos individuales, grupales o colectivos que no refieren a las diferencias culturales.

Stolkinner (2000) incorpora el concepto de accesibilidad simbólica, afirmando que las barreras que están constituidas por los imaginarios sociales y las representaciones de los sujetos serían un aspecto a tener en cuenta. Por ejemplo, la manera en que las personas conceptualizan la atención gratuita en salud pública, como derecho o como un acto de beneficencia por ser pobres, puede representar una barrera para el acceso al sistema de salud y a los beneficios que este otorga.

Las licenciadas Comes y Stolkinner (2004) al realizar un estudio de investigación para una reforma en salud de la ciudad de Buenos Aires, centralizaron su objetivo de trabajo en mostrar la accesibilidad simbólica de mujeres pobres en ciertas regiones de dicha capital a los servicios asistenciales. Para ello se tomaron ciertas tasadoras del concepto y determinadas representaciones sobre la gratuidad en la atención, en donde se percibía la atención de los pobres como “deber de beneficencia”. Negar el deber a la existencia del derecho a la atención aparece como barrera en este estudio.

La concepción de un “deber de beneficencia” que se otorgaría a los pobres implica concepciones prejuiciosas y preconceptuales de orden simbólico donde no se puede establecer un derecho de salud garantizado por la salud pública y/o privada (Comes y Stolkiner, 2004).

Barreras psico-socio-culturales:

Del concepto de accesibilidad psicosocio-cultural se entiende que la clave sería entender que el foco de los problemas está en la dificultades para articular las creencias y la cultura de los beneficiarios y los marcos de salud construidos por los servicios de salud y sus profesionales (Landini et al., 2014). Cuando los comportamientos y las costumbres de los colectivos discrepan con la cultura de los administrativos y con la forma de organización de los servicios surgen barreras socioculturales (Landini et al., 2014, Travassos et al., 2004).

Juárez y Saforcada (2013) afirman que la barrera psicosociocultural es expresada en términos de desencuentro entre las partes. Por un lado están las personas que integran el componente informal de los servicios de salud (pacientes) y por el otro las que integran el componente formal de estos servicios (personal de las instituciones).

Estos autores entienden que la barrera psico-socio-cultural se genera dentro del espacio intersubjetivo virtual que se encuentra entre el componente formal y el informal. Dicha barrera no sería tangible fácilmente ya que no está activa, no se puede visualizar y tampoco se presenta de manera continua, la única forma de percibirla es cuando interaccionan las subjetividades de los componentes y se observan los efectos de las reacciones afectivo emocionales negativas que surgen del relacionamiento entre las partes.

En la investigación realizada por María Paula Juárez y Enrique Saforcada (2013) en Argentina, más precisamente en una ciudad situada en la provincia de Córdoba, son analizadas las barreras psico-socio-culturales. En dicho estudio se manifiestan,

principalmente por parte de los profesionales hacia los consultantes, situaciones de extensión comunicativa, cosificación, menosprecio de la palabra del otro, actitudes de rechazo, valoraciones descalificantes, desconfianza, incomprensión, imposición de significado desde el uso exacerbado de léxico científico, entre otras. Se presentan así dificultades de relación, interacción y comunicación. El poder profesional en el campo de la salud disminuye las posibilidades de autoafirmación de los pobres y a la vez puede dañar su autoestima e incrementar, entre otros aspectos, la indefensión aprendida que caracteriza a estas poblaciones.

Una de las pocas investigaciones que fueron llevadas a cabo en Uruguay es el artículo de Graciela Umpiérrez (2015), que se propone identificar las barreras psico-socio-culturales en la accesibilidad de la población adulta a los servicios correspondientes al primer nivel de atención, más precisamente en las zonas influenciadas por el programa APEX - Cerro, se identificaron dificultades en el relacionamiento entre los usuarios y el personal no médico que trabaja en los centros de salud. Algunos discursos de los beneficiarios expresan disconformidad con respecto a la falta de escucha del personal administrativo y afirman que los trabajadores se creen “superiores”. Otros manifiestan que se sienten “un número” y expresan cierta incomodidad.

En el relacionamiento médico - paciente se visualizan pocas expresiones de disconformidad por parte de los usuarios hacia los profesionales de la salud, pero en un testimonio, un individuo declara que el Doctor atiende “como un número” y que no “levanta la cabeza” cuando se dirige a él en el momento de la consulta, pero a su vez lo justifica, considerando que actúa de esa forma porque tiene que atender a muchas personas más en su jornada laboral (Umpiérrez, 2015).

En la práctica de la medicina actual según J. Rodríguez (2006) hay falta de escucha, lo cual constituye un problema en la atención sanitaria, ya que la medicina debería ser entendida como una práctica humana que requiere, por lo tanto, de cierta humanización en su accionar (Umpiérrez, 2015).

Este tipo de problemas en la salud pueden ser considerados como conflictos culturales, que surgen a partir de diferencias de lenguaje, significaciones representaciones o actitudes entre los beneficiarios y los trabajadores de la salud. Las características del relacionamiento entre ambas partes va a influir en la eficacia de los servicios de atención en salud (Umpiérrez, 2015; Romero, 2003).

En las concepciones acerca de los saberes en salud que han surgido y que explicita Umpiérrez (2015) a continuación, han mostrado que las barreras que la población afronta a los servicios de salud son de orden socio-cultural, saberes culturales, costumbres y conceptos aprendidos, pero lo que es trascendental es que se generan en los propios servicios, es decir en el componente intersubjetivo general, por ejemplo: diversa gente no realiza rituales porque son mal vistos en general, solamente rezos de la religión católica, pero si se usan las terapias alternativas al mismo tiempo que la consulta médica.

Muchas veces el hecho haber estado en prácticas religiosas previamente para resolver su problemática de salud, es escondido al personal médico.

Ciertas personas buscan afectos sustitutos no autoritarios que esperan del que cura y esto lleva a la persona a buscar otras modalidades vinculares. Por ejemplo en una atención personalizada en donde no haya una burocracia, como las que existen en instituciones de asistencia (Umpiérrez, 2015).

A modo de conclusión en este artículo de Umpiérrez (2015), se transmite que en la zona estudiada no se presentan barreras en cuanto a la accesibilidad; el conflicto estaría en lo simbólico y cultural que generan las barreras.

Este modelo prosigue siendo un modelo asistencialista con una hegemonía médica predominante y por lo tanto representa una de las barreras socio-culturales más importantes (Umpiérrez, 2015).

Hay una expresión de elementos de cada uno de los componentes (formal, cuasiformal e informal) de una manera enriquecedora con una interrelación, pero que generaría tres grandes barreras: la lentitud de los cambios, una disociación entre el conocimiento y la práctica y la complementación de paradigmas (Umpiérrez, 2015).

La segunda barrera se genera en función de que las personas no actúan en relación a lo que saben, sino que las conductas se promueven por temores, fantasías, vivencias anteriores que pueden ser propias o de personas cercanas y por tanto eso sería el universo de la subjetividad (Umpiérrez, 2015).

La tercera barrera establecida por un ejercicio del modelo médico hegemónico, solamente puede ser transitado hacia un modelo más humano entre los usuarios, médicos y personal, con un modelo holístico y sistémico del propio ser humano (Umpiérrez, 2015).

Estigma

Campo, Oviedo y Herazo (2014) asocian la palabra estigma con estereotipo, prejuicio y discriminación. Se trata de juicios y calificaciones hechas de manera negativa hacia un grupo de ciudadanos con un rasgo en particular.

La experiencia del estigma, así como también sus componentes emocionales, cognitivos y conductuales, debe estudiarse desde la persona o grupo que estigmatiza, (perpetrador) como desde los individuos que sufren la estigmatización (víctima) (Campo, et al. , 2014).

El estigma es considerado como una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental, el cual se presenta mediante la negligencia y el olvido, ya que el componente mental a veces es obviado por parte de los diferentes actores que planifican los modelos de atención en salud. Una gran parte de la población, presenta actitudes negativas hacia las personas con trastornos mentales, según este estudio realizado en Colombia. En dicha investigación, se identificaron los efectos negativos que puede generar el estigma en las personas con trastornos mentales. Las personas que padecen este tipo de trastornos al ser estigmatizados, desarrollan sentimientos de culpa y vergüenza por sus síntomas, lo que hace que en muchos casos no accedan a los servicios que se brindan en salud mental. Otro de los efectos que genera el estigma es que las personas que padecen trastornos mentales no tienen poder político y además no se destinan los recursos suficientes como para para crear servicios sólidos y eficientes en salud en mental (Campo, et al. , 2014).

En Uruguay también hay problemas en cuanto a los servicios de salud mental. El ministerio de Salud pública entiende la relevancia del Programa Nacional de Salud Mental, pero a la vez lo consideran como un campo problemático, debido a las dificultades existentes relacionadas a la centralización de los servicios y al bajo presupuesto con el que se cuenta y que impide cubrir las necesidades de los pacientes psiquiátricos. En este contexto se hace difícil la inclusión de este grupo poblacional al sistema de atención en salud (Bianchi et al., 2010).

En la investigación que realiza Graciela Zaldúa junto a un grupo de profesionales (2007) se estudian los diferentes tipos de barreras en la atención sanitaria en la ciudad de

Buenos Aires. En dicho estudio se identificaron barreras en cuanto a la accesibilidad simbólica. Se evidenció un caso de discriminación por parte de una enfermera hacia una madre peruana que concurría al hospital para que vacunen a su hijo bebé. En esta situación específica se vulneró el derecho universal a la no discriminación.

La desigualdad de poder entre el individuo y los centros que brindan servicios de atención en salud puede significar una barrera. El beneficiario debe enfrentarse a una institución con poder, que posee determinadas normas a seguir pasando a ser parte de una organización. Esta desigualdad de poder que se visualiza en la interacción entre usuario e institución puede generar, en algunos casos, cierta estigmatización por parte del personal profesional y no profesional que trabaja en salud (Delgado y Vázquez, 2006).

Alarcón y Vidal (2005), estudian las barreras culturales en el proceso de atención primaria infantil en Chile, basándose en los discursos de las madres. Los autores identificaron carencias en la competencia cultural del sistema de atención en salud. Todas las madres mencionaron barreras en lo que respecta al lenguaje con el personal de salud, debido a que no comprenden el lenguaje técnico biomédico y expresan que en algunas ocasiones los profesionales se enojan cuando se les pregunta qué significa lo que dicen. Las barreras en el lenguaje pueden ser también idiomáticas, ya que en algunas ocasiones pueden concurrir a los servicios de salud grupos poblacionales, en este caso Mapuches, que tengan su propio idioma y no entienden por ese motivo las indicaciones del médico que tampoco prestaría atención a ese factor a la hora de dirigirse al usuario.

Otra de las barreras corresponde a la falta de reconocimiento de la cultura sanitaria de la familia por parte del profesional. Algunas madres consideran que el personal no respeta sus valores y creencias culturales, esto hace que las beneficiarias no expresen su punto de vista en relación a los medicamentos que son recetados para sus hijos, por temor a que los médicos se enojen y hasta se llegaron a interrumpir tratamientos por entender que la medicación no era apropiada para sus hijos.

La tercera dimensión de barreras, identificada en este estudio corresponde a las expectativas de la relación entre médico y paciente. La mayoría de las madres califican la interacción entre profesional y beneficiario como "fría e impersonal" y no centrada en lo que realmente necesitan los usuarios. Los médicos no dedican mucho tiempo a los pacientes para hablar de las enfermedades y no ayudan a las personas que concurren a comprender

los problemas con más profundidad. Señalan que existe falta de comprensión por parte del personal y que no dedican mucho tiempo en examinar bien a los niños.

Estas barreras pueden entenderse como psico-socio-culturales, porque se puede visualizar el conflicto que surge entre el personal de la salud y los beneficiarios, en base a las tres diferencias notorias que aparecen anteriormente, en cuanto a los factores culturales entre ambas partes.

Barreras psico-socio-culturales investigadas en América Latina en ciertos grupos etáreos vulnerables.

Considerando las barreras que enfrentan jóvenes y adolescentes, en una investigación realizada en Chile por Lucy Poffald et al. (2013) se identificó que algunas jóvenes embarazadas ingresan a controles prenatales tardíamente, debido a factores que hablan de cierta vulnerabilidad familiar y social. Se percibe cierto temor por parte de las embarazadas al reproche cultural de las familias así como también del contexto social y del sistema de salud. Las adolescentes creen que sus familias van a verse decepcionadas y que su embarazo va a ser asimilado de manera negativa, es por esto que no le cuentan a sus padres. Las familias cuando se enteran suelen reaccionar negativamente con descalificaciones, enojos y en algunos casos expulsan del hogar a las jóvenes. También existe la creencia de que los profesionales del centro de atención en salud van a criticar negativamente la condición de ser adolescente embarazada, lo cual constituye una barrera socio cultural.

El temor a las posibles represalias por parte de las instituciones de salud hace que muchas personas se alejen de los servicios de atención sanitaria, argumentando que no quieren tener problemas con los profesionales o con el personal administrativo. Esto hace que no se expresen con total libertad, ni manifiesten su descontento ante algo que les parece inadecuado. Esta apatía ante la participación en salud fue visualizada en usuarios de estratos medios y bajos de Colombia (Delgado y Vázquez, 2005).

En función de la heterogénea presentación de problemáticas de la salud de personas de la tercera edad, se realizó una investigación de acción participativa de los adultos mayores, usuarios del hospital, la que lo demandó y la que lo llevó cabo. Mediante encuestas a todos los usuarios adultos mayores del hospital de un barrio determinado. Los resultados obtenidos refirieron, que en cuanto a la accesibilidad geográfica no existía ninguna problemática al respecto. También que la accesibilidad económica, la mayoría de los adultos mayores saben claramente que el hospital no le cobra al usuario adulto que concurre para recibir atención, pero sí se pudo apreciar la existencia de cierta barrera simbólica que estaba en concordancia con otra de orden económico, porque dichos adultos mayores, 4, pocos pero relevantes, dijeron que el hospital cobra para brindar atención (Comes et al., 2006).

En las tres dimensiones de barreras estudiadas, se percibe que los grupos sociales que provienen de contextos sociales críticos, encontrándose en situación de vulnerabilidad social o pobreza, son los que enfrentan mayores inconvenientes al momento de acceder a los servicios de salud.

María Epele (2007), señala que las prácticas simbólicas que se han ido construyendo al mismo tiempo que la pobreza y desigualdad, devienen, de cierta manera en procesos de visibilidad y ocultamiento, exclusión y autoexclusión que han ido conformando patrones de vulnerabilidad de estos grupos poblacionales.

A partir de dichas prácticas simbólicas, se generan en el campo de la salud, en algunos casos, situaciones de estigmatización, y se estaría hablando entonces de barreras psico-socio-culturales, ya que supone un conflicto entre la interacción de beneficiarios y profesionales de la salud.

Según los estudios realizados se constató también que los jóvenes y adolescentes, afrontan barreras de tipo cultural y psico-socio-cultural.

Conclusiones

El concepto de accesibilidad surge en el campo de la salud. A partir de la revisión de artículos, se visualiza cómo dicho concepto ha sido reformulado, existiendo diversas conceptualizaciones que lo van caracterizando de diferente manera según el enfoque o perspectiva desde el cual se lo define.

Si bien las políticas sanitarias impulsadas por el Sistema Nacional Integrado de la Salud, basándose en los principios de la Atención Primaria en Salud, consideran a la accesibilidad como uno de sus principios fundamentales, existen carencias significativas en lo que respecta a la atención sanitaria que se manifiestan en diversos tipos de barreras.

Las barreras psico-socio-culturales que fueron halladas en las distintas investigaciones, dejan en evidencia conflictos considerables en la interacción que se genera entre los usuarios y el personal de los centros de salud.

Los grupos poblacionales que se encuentran en situación de pobreza o vulnerabilidad social, suelen ser los que tienen más dificultades para acceder a los servicios.

Los grupos minoritarios son de alguna manera “incomprendidos” en muchos casos, dentro del sistema de salud, y en ocasiones discriminados por parte de las instituciones que no cuentan con un modelo de atención sólido que permita incorporar a estas personas a los servicios.

Las políticas institucionales fueron elaboradas desde un único punto de vista que impide que se trabaje de manera acorde con la heterogeneidad cultural que predomina en las sociedades actuales.

El modelo tradicional de la salud no presenta una competencia cultural sólida que permita estudiar las singularidades de los usuarios y entender la problemática de los

mismos, sin juzgar y/o discriminar por estar en desacuerdo con sus valores, creencias y representaciones.

Se estaría necesitando un paradigma de la salud que promueva la participación social colectiva para subsanar las desigualdades y reducir las inequidades, incentivando a que los usuarios se acerquen a los servicios y creen por sí mismos, también, condiciones para la accesibilidad, haciendo valer sus derechos y participando en la toma de decisiones, para que estas se dejen de tomar de forma unilateral.

También es necesario trabajar en la formación de los profesionales de la salud para lograr que éstos procuren brindar una atención en donde se priorice la escucha, mediante un trato humanizado y que se interesen por la problemática de los pacientes, aumentando la calidad de las consultas.

A su vez sería propicio otorgar información a la población, para que conozcan más acerca de sus derechos y responsabilidades como ciudadanos en lo que a la salud respecta y a su vez que tomen conciencia del riesgo que puede significar el no acceso a los servicios de salud ante determinados síntomas o problemas.

En cuanto al desarrollo teórico-conceptual de la monografía, se puede concluir que en lo que respecta a barreras simbólicas, que tienen que ver con el mundo de las representaciones, creencias, fantasías, de los afectos que son operantes en los sujetos, ha sido muy difícil poder calibrarlo con métodos que lo cuantifiquen, el concepto es abordado, según los artículos revisados, de manera más cualitativa.

Potencialmente esta dificultad de investigación de barreras simbólicas, ha sido, aquellos operadores abstractos de representaciones simbólicas de la historia de vida de los sujetos, pero que tampoco estarían desgajados de la urdimbre de lo psico-socio-cultural.

Las dificultades en la accesibilidad simbólica fueron abordadas desde el orden psico-socio-cultural o cultural, por los autores tenidos en cuenta para este trabajo, porque se puede plantear que podrían ser un sostén de entendimiento de dicha problemática.

Referencias

Agudelo , M. (2009). Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de servicios de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 169-176.

Alarcón, A., Vidal, A. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública México* 2005;47:440-446.

Alfaro, J., Sánchez, A. y Zambrano, A. (comp) (2012). "Psicología comunitaria y políticas sociales. Reflexiones y experiencias". Buenos Aires; Ed: Paidós.

Argote, L., y Vásquez, M. (2007). Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante. *Colombia Médica*, 38(4, Suppl. 2), 27-4

Arredondo, A y Melendez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública. México* 34:36-49.

Bianchi, D., Cano., A; Evia., V., Rodríguez, N. (2010). Los programas integrales universitarios en la investigación y la formación en salud mental. Relato de un proyecto de investigación. (Proyecto de investigación científica). Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.

Campo, A., Oviedo, H., y Herazo, E. (2014). Artículo de revisión: Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 43:162-167.

Catalán Álvarez, Vilma; (2010). Factores de accesibilidad relacionados con muerte perinatal. *Rev: Cuidarte*, Enero-Diciembre, pág.26-34.

Comes, Y. (2003). El concepto de accesibilidad: una revisión conceptual. (Proyecto UBACyT P077). Ciudad de Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Comes, Y., y Stolkiner, A. (2003) Concepción de "Responsabilidad individual" en el cuidado de la salud como barrera de accesibilidad simbólica al sistema de salud en el discurso de los usuarios pobres del área metropolitana de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Anuario de las Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA. (pág: 30) Buenos Aires.

Comes, Y., y Stolkiner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de investigaciones, 12, 137-143.

Comes, Y. (2003). El concepto de accesibilidad: una revisión conceptual. (Proyecto UBACyT P077). Ciudad de Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre la criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. Cuadernos de Antropología Social. FF y L. UBA, 25. 153-170.

Giorgi, V. (2012). Entre el control tutelar y la producción de ciudadanía: Aportes de la psicología comunitaria a las políticas de infancia. En J. Alfaro, A. Sánchez, & A. Zambrano (Eds.), Psicología comunitaria y políticas sociales: Reflexiones y experiencias (pág. 201-225). Buenos Aires: Paidós.

Giorgi, V., Rodríguez, A. & Rudolf, S. (2011). La Psicología Comunitaria en el Uruguay. Herencias y rupturas en relación con su historia. En M. Montero & I. Serrano García (Comps.), Historias de la Psicología Comunitaria en América Latina. Participación y transformación (pág.399-421), Buenos Aires: Ed. Paidós.

Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Publica Mex* 2013; 55:572-579.

Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(3):223–9.

Juárez, M., P, y Saforcada, E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(3), 210-227.

Landini, F., González, V., y D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cuaderno de Salud Pública*. (30) 2, 231-244.

Ley N° 18.211 Sistema nacional integrado de salud. 2006

Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay. (2014). Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay.

Organización Mundial de la Salud (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978). Alma-Ata, URSS. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2008) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud Resumen analítico del informe final 2008. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

OMS (2011). Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 de octubre de 2011.

OPS (2005). Derribar las barreras sociales a la salud. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, Septiembre de 2005.

Rodríguez, S. (2010) Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. (Trabajo de investigación). Universidad de Barcelona, España. Colombia.

Rodríguez, A. (2012). Aportes de la Psicología Comunitaria al campo de las políticas públicas sociales: El caso de Uruguay. En J. Alfaro, A. Sánchez, & A. Zambrano (Eds.), Psicología comunitaria y políticas sociales: Reflexiones y experiencias (pág.111-146). Buenos Aires. Ed: Paidós

Rodríguez, F., Jiménez. W., Jiménez, C., Coral, A., Ramírez, P., Ramos, N.. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): pág. 212-227. Extraído de: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps.13-27.ebas>.

Saforcada, E. Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Rev. Aletheia 2012;37: 7-22.

Stolkiner et al. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken.

Toyos, P. (2008-2009). Análisis de situación de salud. Zona de salud 10 Montevideo, Uruguay. Monografía de Postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, UdelaR.Uruguay: inédito.

Umpierrez Chavez G. Accesibilidad simbólica: barreras psicosocioculturales en la accesibilidad de la población adulta a los servicios de Primer Nivel de Atención, Montevideo. Revista Uruguaya de Enfermería (RUE), mayo 2015, 10 (1): 42 - 55.

Vega J., Solar O., Irwin, A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Jadue L, Fabiola M,

eds. Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Chile: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud (ICES); 2005. Pág. 9–18

Zaldúa, Graciela, Sopransi, María Belén, Nabergoi, Mariela, Longo, Roxana, Estrada Maldonado, Sandra y Veloso, Verónica (2007). Ciudadanía, accesibilidad a la salud y afectaciones subjetivas y colectivas.. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 205-207.