



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ATENCIÓN A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL**



**ACCESIBILIDAD SIMBÓLICA: BARRERAS
PSICOSOCIOCULTURALES EN LA
ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA
A LOS SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN, EN LA ZONA DE INFLUENCIA
DEL PROGRAMA APEX - CERRO**

Autora:

Lic. Esp. Enf. Ctaria. Graciela Umpiérrez

Tutora:

Mag. Susana Rudolf

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2012

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

En esta realización resultado de la responsabilidad de una persona pero que sin el vínculo de tantas y tantos hubiera sido imposible, es muy difícil plasmar agradecimientos sin olvidar a nadie.

Se puede transformar en injusto querer marcar una lista en este sin fin de relaciones que van desde los diversos autores con el vínculo mediante sus publicaciones a quienes han estado presente permanentemente.

Sin embargo es importante reconocer aquellos que quedaran señalados en la memoria junto con el proceso.

Es sin duda el primer lugar, el agradecimiento a Susana Rudolf de quien destaco a más de todo lo que implicó su función como tutora, su estímulo, el acompañamiento en las vivencias así como en el crecimiento personal y profesional en este viaje a la obtención de conocimientos con importante carga de afectividad.

A Federico Ramos, el primero que aportó apoyo profesional y humano que fueron cimiento y pilares de esta construcción.

A la Facultad de Enfermería por la posibilidad de realizar la Maestría, especialmente a quienes desde múltiples formas me brindaron su permanente apoyo.

A Nicolás Brum por su amplia orientación desde su profesión, la bibliotecología y desde la misma profesión a partir de su actividad curricular como estudiante, a María Noel dos Santos, quien con su exploración bibliográfica sobre el tema, amplió las posibilidades al respecto.

A los compañeros de APEX- Cerro que facilitaron el camino con variados aportes y muchas sonrisas.

A mi compañero de equipo Oscar Rorra, una máquina de impulsos positivos.

A los estudiantes de la Lic. en Enfermería, quienes mediante los informes de sus prácticas curriculares en el marco de APEX-Cerro, aportaron información que permitieron justificar el problema desde la realidad.

A Gabriela Romanutti la que desde su mirada profesional en base a la lectura de la primera versión brindó importantes aportes.

A la comunidad cerrense, de la que formo parte y ha sido motor generador y fortalecedor desde su apoyo incondicional, destacando en ella a los actores directos que abrieron las puertas de sus hogares aportando sus propias vivencias con confianza y afecto.

A mi familia por su acompañamiento silencioso y paciencia.

Pero por sobre todo a mi nieta Sofia quien me aportó un nuevo conocimiento “Un rico helado permite dejar pensar a las abuelas”

A todos GRACIAS

ÍNDICE DE SIGLAS

AEPSM:	Asociación Española Primera de Socorro Mutuo
AJUPEN:	Asociación Jubilados y Pensionistas
ALAMES:	Asociación Latinoamericana de Medicina y Social
AM:	Adulto Mayor
ANEP:	Administración Nacional de Educación Pública
APEX:	Aprendizaje Extensión
APS:	Atención Primaria de Salud
ASSE:	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BCG:	Bacillus de Calmette y Guérin
BPS:	Banco de Previsión Social
CASMU:	Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay
CAP:	Centro de Atención Periférica
CCZ:	Centro Comunal Zonal
CDC:	Consejo Directivo Central
CI:	Cedula de Identidad
CMI:	Centro Materno Infantil
COVICENOVA:	Cooperativa de Viviendas Cerro Norte Vanguardia
CSC:	Centro de Salud del Cerro
CUDAM:	Centro Uruguayo de Atención Medica
DISSE:	Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad
EBO:	Equipo Barrial Operativo
ECES:	Enfermeras Comunitarias de Enlace
ECH	Encuesta Continua de Hogares
ENHA:	Encuesta Nacional de Hogares Ampliada
EFCSA:	Establecimientos Frigoríficos del Cerro Sociedad Anónima
FONASA:	Fondo Nacional de Salud
FFAA:	Fuerzas Armadas
GCI:	Grupo de Coordinación Interinstitucional
GUM:	Grupo Universitario Multiprofesional
H Cl:	Hospital de Clínicas
H Cli:	Historia Clínica
IAMC:	Institución Asistencia Médica Colectiva
IM:	Intendencia de Montevideo
IMAE:	Instituto Medicina Altamente Especializada
IMM:	Intendencia Municipal de Montevideo
INAME:	Instituto Nacional del Menor
INAU:	Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay
INE:	Instituto Nacional de Estadísticas
INISA:	Instituto de Investigación en Salud
JUNASA:	Junta Nacional de Salud
OAU:	Oficina de Atención al Usuario
OMS:	Organización Mundial de la Salud

ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OUL:	Observatorio Urbano Local
OUN:	Observatorio Urbano Nacional
PAP:	Papanicolaou
PIAS:	Plan Integral de Atención a la Salud
PIT-CNT:	Plenario Internacional de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores
PNA:	Primer Nivel de Atención
RAP:	Red de Atención Primaria
R X:	Rayos Equis
SAS:	Servicio de Atención a la Salud
SAP:	Servicio de Atención Psicológica
S-E:	Salud - Enfermedad
SERENAR:	Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo
SINADI:	Sistema Nacional de Investigadores
SNA:	Segundo Nivel de Atención
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud
STS:	Sistema Total de Salud
UAP:	Unidad de Atención Periférica
U de la R:	Universidad de la República
UBA:	Universidad de Buenos Aires
UPECA:	Unidad Periférica CASMU

RESUMEN

Concentrados en “La Accesibilidad Simbólica” a Centros de Salud del Primer Nivel de Atención (PNA), cuando el país transita por el cambio de modelo de atención a la salud, se buscaron respuestas a la interrogante ¿Que barreras sicosocioculturales no permiten a los destinatarios establecer un vínculo con el PNA a la Salud?

Objetivo: Identificar y comprender algunos de los componentes subjetivos (creencias, vivencias, saberes construidos, sentires, percepciones, hábitos, prácticas, actitudes, etc.) que actúan como barrera de accesibilidad a servicios públicos y privados del primer nivel de atención en la población adulta de la zona de influencia del Programa APEX- Cerro.

Palabras claves: Disponibilidad, Demanda, Subjetividad, Barreras psicosocioculturales, Accesibilidad simbólica, Primer nivel de atención.

Mediante un estudio exploratorio, metodología cualitativa, intencionalidad ética, en Montevideo, zona de APEX- Cerro, territorios de los Equipos Barriales Operativos (EBOs).

Los datos se obtienen en dos etapas por entrevistas semiestructuradas.

En la primera en los servicios del PNA, públicos y privados sitios en la zona de referencia.

En la segunda a individuos de los territorio de cada EBO, mayores de 25 años, ambos sexos, que no asistieron a un servicio de salud en el año previo a la entrevista, considerando la representatividad socio-económica cultural y la saturación de información.

Del análisis surgen tres grupos de barreras a la accesibilidad, La lentitud en los cambios, La disociación entre conocimiento y prácticas en salud y Las dificultades en la complementación de paradigmas, generados mayormente en la dimensión cultural o simbólica, componente intersubjetivo general del Sistema Total de Salud. Donde están las posibilidades de quebrar esas barreras, generando empatía y confianza, para lo que se requiere un cambio paradigmático con enfoque salubrista orientado a la formación Universitaria.

INDICE

1-	INTRODUCCION	9
2 -	ANTECEDENTES	13
3 -	MARCO REFERENCIAL	22
3.1	El Cerro	22
3.2	APEX-Cerro	24
3.3	Servicios del PNA	26
3.4	Sistema integrado de salud	28
4 -	MARCO TEORICO	35
5 -	DISEÑO METODOLOGICO	46
5.1	Preguntas que orientan a la investigación	46
5.2	Objetivos	47
5.3	Palabras claves	47
5.4	Metodología	47
5.5	Obtención de la Información	49
5.6	Descripción de los datos	49
5.7	Análisis Interpretativo	50
5.8	Conclusiones	50
6 -	DESCRIPCION DE LOS DATOS	51
6.1	Generalidades	51
6.2	Descripción según categorías	54
7 -	ANALISIS INTERPRETATIVO	66
7.1	Accesibilidad Geográfica	67
7.2	Accesibilidad Económica – Financiera	67
7.3	Accesibilidad Organizacional o Burocrática y Legal	68
7.4	Accesibilidad Cultural	74
7.5	Saberes y prácticas populares	75
7.6	Transmisión generacional	77
7.7	Concepciones sobre Salud y Derecho	78

8 -	DISCUSIÓN	80
8.1	Dimensiones de la accesibilidad	80
8.2	Procesos de cambios	81
8.3	Sistema de Salud (Demanda-Captación)	81
8.4	Consulta: Motivos - Conocimiento -Experiencia	82
8.5	Prevención	85
8.6	El factor humano	86
8.7	Interrelaciones en los Servicios	86
8.8	Conceptos Salud – Derecho	88
8.9	Conductas relacionadas con la Salud: Otras Terapias	90
8.10	Saberes en salud	92
9 -	CONCLUSIONES	94
9.1	Lentitud en los cambios	96
9.2	La disociación entre el conocimiento y la practica	96
9.3	Las dificultades en la complementación de paradigmas	97
10 -	BIBLIOGRAFIA	100
11 -	ANEXOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	TITULO	Anexo	Pág.
1	Expansión de la atención integral en el SNIS	8	18
2	Servicios del PNA en la zona del Cerro	8	29
3	Relación de servicios y dependencia por EBO	8	121
4	Relación de servicios y dependencia por EBO	9	138
5	Total de consultas realizadas en el 2008 por Servicio de Salud	8	128
6	de consultas a las diferentes profesiones en el 2008 por servicio de salud	8	130
7	Profesionales según diferentes profesiones y dependencia laboral Públicas o Privadas.	8	123
8	Total de consultas a las diferentes profesiones en el 2008 por servicio de salud.	8	128
9	Número de actividades grupales de Promoción y Prevención por servicio en el 2008.	8	131
10 A	Servicios de Salud – Ofertas de Servicios y Actividades de Prevención y Diagnosticas Intramuros	8	124
10 B	Servicios de Salud – Ofertas de Actividades de Promoción y Prevención Extramuros	8	124
11	Características de las concurrencias a los Servicios de Salud.	9	140
12	Motivos de consulta a los Servicios de Salud.	9	138
13	Cantidad de Actividades individuales de Prevención y Diagnóstico por servicio en el 2008.	8	131
14	Conocimientos o saberes populares Identificados como terapias alternativas.	9	143
15	Motivo del uso de terapias Alternativas.	9	144

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°	TITULO	Anexo	Pág.
1	Tiempo de no concurrencia a un servicio de Salud	9	136
2 A y B	Edad de los entrevistados	9	134
3	Servicios de Salud Entrevistados por territorio de EBO	9	132
4	Sexo de población entrevistada	9	132
5	Sexo de Población por territorio EBO	9	133
6	Cobertura de Salud	9	136
7	Antigüedad de los servicios en la zona	8	122

1. INTRODUCCION

Históricamente, el hombre se ha ocupado más de la enfermedad, que de la salud, conducta aplicada habitualmente en la vida diaria, aquellas cosas que funcionan bien y no son fuente de problemas no atraen la atención y en general, no son motivo de estudio o de interés. Por el contrario, sí lo son, aquellas que andan mal, que no funcionan o que ocasionan problemas de cualquier naturaleza. Por eso se dice tantas veces, que “el valor de la salud se aprecia realmente cuando se pierde o se resiente”, entretanto hay poca o ninguna preocupación de cuidarla, de buscar la forma de mejorarla, evitar riesgos o hábitos de vida que puedan deteriorarla.

En la conferencia de Alma Ata, se estableció: “Alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.”¹

Para el alcance de dicha meta, algunos países han avanzado en mayor medida que otros; mientras que trabajos científicos enuncian que aún existen unos 100 millones de personas en América Latina y el Caribe que no tienen acceso a los servicios básicos de salud,² algunas experiencias demuestran que no todo depende de los recursos económicos, reconociéndose que se requeriría la transformación de sistemas y servicios y además de los complejos entramados sociales y éticos.

En el Uruguay el modelo de atención a la salud ha sido fundamentalmente asistencialista, compuesto por varios efectores que muchas veces se superponen. A pesar del desarrollo de la Salud Pública, aportes de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA)³, indican la existencia relevante de personas que no llegan a los servicios de salud y las que declaran tener derechos en instituciones públicas y privadas expresando no utilizar los servicios de salud, lo que se reafirma con datos provenientes de informes de diagnósticos realizados en procesos curriculares de extensión de estudiantes universitarios⁴. Por otra parte, entre otros autores, Phillips (1990), Nájera (1996), Chias (2001) enumeran como dimensiones de accesibilidad: la geográfica, la económica o financiera, la organizacional o burocrática, la sociodemográfica (sexo y edad) y la legal, las que en Uruguay no presentan importantes barreras a la accesibilidad a los servicios del Primer Nivel de Atención a la Salud.

1 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, URSS; 6-12 set. 1978. Informe. Ginebra: OMS; 1978.

2 Organización Panamericana de la Salud. Las orientaciones estratégicas y programáticas 1995 – 1998. Washington: OPS; 1995.

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

4 Informes de Estudiantes sobre Aproximaciones diagnósticas en el marco curricular del curso Diagnóstico de Salud Colectiva dictado por el Departamento de Enfermería Comunitaria, Facultad de Enfermería, tutora Graciela Umpiérrez, en los barrios "La Paloma", Asentamiento "Barrio 33 Orientales" 2005, Barrio Villa del Cerro en Complejo habitacional B.P.S., "Fortaleza" 2005, Villa del Cerro 2006, Policlínica Vecinal Tito Borjas y zona de influencia 2007, Complejo de viviendas "Casa Colectiva N° 7" 2008. Sin editar

Desde el concepto de accesibilidad desarrollado por Alicia Stolkiner y su equipo de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, como “el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios”⁵; subrayando la importancia de la articulación entre los dos actores (servicios y sujetos), lo que los servicios ofrecen a la población y también lo que la población argumenta sobre los servicios. Considerando el análisis que realiza, Julio Frenk⁶ sobre este concepto, expresa que “universalizar el acceso a la salud, no significa resolver los problemas de salud de la población, ni mucho menos resolver los problemas de accesibilidad a la salud”. Se concibe vital delimitar las barreras para poder luego actuar al respecto, considerando que ser sujeto es poder elegir, incluso en la destrucción y la propia auto-destrucción.

Con el Objetivo de: Identificar y comprender algunos de los componentes subjetivos (creencias, vivencias, saberes construidos, sentires, percepciones, hábitos, prácticas, actitudes, etc.) que actúan como barrera de accesibilidad a los servicios públicos y privados el primer Nivel de Atención en la población adulta de la zona de influencia del Programa APEX - Cerro.

Se buscan respuestas a la interrogante ¿Qué barreras psicosocioculturales no le permiten a los destinatarios establecer un vínculo con el Primer Nivel de Atención a la Salud? Esto está enmarcado en el análisis de Saforcada, sobre el Sistema Total de Salud (STS), su componente Intersubjetivo General, constituido por la relación entre los Integrantes del Componente Formal y el Informal⁷.

Mediante un estudio exploratorio, apuntando a comprender el fenómeno, se desarrollaron las acciones que atañen al problema. Siguiendo a M. Campo (Madrid 2001), se utiliza la Metodología cualitativa, entendiendo que ofrece oportunidades para la comprensión y entendimiento del proceso de vida que las personas hayan podido participar, buscando comprender la conducta humana, los factores que la influyen, apoyado en aportes cuantitativos de la documentación de datos relevantes para el conocimiento del contexto institucional y local.

Como investigador se mantuvo una intencionalidad ética, con un rol comprometido con la realidad sociocultural en la que se participó, pretendiendo profundizar y analizar la misma.

El estudio se desarrolló en la República Oriental del Uruguay, ciudad de Montevideo, zona de influencia del Programa APEX- Cerro, el que desarrolla su estrategia apuntando a la mejor calidad de vida de la población, teniendo como eje teórico y operativo a la salud, con una visión integral de la misma. Con el fin de abarcar toda la territorialidad de manera

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

6 Frenk J 1995 “El concepto y la medición de accesibilidad” Oficina de análisis y Planificación estratégica Centro de Investigación en Salud Pública de la Secretaria de Salud Méjico, D.F. Méjico

7 Saforcada E. Psicología Sanitaria: Análisis crítico de los sistemas de atención de la Salud. Buenos Aires Paidós; 1999. Cap. 2 p.49.

equitativa se utilizan los límites de los Equipos Barriales Operativos (E B Os), como integrantes ejecutivos del Programa APEX- Cerro, constituidos por docentes que conforman equipos multiprofesionales que facilitan la articulación de los proyectos de acción de cada barrio, con los servicios de salud de la zona entre otras organizaciones; identificando los servicios de PNA públicos y privados de referencia.

El área problema incluyó a los integrantes del componente formal del STS, servicios públicos y privados del primer nivel de atención, considerando su oferta y demanda, obteniendo la información desde la fuente misma. Los componentes subjetivos de la población adulta, que se derivan o intervienen en la interrelación en los servicios, actuando como barrera de accesibilidad simbólica a los servicios del PNA de la zona de influencia del Programa APEX- Cerro, especificando la división territorial de los E B Os.

El Universo estaba compuesto por los Servicios del P.N.A. Públicos y privados de la zona y la población adulta, mayor de veinticinco años, que no había asistido a un servicio de salud, en el periodo mayor a un año previo a la entrevista, siendo excluidos quienes presentaran discapacidad física y/o mental.

Buscando la intervención de una amplia diversidad socio económico cultural de la población para la conformación de la muestra, se planteó que a más de la saturación de la información, se debería simbolizar la multiplicidad socio-económica-cultural, asegurando la intervención de la población desde los territorios de todos los EBOs.

Los datos se obtuvieron en dos etapas. La primera mediante entrevistas semi-estructuradas a coordinadores o sus derivaciones de los servicios de salud del PNA apuntó a la obtención de conocimientos sobre población de referencia, disponibilidad, demanda y factores culturales que influyen en la interrelación de los actores de los servicios con la población. Este proceso se vio dificultado por la burocracia, la negación en algunos casos o la información a medias, que problematizó la obtención de datos previstos, a pesar de intentar actividades no planificadas, como las entrevistas en los servicios centrales, las cuales muchas veces también fueron trucas.

En la segunda, mediante entrevistas semi-estructuradas a la población de referencia. El acercamiento a la población, por parte de los integrantes de los EB Os, se vio imposibilitado por negar la no concurrencia a los servicios de salud, lo que se relaciona con el conocimiento de la importancia de la consulta y la etapa de proceso de cambio en el sistema de salud que se vive en el país, no comprendido por la población y con poca información, que la confunde. En su lugar, se buscó la identificación de la población recurriendo al “boca a boca” desde vecinos referentes.

Las entrevistas se realizaron con previo consentimiento, señalando la confidencialidad de la misma, teniendo en cuenta la saturación de la información para definir el número de entrevistados; quienes en su mayoría, eligen como lugar para las entrevistas los propios domicilios y solo en algunos casos los lugares de trabajo.

En el proceso se realizaron tres entrevistas piloto lo que llevo a que la guía para las mismas incluyera ítems más aclaratorios y más orientadores a las respuestas siempre manteniendo

la intención de obtener una respuesta libre de directivas.

El análisis se efectuó de acuerdo a categorías propuestas, teniendo en cuenta desde el Marco Conceptual, que la Categorización según Bardin, (1988) “es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía”⁸, confrontando luego, los resultados con la teoría.

La discusión es planteada desde las temáticas más relevantes entre ellas: Las dimensiones de la accesibilidad, el proceso de cambio, las características socio – demográficas, el sistema de salud, las demandas, las consultas desde las demandas y captación, motivos – experiencias y conocimiento experiencias, la prevención, el factor humano, las interrelaciones en los servicios, los conceptos salud-derecho, las conductas relacionadas con la salud, otras terapias y los saberes en salud.

En las conclusiones se recalca la importancia del cambio paradigmático, desde un enfoque salubrista con énfasis en la formación universitaria.

⁸ Etchebarne L. Coordinadora en Temas de Medicina preventiva y social. Cap 7 Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención Montevideo: Facultad de Medicina; 2001 3ra Edición p. 7

2. ANTECEDENTES

En las referencias previas que enmarcan la evaluación del desempeño hospitalario en Méjico 1999-2002 se acentúa la información sobre la evaluación de utilización, donde se expresa “La investigación de la accesibilidad y utilización de servicios de salud se ha realizado desde diversas disciplinas, entre ellas la economía de la salud, la sociología, la antropología, la salud pública y la geografía. Existen tres tipos principales de modelos que tratan de explicar la utilización de servicios de salud: los económicos, los de comportamiento y los causales. Todos ellos abordan aspectos desde su particular perspectiva y analizan factores que fomentan o animan la utilización y otros que actúan como obstáculos”.⁹

En 1998 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) subvenciona al Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica San José, el Proyecto de investigación con la autoría de Luis Rosero Bixby y Douglas Güell; “Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica.”¹⁰

El estudio está basado en un sistema de información geográfica (GIS) y técnicas de análisis espacial para relacionar la población (la demanda) con los servicios de salud (la oferta), con el fin de valorar la accesibilidad de los servicios y su equidad. Buscando respuesta a ¿Cuán equitativo es el acceso a los servicios de salud en Costa Rica? ¿Hasta qué punto el actual proceso de reforma del sector salud ha alterado el entorno de oferta de servicios y su accesibilidad?

En México, diversas instituciones trabajando con el gobierno federal y el Programa Hábitat de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la construcción de observatorios urbanos conforman el Observatorio Urbano Nacional (OUN) (Red Observatorio Urbano Locales (OUL)), en contribución con el debate sobre la importancia de la accesibilidad a servicios públicos y privados, como un indicador de desempeño y de calidad metropolitana.¹¹

Carlos Garrocho y Juan Campos en el trabajo: “Un indicador de accesibilidad a unidades de servicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación” proponen el diseño de un indicador de accesibilidad a servicios públicos y privados que pueda ser utilizado cotidianamente en tareas de planeación urbana en el contexto nacional, y que enriquezca la construcción de observatorios urbanos en México¹².

9 Hernández, Rodríguez, Rodríguez, Morales, Santos, Badillo, Poblano, Verástegui, Vertiz, Molina: Modelo de evaluación espacial de cobertura, accesibilidad y calidad del sistema hospitalario de la SSA y desarrollo de estándares de desempeño. En www.calidad.com.mx/docs/art_36_1.pdf [Fecha de acceso: Marzo 2008].

10 Rosero L, Güell D Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS) Instituto de Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) De la Universidad de Costa Rica Subvencionado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

11 Garrocho R, Campos A Economía, Sociedad y Territorio, Un indicador de accesibilidad a unidades de servicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación Universidad Autónoma del Estado de México. vol.VI, núm. 22, 2006,, 349-397 en cmq.mx/documentos/Revista/.../est22_5GarrochoyCampos.pdf.

12 Garrocho R, Campos A: Economía, Sociedad y Territorio Óp. cit

Entre otros profesionales, Enfermeros Comunitarios han aumentado la incursión en las investigaciones considerando la accesibilidad a los servicios de salud como uno de los temas que importan a la profesión. En sus diferentes análisis se encuentran estudios que hacen referencia a algunos de los factores de la accesibilidad pero relacionados a programas de atención.

En España, las Enfermeras Comunitarias de Enlace (ECES)¹³, que brindan atención domiciliaria de los pacientes confinados, han realizados diferentes trabajos que incluyen la accesibilidad desde su programa de cuidados, no siendo presentados, ni editados, hasta el momento.

En intensiva búsqueda en la Web, en investigaciones, libros, ponencias etc., con la combinación posible de las palabras claves: Accesibilidad, Servicios de Salud, Enfermería Comunitaria, etc., se encuentran trabajos realizados en Costa Rica, México, Brasil, España, Venezuela, dentro de un esquema mayoritariamente relacionado con el Segundo Nivel de Atención (SNA) o referidos a la accesibilidad geográfica.

Dentro del mismo objetivo de revisión y análisis del Concepto "Accesibilidad" Julio Frenk en México, realiza importante aporte al tema.¹⁴

Es en Argentina Buenos Aires donde el tema tomó preponderancia principalmente desde la Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología; abordando el tema desde diferentes ángulos.

Entre ellos, Yamila Comes interviene en la investigación: "Reforma de salud en la Ciudad de Buenos Aires: modificaciones en las representaciones y prácticas de trabajadores y usuarios Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del sector". De ésta se destaca la revisión conceptual del tema. En su análisis entiende que "Los servicios de salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos". Por lo que se adhiere a pensar "la accesibilidad como el vínculo que se construye entre la población y los servicios de salud".¹⁵

En otra producción, Yamila Comes en coautoría con Pamela Garbus y Romina Solitario analiza las características de la Accesibilidad a la atención en salud de los Usuarios de un centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.¹⁶

También en Argentina, incursiona en el tema Graciela Zaldua en coautoría, con una

13 Disponible en: URL:[http:// www.laenfemerahoy.com.ar](http://www.laenfemerahoy.com.ar) [Fecha de acceso : noviembre 2007, Marzo 2008)

14 Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad.: Investigaciones sobre servicios de salud. México: Oficina de Análisis y Planificación Estratégica; 1995.

15 Comes, Y : ACCESIBILIDAD: UNA REVISION CONCEPTUAL en Investigación: "Reforma en Salud en la Ciudad de Buenos Aires: modificaciones en las representaciones y prácticas de trabajadores y usuarios NBI del sector" Proyecto Bienal 2001-2003 Categoría B Fac. de Psicología de la UBA Buenos Aires 2003

16 Garbus, Solitario, Comes: La accesibilidad a la atención en salud : su articulación con la participación en salud de los usuarios UBAC y T Anuario de Investigación 2003; 14 p. 99.

propuesta cuali-cuantitativa con el modelo de triangulación en la evaluación; reflexiona sobre barreras geográficas, arquitectónicas, culturales, simbólicas, económicas, legales que dificultan la accesibilidad a la salud de la población estudiada.¹⁷

En el Uruguay, en el Área Salud de la Facultad de Psicología, se trató el tema "Aproximación al estudio de la Accesibilidad a los Servicios de Atención Psicológica en la Infancia en la zona de Malvín Norte."¹⁸ En él se aclara: "En la revisión bibliográfica continua - que el equipo de investigación viene realizando desde el año 2003, hemos constatado que hasta el 2004 (Giorgi, V. 2004), no existía en nuestro medio producción de conocimiento sobre accesibilidad"; encontrándose las referencias más cercanas en la UBA.

Por su parte desde la Antropología, Sonia Romero en su investigación Madres e Hijos en la Ciudad Vieja (Montevideo-Uruguay)¹⁹, considera una captación sistematizada y cualitativa de realidades localizadas que condicionan la producción desigual de salud, dentro del país, dentro de las ciudades y en este caso dentro de la capital. Esa desigualdad queda materialmente plasmada en condiciones (y estilos) de vida en la población y en condiciones (y estilos) de atención en las instituciones. En relación al tema incluye el capítulo "Problemas de Accesibilidad" explicitando que accesibilidad en este caso no se reduce a una cuestión de distancia física, sino de tipo estructural."²⁰

Mundialmente y concretamente en el Uruguay desde lo simbólico; sobre el tema de "accesibilidad" están surgiendo trabajos que lo tienen en cuenta, sin llegar a ser tomado específicamente. Sí se ha incursionado en temas que se identifican con los componentes subjetivos que integran la accesibilidad simbólica. Entre ellos el Seminario Salud, Cultura y Sociedad, 1994-95, que dio continuidad de las actividades de un equipo de Antropología y Salud y de la Asociación Latinoamericana de Medicina y Social (ALAMES) dirigidas a un relacionamiento multidisciplinario.

En el Seminario sobre "La medicalización de la Sociedad" (1993) y "Las Otras Medicinas" (2006), se reflexiona sobre la compleja temática de la atención a la salud y la superposición, de la llamada "medicina científica" con los diferentes procesos de curación, que actuarían como barrera de accesibilidad.

En un trabajo conjunto desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) con el fin de resumir lo realizado y lo que queda por hacer durante el período 2005-2008; surge en la primera parte una revisión histórica del tema y desde la percepción de la crisis en la opinión pública, la afirmación que una de las principales preocupaciones de los uruguayos consistía en el funcionamiento de la atención en salud. La percepción de crisis económica, el deterioro de algunos indicadores asistenciales, produce un estado de preocupación en los uruguayos.

17 Zaldua, Sopransi, Nabergoi. Longo Estrad, Veloso: Ciudadanía y accesibilidad a la salud y afecciones subjetivas y Colectivas. En Anuario de las Jornadas de Investigación Fac. de Psicología UBA C y T, U B A 2003; p. 205.

18 VIII Jornadas de Psicología Universitaria 2008: La Accesibilidad en la Reforma del Sistema de Salud "Aproximación al estudio de la Accesibilidad a los Servicios de Atención Psicológica en la Infancia en la zona de Malvín Norte", en accesibilidad2008.blogspot.com/.../la-accesibilidad-en-la-reforma-del-sistema-de-salud

19 Romero, S: Madres e hijos en la Ciudad Vieja Editorial Nordan Montevideo 2003

20 Problemas de accesibilidad En Óp. Cit p 107

En el estudio encargado por el MSP en el 2005 de opinión ciudadana sobre el funcionamiento del sistema de salud en el Uruguay se trasluce una visión de desconfianza al respecto del funcionamiento del sistema.²¹ Las valoraciones críticas de los ciudadanos impulsan la necesidad de introducir cambios en el sistema de salud. Como podemos ver, en términos globales, un 38% de los uruguayos piensa que la calidad de la atención es buena o muy buena, lo cual podría ser apreciado como un indicador muy positivo. Sin embargo, hay un 16% que piensa que la calidad es mala o muy mala, mientras que casi el 40% tiene una postura neutral, que no valora de forma negativa pero tampoco positiva la calidad de la atención.

Por otra parte se señalan, entre otras y como constantes históricas del Sistema de Salud: una profesión médica que logra alcanzar de forma temprana, a principio del siglo XX con el Estado Batllista²², el monopolio de la práctica y el conocimiento científico sobre la atención en salud. Servicios de salud estatales, pero que han brindado, desde sus orígenes en los establecimientos de la caridad cristiana, una atención para pobres que contrasta fuertemente con la del fenómeno mutual.

En el diagnóstico presentado sobre los problemas del sistema de salud, fue destacado el predominio de un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y asistencialista; la dificultad para acceder y utilizar la cobertura de atención formal, que redundaba en una atención episódica y despersonalizada, la deficiente organización del sistema de financiamiento y una distribución inequitativa de los recursos de salud disponibles.

En relación con la cobertura y acceso a los servicios de salud, antes de la reforma de salud, la población uruguaya accedía a diferentes formas de cobertura de salud, en función de sus niveles de ingresos. La población de menores ingresos, era amparada principalmente por prestadores integrales públicos (Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Sanidad Militar y Policial y Hospital de Clínicas (H Cl)) así como también presentaban una importante participación entre aquellos que tenían algún tipo de cobertura parcial el Banco de Previsión Social (BPS.), policlínicas municipales, seguros parciales médicos o quirúrgicos y otros prestadores. Por otra parte los prestadores integrales del sector privado, dentro de lo que predominan las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), se concentraban en los estratos de ingreso superiores.

En la Encuesta Continua de Hogares (ECH) se considera que alguien tiene derecho a atenderse dentro de ASSE si posee carnet de asistencia, por lo que las personas que declaran no tener derechos son personas que podrían asistirse dentro del prestador estatal pero no han gestionado el correspondiente carnet de asistencia.

El sector privado, presenta algunos problemas de acceso. Por ejemplo, en un estudio realizado para el MSP por la consultora de estudios de opinión Equipos Mori, se encontró

21 González T, Olesker D Compiladores: La percepción de la crisis en la opinión pública En La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud p 43

22 Recuadro 2.1 - Constantes históricas del sistema de salud En Op Cit p 17

que los usuarios de las IAMC tienen problemas importantes Sólo el 30% de los usuarios declara que puede afrontar con facilidad el costo de los tickets.²³

Desde la percepción de la crisis en la opinión pública se destaca que una de las principales preocupaciones de los uruguayos consiste en el funcionamiento de la atención en salud. La percepción de crisis económica, el deterioro de algunos indicadores asistenciales, produce un estado de preocupación en los uruguayos. Por tal razón, en el año 2005 el MSP encarga un estudio de opinión ciudadana sobre el funcionamiento del sistema el que trasluce una visión de desconfianza respecto al funcionamiento del sistema.

Las valoraciones críticas de los ciudadanos impulsan la necesidad de introducir cambios en el sistema de salud. En términos globales, un 38% de los uruguayos piensa que la calidad de la atención es buena o muy buena, lo cual podría ser apreciado como un indicador muy positivo. Sin embargo, hay un 16% que piensa que la calidad es mala o muy mala, mientras que casi el 40% tiene una postura neutral, que no valora de forma negativa pero tampoco positiva la calidad de la atención de salud.

Es importante la mirada de la Central Obrera hacia la construcción de un SNS expresada en el 7mo. Congreso del Plenario Internacional de Trabajadores- Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT) En él se plantea un diagnóstico de situación y una serie de propuestas de políticas para el sector. En el diagnóstico se destaca que “el sector cuenta con recursos humanos y materiales suficientes, pero que se distribuyen de forma inequitativa e ineficiente debido a las intromisiones del Mercado. A esto se suma la crisis estructural del sector privado de la salud, que es acompañada por el deterioro del rol regulador, normalizador y de contralor que le corresponde al MSP”.

En las propuestas se plantea la “Regionalización y descentralización, organización del sistema por niveles de complejidad y la más amplia participación social. Creación de un Fondo Nacional de Salud (FONASA) que centralice los aportes. Ampliación de la cobertura de salud a través del sistema de Seguridad Social.”²⁴

En la VIII Convención Médica, realizada en agosto de 2004, declararíamos que la crisis de la asistencia médica y su repercusión sobre el estado de salud de la población, requiere de profundos cambios, cuya política debe ser determinada por el Estado, con la participación de los médicos y trabajadores de la salud, de los partidos políticos y de las demás estructuras representativas de la comunidad. En dicha convención entre los planteos de objetivos y definiciones, planes y programas para una política nacional de salud se encuentran:

■ La reafirmación del concepto de salud, como derecho constitucional de los habitantes, expresada como posibilidad de acceso igualitario, a los niveles de atención requeridos, con independencia de la situación socio-económica.

■ La organización de los recursos humanos y la infraestructura a través de un sistema nacional único de salud, que coordine, complemente e integre los servicios públicos y privados sin fines de lucro, encargados de asegurar y facilitar el acceso oportuno,

23 Muñoz, Fernández, Olesker, Basso: La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009 MSP p 42

24 Documento Final del 7mo. Congreso del PIT-CNT del año 2001. Documento disponible en www.pitcnt.org.uy

equitativo, solidario y continuo a prestaciones de calidad adecuada en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

■ El mantenimiento dentro de ese sistema de las competencias indelegables del MSP, que incluyen las funciones de normalización, control, vigilancia epidemiológica y policía sanitaria.

■ El funcionamiento de las estructuras sanitarias dependientes del estado, actualmente agrupadas en ASSE bajo forma de persona jurídica pública independiente del Ministerio de Salud.

■ La puesta en vigencia de un modelo de atención bio-psico-social, que abarque Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con atención longitudinal familiar y comunitaria, priorizando la puerta de entrada al sistema a través de un primer nivel de atención jerarquizado, dotado de equipos interdisciplinarios, que dispongan de los recursos necesarios para ser efectivamente resolutivos.

■ La vigencia de fórmulas y estructuras que aseguren el financiamiento del sistema con la participación del Estado y de todos los habitantes en forma proporcionada a su capacidad contributiva²⁵.

De las diferencias en el SNIS y el viejo sistema de salud Fernández y Olesker, en el 2009 distinguen: ²⁶ La creación, en lugar de los dos subsistemas fragmentados y sin conexión entre ellos, inequitativos en su acceso y sin vínculos de complementariedad del SNIS, permitiendo la expansión de la atención integral, brindando acceso a la cobertura integral a 205 mil personas en un año. (Tabla 1).

La creación del FONASA en el que se aporta por ingresos incluyendo en él a toda la población y no sólo a los trabajadores privados que estaban incluidos en el denominado anteriormente como Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) que jugaba el rol de mediador entre el trabajador y la sociedad privada elegida, quién prestaba el seguro de Enfermedad hoy por parte del BPS.

Transforma el seguro de salud en un seguro de por vida, ya que no se pierde la cobertura del aseguramiento en salud cuando el beneficiario se jubila.

Se implementa la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), transformando el modelo de Atención.

Nivela la calidad y cantidad de las prestaciones a través de la definición taxativa del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que se convierte en una garantía explícita y exigible ante la autoridad sanitaria.

Incorpora la participación social como eje clave de la conducción de la reforma, con la participación de usuarios y trabajadores del SNIS en el nivel macro de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y en el nivel micro de los Prestadores Privados y Públicos (Consejos Consultivos Asesores en los prestadores privados y participación en el Directorio de ASSE).

25 Declaración final de la VIII Convención Médica Nacional. 2004 En Muñoz, Fernández, Olesker, Basso: La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009 p 49

26 Avances en la implementación del SNIS Principales diferencias entre el SNIS y el viejo sistema de salud Op Cit p 68

Tabla 1
Expansión de la atención integral en el SNIS²⁷

Prestador	D Dic. 2007	D Dic. 2008
ASSE	1.308.593	1.192.580
I AMC	1.491.874	1. 806.750
Seguros Privados	69.167	74.789
Sanidad Militar y Policial	250.000	250.000
Total Usuarios SNIS	3. 119.634	3.324.119
% Población del País	93%	100%
Aumento de Cobertura Integral 2007 a 2008 204.485		

Fuente: en base datos SINADI.

Desde el marco regulatorio, el MSP monitorea los tiempos de espera para las consultas médicas a través del Sistema Nacional de Investigación (SINADI).²⁸ En 2007 el MSP establece el decreto 359/007 que regula los tiempos de espera razonables en el sistema de salud. Al concentrarse en las IAMC se puede ver que la espera en las especialidades médicas y quirúrgicas está muy por debajo de los máximos admitidos. Donde sí se observa un retraso relativo es en la espera para la consulta de pediatría (0,5día) y ginecología (2,2 días).

Por otra parte relacionado con el problema de la atención en salud, la que a pesar de tener el acceso por ejemplo a través de la seguridad social a la salud, muchos usuarios no la utilizaban por el costo de los tickets y las ordenes; el MSP aplicó desde el primer día una política selectiva de rebajas de precios de copagos, buscando reducir las barreras al acceso de grupos.

En el año 2005 el MSP encarga un estudio de opinión ciudadana sobre el funcionamiento del sistema de salud, donde los indicadores traslucen una visión de desconfianza respecto al funcionamiento del sistema.

Según estudios técnicos de opinión, realizados por la consultora Equipos-Mori (2005)²⁹, dos de cada 3 ciudadanos (65%) evalúan favorablemente los efectos que la Reforma de la Salud tiene para el país. Este grupo se divide entre un 55% del total opina que es “Buena” y otro 10% que es “Muy Buena”.

En contrapartida, uno de cada diez (10%) la evalúa negativamente. Ese grupo está compuesto por un 9% que la califica como “Mala” y un 1% que la califica como “Muy Mala”.

Estas altas cifras de apoyo son consistentes con otros estudios de opinión pública. En un

27 La reforma de Salud en la opinión de los usuarios Op Cit p 87

28 González, T; Olesker, D. Compiladores. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005- 2009 MSP Uruguay Saludable SNIS p 76

29 La reforma de Salud en la opinión de los usuarios Op Cit p 87

estudio realizado en diciembre de 2008 por la empresa Cifra, ésta encuentra que un 70% de los encuestados manifiesta que la Reforma de la Salud es “Positiva” o “Muy Positiva” para el conjunto de la sociedad, mientras que un 13% la evalúa como “Negativa” Por otra parte, el 54% entiende que la atención a la salud ha mejorado durante este gobierno.

El estudio de Equipos-Mori permite desagregar ciertas variables que explican los altos valores de apoyo. Pudiendo sintetizar que: la reforma del sistema de salud en Uruguay tiene altos y crecientes niveles de aprobación. Dos de cada tres usuarios encuestados la califican como “buena” o “muy buena”; y un 70% entiende que los cambios introducidos serán positivos o muy positivos para el conjunto de la sociedad. A su vez, si se hila más fino en ese rango de valoraciones positivas, se obtiene un número mayor de éstas entre las mujeres, los más jóvenes, los más pobres y aquellos que tienen un menor nivel educativo.

En Setiembre del 2008 se realizan Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), declaradas de interés Municipal, Ministerial y Nacional De la presentación de la Asamblea Taller Análisis situacional y rol del usuario se destaca:³⁰

Referente a los PROCESOS POSITIVOS

⌘ Los participantes, usuarios y otros actores expresan que, comenzó a funcionar la Comisión de Participación en el Centro de Salud del Cerro con las comisiones de Usuarios de los zonales 14,17 y18 (Anexo 1) y la Universidad de la República ha volcado más profesionales y estudiantes (ejemplo APEX - Cerro).

⌘ Los servicios de salud, destacan los cambios profundos, entre ellos que mejoró el sistema de entrega de medicamentos, el trato Usuario –Funcionario y el médico conoce mejor al vecino en las policlínicas.

Referente a los PROBLEMAS

⌘ Los Usuarios expresan que: Los usuarios no saben sus derechos, no se reconocen las policlínicas comunitarias, las que “se hacen a Pulmón”.

⌘ Los participantes, usuarios y otros actores expresan que a veces por problemas de las instituciones se divide o desmotiva la participación de los vecinos, vecinas/usuarios.

⌘ La existencia de conflictos con los funcionarios y que hay funcionarios que aún no se han dado cuenta que hay un lugar para el usuario, quizás por desconocimiento.

⌘ Los servicios de salud destacan que los funcionarios no siempre tratan bien al usuario.

⌘ Mejorar la espera de los usuarios, que no sea en el exterior debido a las inclemencias del tiempo.

Los problemas con los carnets de asistencia, retiraron gestores, las personas no saben dónde ir, exigen el carnet pero no saben dónde se hace.

El mal uso de farmacias, hay largas colas y el número limitado de cupos para los análisis.

Referente a las PROPUESTAS

⌘ Los Usuarios plantean, promover el conocimiento de los derechos de los usuarios,

³⁰ Taller Análisis Situacional y rol del Usuario En Jornadas de atención primaria en Salud de la RAP-ASSE Setiembre 2003

educar a través de las escuelas como base, “ los hijos nos educan”.

⌘ Los participantes, usuarios y otros actores promueven el equilibrio entre salud pública y privada. La mayor equidad en los servicios, que la atención sea igualitaria y la promoción a la salud como concepto integral (trabajo, vivienda, jóvenes, fútbol, escuela, ambiente etc.).

⌘ Los servicios de salud, mejorar los recursos humano (mas enfermeros, más médicos), la información en cada centro y la salud mental.

Se puede concluir que si bien el tema de la accesibilidad a los servicios de salud a partir de sus distintos componentes ha sido motivo de análisis en diferentes países y desde diversas miradas profesionales, fueron elaborados desde un enfoque mayoritariamente geográfico e organizacional, que apuntan preferentemente al acceso y no a la accesibilidad.

La accesibilidad desde su componente simbólico aparece en Argentina específicamente en la UBA con un encare psicológico.

También como aporte psicológico aparecen en el Uruguay en el año 2003, producciones sobre el tema, aunque previamente desde trabajos inéditos y la práctica profesional se reconozca como problema detectado y analizado, desde la enfermería.

Ante esta situación se plantean antecedentes que relacionan al contexto de la temática desde el componente simbólico de la accesibilidad, con trabajos realizados en el Uruguay desde la Antropología e informes desde lo cualitativo que hacen referencia a la organización y acceso de la población a los servicios de salud.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 El Cerro

El Cerro se encuentra dentro de la Jurisdicción de Montevideo, corresponde al Centro Comunal Zonal N° 17 (Anexo 2), hoy Municipio A que comprende, además del “Casco del Cerro”, los barrios Casabó, Cerro Norte, La Boyada, Pajas Blancas, Santa Catalina, Cerro Oeste y Zona Rural, dentro de los cuales a vez se encuentran otros barrios, con denominación propia-³¹

Su historia comienza junto con la historia de la República. En 1794 se construye la primera obra pública en el Cerro: “el Almacén de la pólvora”, dando comienzo entonces a un período de quince años en el que se concretaron importantes obras: “la casa del Cerro”, “la Fortaleza” y “la Farola”.

La fundación de la Villa del Cerro fue promovida por don Antonio Montero en Setiembre de 1834 como Villa Cosmópolis, luego pasaría a ser la Villa del Cerro; ubicada frente a Montevideo a orillas del mar en la ladera del Cerro, convirtiéndose de esta manera en la primera población fundada en los inicios de la vida del País fuera de los límites de Montevideo. Este hecho abriría un nuevo ciclo en la historia local con la inmigración y la actividad industrial, brindándole características particulares a la Villa, como la capacidad de manifestarse en organizaciones gremiales y sociales, como ser comisiones de fomento barriales, cooperativas de vivienda, clubes deportivos y sociales, comisiones de salud, entre otros.

Con la venida de los frigoríficos, el Cerro se transformaría en bastión obrero, forjado en el aglutinamiento de humildes inmigrantes europeos, convertidos en braceros de las toscas artes industriales que pululaban en torno a la bahía en el siglo XIX y luego en proletariado de la industria frigorífica que tuvo allí su principal asiento en la primera mitad del XX. Para Sonia Romero Los aspectos que caracterizaron a la Villa del Cerro como barrio obrero por excelencia, se fueron diluyendo y en los últimos años se constata una clara disociación entre los datos y el discurso de los “cerrenses” que a pesar de tener un alto porcentaje de desempleo, siguen describiendo a la Villa del Cerro como un “barrio de trabajadores”.

“El Cerro, la zona llamada Cerro... lejos está de constituir un barrio único... A medida que la mirada se va agudizando... va estallando al análisis, a modo de implosión caleidoscópica, una cantidad de mundos o sub-mundos... una multiplicidad de identidades precariamente

³¹ Romero, S Una revisita antropológica a constructores de la identidad cerrense, Villa del Cerro, Montevideo. Coordinación responsable y prefacio: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Montevideo. 2007.

ensambladas en una dudosa Unidad Barrial mayor” (Baleato, 1998).³²

Su crecimiento ha sido tanto a nivel humano como territorial y se separa más y más de la ciudad, de la condición ciudadana, de la sociedad formal, aumentan sus distancias internas. Dentro de los cambios demográficos producidos en la zona del Cerro se destaca que la población del Casabó ha ido en constante aumento, sin embargo, disminuyó la población del casco histórico en el período 1996-2004. Es igual el crecimiento del conjunto de barrios La Paloma-Tomkinson-Cerro Norte que desde 1963 a 2004.

En el informe del Instituto Nacional Estadística (INE) (Encuesta de hogares, Censo 2004 Fase I) en el Centro Comunal Zonal N° 17 (CCZ división administrativa del Municipio de Montevideo) cuenta con 86.839³³ habitantes y marca el pico máximo con un 14% de hogares con tres o más personas por dormitorio. Otros datos relevantes destacan a la zona por el mayor índice de desempleo de todo Montevideo, afectada principalmente por la gran crisis que vivió el país en el año 2002, esto afectó particularmente a esta zona y dos años después las relaciones se mantenían.

Otro dato a tener en cuenta es que en esta zona el 29,4 % de los jóvenes entre 15 y 24 años no estudian ni trabajan de un total de 14,508 jóvenes en hogares particulares. (INE 2004)

Al parecer un lazo que une a los habitantes del Cerro de hoy, además del hecho de que muchos comparten la época de base, es la religiosidad popular; se observa lugares de culto y adhesiones declaradas a la religión Afroumbandista (de origen afrobrasileño), así como a religiones ligadas a influencias protestantes o adventistas como Pentecostales, la Iglesia Científica de Cristo, entre otras.

Es como si en el correr del tiempo los frigoríficos y todos los entramados sociales que generaban, hubieran sido sustituidos por una hermandad ideacional de tipo religiosa, objetivada en las instituciones religiosas que pululan por la Villa del Cerro.³⁴

Barrios así no surgen por decreto ni de la noche a la mañana. Son entidades vivas, fundadas en vínculos de parentesco y vecindad tejidos por la permanencia y el conocimiento mutuo a lo largo de generaciones. Tienen encuentros cotidianos, fiestas, recordaciones y duelos propios, reconocen señales y símbolos identificatorios que pueden pasar desapercibidos a los extraños, pueden generar ritos y códigos de conducta que los diferencian de otros barrios y del resto de la ciudad.

Este barrio, constructo propio de una colectividad identificada con su lugar al que la tradición puebla de sentido, es eminentemente un lugar antropológico, una “construcción concreta y simbólica del espacio... a la cual se refieren todos aquellos a quienes ella les asigna un lugar... [que] es, al mismo tiempo, principio de sentido para aquellos que lo habitan y principio de inteligibilidad para aquel que lo observa”, tal como lo define Augé contrastándolo con “el espacio del no-lugar [que] no crea ni identidad singular ni relación, sino soledad y similitud [y] tampoco le da lugar a la historia, eventualmente transformada

32 Martínez, G Contrapunto Limites y distancia En Barrio un ser de otro planeta Bifurcaciones Santiago de Chile N° 1 Verano 2004 Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica Redalyc [Hemeroteca](http://www.redalyc.org) Disponible en <http://realyc.uaemex.mx>

33 Censo de Montevideo Disponible en: URL: [http:// www.generoencooperacion.org](http://www.generoencooperacion.org)

34 Martínez, G. El barrio, un ser de otro planeta Disponible En: [http://www.bifurcaciones.cl/001/Martínez htm# nota](http://www.bifurcaciones.cl/001/Martínez.htm#nota)

en espectáculo..., allí [donde] reinan la actualidad y la urgencia del momento presente” (Augé, 1992: 57-58 y 107).³⁵

3. 2 APEX-Cerro

La proyección de la Universidad de la República (U de la R) hacia el medio social es una aspiración que se manifiesta en América Latina, Córdoba en 1918, sustentada por el movimiento estudiantil e incorporada por el resto de las universidades del continente. En el Uruguay, comienza a plasmarse con las Misiones Socio-pedagógicas apoyadas por la Federación de Estudiantes Universitarios y desarrolladas con participación de maestros y estudiantes de diversas carreras, integrando el proceso al servicio prestado a la comunidad del Cerro. Luego de la interrupción por parte de la dictadura, en 1988, se lleva a cabo la primera convocatoria conformando el Grupo de Coordinación Interinstitucional (GCI) con vistas a lograr un programa coordinado de APS.

En noviembre de 1990, con el objetivo de integración y concreción en una acción basada en el concepto de extensión universitaria que se venía gestando; el 12 de abril de 1990 se reúnen representantes de la Facultad de Medicina, escuelas dependientes de la misma; Facultad de Odontología; Instituto de Psicología; la Escuela Universitaria de Servicio Social y la División Primera Infancia del Instituto Nacional del Menor (INAME) con el fin de desarrollar los principios básicos del Grupo Universitario Multiprofesional (GUM). En 1992 comienza su accionar el Programa APEX- Cerro a través de los grupos de trabajo ya conformados.

En el año 1993 pasa a depender de Consejo Directivo Central (CDC) y del Rector mediante la firma de la ordenanza que lo establece, ubicándose su base en el local de EFCSA (ex Establecimiento Frigorífico del Cerro S. A.).

Se constituye en un programa de la U de la R, multiprofesional e interinstitucional, abierto a la participación de todos los servicios universitarios que directa o indirectamente relacionan su área de actividades con la salud.

Su gobierno se compone por: El GUM con un representante por cada servicio universitario participante y la Comisión Directiva de siete miembros, cuatro a propuesta del GUM y tres a propuesta de cada uno de los órdenes. La Dirección es provista por concurso.

Tiene el propósito de desarrollar la extensión, docencia, la investigación y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población mediante la conjunción de las funciones y los servicios pertenecientes a la universidad, con las entidades de fines parcialmente comunes, y de la transformación del proceso de atención primaria de la salud que se ejecuta actualmente en el Cerro a través de cooperación de las instituciones, la participación activa de la comunidad y la participación universitaria.

35 Martínez G. Op Cit p 19

3.2.1 Los Objetivos

⌘ Desarrollar y profundizar el Programa de proyección comunitaria y barrial facilitando la articulación de los proyectos de acción de cada barrio con las prácticas curriculares, los servicios de salud, los centros educacionales y las organizaciones comunitarias.

⌘ Impulsar el desarrollo de un Sistema Local de Salud en el área del Cerro y alrededores basado en la estrategia de atención primaria en salud, mediante un programa de Atención Primaria en Salud”.

⌘ Impulsar la creación y desarrollo de Programas Específicos que tiendan a mejorar la calidad de vida de la población, a través de programas de Animación sociocultural, ambiente y desarrollo Productivo.

⌘ Generar una nueva modalidad multiprofesional de proceso enseñanza aprendizaje.

⌘ Mejorar la calidad de vida de la población promoviendo la participación activa y efectiva sistemática de la comunidad, en la planificación, organización, gestión y uso más eficaz de la red de servicio a su disposición.

Para el cumplimiento de los objetivos se organiza en subprogramas que por su temática se dividen en: Temáticos, entre ellos el Servicio de Atención Psicológica Infantil, el Espacio Colectivo para Jóvenes y el Practicante de Salud Familiar (hoy Atención Integral Familiar) y Etarios ente ellos Infancia, Adolescencia y Adultos Mayores.

Los Becarios de Verano con el fin de dar continuidad de las actividades con la comunidad en el periodo no curricular.

Las Unidades de Apoyo, Unidad de información, Archivo Documental, los Registros Asistenciales, Biblioteca y Metodología de trabajos comunitario quienes brindan sostén teórico práctico a todos los integrantes del programa APEX- Cerro, docentes, estudiantes y vecinos, según sus necesidades y en relación a su especificidad.

Entre las actividades desplegadas se encuentran, las que brindan apoyo en la planificación y desarrollo de actividades deportivas, recreativas, artísticas, culturales y de integración social, mediante la Animación Sociocultural desplegándose en diferentes instituciones y grupos organizados de la zona, incluyendo las canchas de fútbol y “El Galpón del Cerro” en el terreno de asiento del programa; las que relacionan la docencia (proceso enseñanza aprendizaje) con las acciones de extensión e investigación desarrolladas en el territorio en relación con la realidad. Todas ellas se enmarcan en un vínculo con compromiso social, mediante el vecino referente y el Operador Barrial, la promoción de la coordinación multiprofesional, la participación de la comunidad en relación de co-construcción y la participación en la conducción y gobierno del Programa.

La zona de referencia del Programa se encuentra en la región oeste de Montevideo, abarcando la zona del CCZ 17. Con una extensión de 47Km² y bien delimitada, con zonas rurales, urbanas y suburbanas más exactamente en el Barrio Cerro e involucra las zonas de Casabó, La Boyada, La Paloma, Villa del Cerro, Rincón del Cerro y Santa Catalina. Están conformados por una población sumamente heterogénea desde el punto de vista socio económico y habitacional y fundamentalmente cultural.

Considerando que la ubicación de la sede del Programa (Dirección, administración, biblioteca, salas de reuniones, lugares de asistencia para programas, canchas, sala de grabación) es sumamente accesible desde los distintos barrios.

3.2.2 Equipos Barriales Operativos (EBOs). Surgen con el fin de descentralizar la operación del programa, incrementar la participación comunitaria y coordinar las acciones. Se distribuyen en el territorio tomando el nombre de la zona de influencia EBO Casabó, EBO La Boyada, EBO La Paloma, EBO La Villa, EBO Rincón del Cerro, EBO Santa Catalina. (Anexo 3).

3.2.2.1 Objetivos

- Impulsar el desarrollo de un programa de atención primaria de salud, mediante la obtención de información existente sobre la zona, determinar acciones y recursos en función de las necesidades y la promoción de la participación, la autogestión y la toma de decisión por parte de la comunidad, así como la promoción de las articulaciones de las actividades locales.

-Asegurar el proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes, regulando la inserción curricular de alumnos y facilitando la coordinación multiprofesional.

-Asegurar convergencia, coherencia de las actividades curriculares ente otras cosas articulando información y acciones con otros programas de APEX- Cerro.

Mediante las coordinaciones de la inserción estudiantil de las diferentes disciplinas en la comunidad, se realizan acciones que promuevan la mejor calidad de vida de los vecinos con las instituciones y organizaciones de la zona y la promoción, fomento, desarrollo y acompañamiento de las organizaciones vecinales.

Se destaca que como característica de organización en cada uno de los territorios correspondiente a los EBOs, se encuentra por los menos un servicio de primer nivel de atención de dependencia pública el que actúa como referente.

3.3 Servicios del Primer Nivel de Atención

Previo al desarrollo de los Servicios del Primer Nivel de Atención de referencia es importante desarrollar algunas definiciones que enmarcan a dichos Servicios.

El MSP – ASSE define al Sector Salud como un subsistema del sector social, que “comprende el conjunto de actividades, públicas y privadas, definidas y organizadas por una sociedad para promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de sus integrantes”³⁶ y al Sistema de Salud como el instrumento organizativo mediante el cual se realiza la

³⁶ Rodríguez; Noceti; Magnifico. Sector Salud. Sistema de Salud En: Planificación de la Red Asistencial de ASSE MSP.ASSE Imprenta del Sol SRL Abril 2002 p. 16

atención sanitaria a la mayoría de la Población. Comprende un conjunto de componentes del Sector Salud que trabajan juntos, de forma articulada para lograr ciertos objetivos y resultados.”

Los componentes del Sistema de salud difieren según la prestación de servicios, recursos disponibles, la organización el funcionamiento y la fuente de financiamiento. En los servicios de Salud se producen acciones directa o indirectamente, dirigidas a la promoción, prevención, recuperación y habilitación de la salud de los usuarios. Si bien el conjunto central de estas acciones son realizadas particularmente por el personal de salud. Saforcada entiende como acto de salud a “toda acción desarrollada dentro de una institución de salud por cualquiera de las personas que la integran, cuando implica la interacción directa o indirecta con quienes concurren a ella en busca a la solución de problemas.”³⁷

3.3.1 Organización de la Atención. Existen diferentes modelos de organización de la atención, destacando la organización por Niveles de Atención.

Los “Niveles de atención” “son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos. Se basan en la identificación de los “procedimientos de atención” requeridos para satisfacer las necesidades de la población de un área de responsabilidad determinada ³⁸ se identifican tres niveles.

En el primer nivel de atención, la organización de los recursos que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes de atención de una población dada y que deben estar accesibles en forma inmediata Se desarrolla específicamente actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de enfermedades, contando con la participación activa de la comunidad.

El segundo y tercer nivel, responden a necesidades de salud menos frecuentes y con procedimientos más complejos y técnicas especializados.

3.3.2 Efecto de la Atención. El efecto de salud o Unidad Asistencial es la que efectúa prestaciones vinculadas a la atención de salud, con profesionales habilitados a tal fin, organizándose los servicios brindados a través de una administración única. Dentro de las unidades asistenciales se encuentran el consultorio externo o policlínica, brindando atención en forma ambulatoria.

El área de responsabilidad de las Unidades Asistenciales, corresponde como mínimo en las áreas urbanas a una Sección Censal, de la que proviene la población usuaria. Mientras que el Área de influencia comprende el área que se vinculan geográfica y funcionalmente.

La unidad asistencial de referencia es la que además de satisfacer las necesidades de la población de su área de responsabilidad directa, recibe la demanda referida desde las

37 Saforcada E. Psicología sanitaria: Cap. 7 Funcionamiento del componente formal y cuasi formal del STS y su interacción con el componente informal p. 152.

38 Galan Niveles de Atención Medica En: Administración Hospitalaria Cap. IX Colombia 199:115-136 En Planificación de la Red Asistencial de ASSE MSP.ASSE Imprenta del Sol S.R.L. Abril 2002 p. 21

unidades asistenciales de menor complejidad de su área de influencia, mientras que la Unidad responsable de la identificación y adscripción del usuario, iniciando el proceso de atención, constituye la Puerta de Entrada del usuario al sistema.

3.4 – Sistema Nacional Integrado de Salud

3.4.1 Inclusión del SNIS.

Etapa PREVIA: hasta el 31/07/07 el Sistema de salud se consideraba fundamentalmente asistencialista compuesto por una multiplicidad y diversidad de efectores, en ocasiones superpuestos, con fuerte tendencia a la superespecialización médica, escasamente coordinadas entre sí, lo que condiciona la existencia de problemas de calidad y eficiencia.³⁹

Etapa FONASA: desde el 01/08/07 hasta el 31/12/07. El Proceso de la Reforma a la creación del SNIS se concretó a través del establecimiento de 4 leyes.

La que establece las bases programáticas de la reforma (N°17.930 del 19/12/05)

La Creación del FONASA (N° 18.131 del 18/05/07)

La Descentralización de ASSE (N° 18.161 del 29/07/07)

La Creación del SNIS (N° 18.211 del 05/12/07), la que constituye

La Etapa CREACION del SNIS: desde el 01/01/08 Ley 18.211 / Decreto 02/008

3.4.2 Principios Rectores del SNIS (Artículo 3 Ley 18.211). Entre los principios que rigen el SNS se encuentran.

- Promoción de la salud.
- Intersectorialidad de las políticas de salud.
- Cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- Equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- Orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- Calidad integral de la atención que respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- Respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- Elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- Participación social de trabajadores y usuarios.
- Solidaridad en el financiamiento general.
- Eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- Sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

3.4.3 Usuarios del SNIS y sujetos amparados por el SNIS. A través del tiempo la definición de la población que demanda atención en las diferentes unidades de asistencia a la salud varía entre las de “paciente y “usuario” no quedando muy claros, generando en

³⁹ MSP FISS El sistema de Salud en el Uruguay: Tendencias y perspectivas. Informe Delphi Uruguay 1999
En Planificación de la Red Asistencial de ASSE M.S.P.A SSE Imprenta del Sol SRL Abril 2002 p. 36.

cambio confusión. El Diccionario de la Real Academia Española⁴⁰ define “Paciente adj. Que tiene paciencia. 2. Fil. Se dice del sujeto que recibe o padece la acción del agente. 3. m. Gram. Persona que recibe la acción del verbo. 4. com. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. 5. Persona que es o va ser reconocida médicamente.

“Usuario adj. Que usa ordinariamente algo. 2. Der. Dicho de una persona: Que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación. 3. Der. Dicho de una persona: Que, por concesión gubernativa o por otro título legítimo, goza un aprovechamiento de aguas derivadas de corriente pública.”

Antonio Turnes considera que sería ocioso discutir la pertinencia de continuar llamando pacientes a los usuarios de los servicios de salud. En caso de la redefinición, la relación médico-paciente, pasaría a ser médico-usuario. Con una innegable connotación comercial, porque nadie hace uso de algún servicio o producto, sino como consumidor, como alguien que compra algo y tiene derechos limitados por esa compra⁴¹.

En el Artículo 5 de la ley N°18.335 del 15 de agosto de 2008⁴² se define “Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiriera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquella. En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.”

Por su parte en el capítulo seis de la ley del SNIS se consideran usuarios a todas las personas que residen en el país, registrados espontáneamente o por el FONASA, en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren. El amparo a los beneficios asistenciales del sistema es gradual y comprende a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud. En el mismo capítulo se desarrollan los derechos y deberes de los usuarios.

Sus derechos y deberes se expresan en la “Cartilla de Derechos y deberes del usuario”(12 de agosto 2002) En el art 1 se define al Usuario de Servicio de Salud como: “Es Usuario de un Servicio de Salud toda persona física que potencialmente pueda adquirir o utilizar productos, bienes o servicios de salud como destinatario final, en forma remunerada o gratuita, cualquiera sea la naturaleza de su vinculación, ya sea en calidad de afiliado, socio o beneficiario, independientemente de su condición de paciente.”⁴³

En el art 3 se definen las organizaciones de usuarios como “Se consideran Organizaciones de Usuarios a toda asociación, entidad o agrupación de usuarios de Servicios de Salud cuyo

40 Real Academia Española: Diccionario de la Lengua, Edición 22ª. 2001, España.

41 Turnes A *DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES Y USUARIOS Cuadernos del CES N° 4 p 166 Sindicato Médico del Uruguay (SMU) Disponible en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos4/index.html>.

41 Ley 18.335, Disponible en: http://www.presidencia.gub.uy/_web/leyes/2008/08/S469_26%2006%202008_00001.PDF <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTexto-Ley.asp?Ley=18335&Anchor=>

42 Cartilla de Derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud Decreto 297/02 Agosto 2002.

43 Cartilla de Derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud Decreto 297/02 Agosto 2002.

objeto específico sea la defensa de los derechos e intereses de los usuarios, asuma o no la representación de estos.”⁴⁴

En enero 2006 se crean por decreto, las Oficinas de Atención al Usuario (OAUs). “Las OAUs cumplen en la RAP funciones de informar, orientar, atender, canalizar las resoluciones de peticiones, reclamaciones, consultas que formulen los usuarios, en términos y plazos que se disponen (395/002, art3).

El Objetivo primordial lo constituye el Usuario en su más amplio aspecto.

Para Cumplir con este objetivo, la OAUs., brindan un espacio para la participación activa del usuario en ejercicio de sus derechos y deberes como ciudadanos, potencian la utilización de recursos ya existentes, minimizando tiempos de espera, agilizando la recorrida por el centro mediante con una correcta orientación.

3.4.4 Integración del SNIS (Tabla 2). El MSP es la institución rectora de la salud del país a través de SNIS integrado por los subsistemas público y privado (fundamentalmente colectivizado).

El 5 de diciembre del 2007, se establecen en la ley 18.211 art. 11 los requisitos que deben cumplir todos los prestadores del SNIS, en el artículo 56, apuntando a la integración de todos los servicios prestadores de Salud, otorga el plazo hasta el 31/12/09, encontrándose hoy algunos de ellos en tratativas para la inclusión.

6.4.4.1 Subsistema Privado. Compuesto por cuarenta y una Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en todo el país, los Seguros Parciales de Salud, las Instituciones de Asistencia Particular Privada y los Institutos de Medicina Altamente especializadas (IMAE).

Las I A M C Instituciones sin fines de lucro, prestadoras a través del régimen de Seguridad Social, hoy brindan atención médica integral mediante la modalidad de pre pago, se regulan normativamente por el Decreto – Ley 15.181 y normas reglamentarias.

Los Seguros Parciales, seguros de prepago brindan atención a diferentes necesidades. No se podía acceder a ellos a través de la Seguridad Social, al no ser prestadores, incorporándose mediante la Ley 18.211 art. 22, como prestadores en un régimen de excepción.

44 Cartilla de Derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud Decreto 297/02 Agosto 2002.

Tabla 2
Servicios del PNA en la zona del Cerro

EBO	SERVICIO ^a	UBICACION ^b	SUBSISTEMA ^c	DEPENDENCIA ^d
CASABO	Policlínica	Barrio Casabó	Público	I.M.
LA BOYADA	C de S	Curva de Tabares	Público	RAP- ASSE
	Servicio Especializado	Curva de Tabares	Público	Comisión Honoraria Lucha Antituberculosa
	Policlínica	Barrió La Boyada	Público	RAP - CSC
	Policlínica	Asentamiento Tobogán	Público	Vecinal RAP - CSC
	CAP	Barrio La Boyada	Publico	FFAA
	Policlínico Móvil	Curva de Tabares	Público	I. M
	Servicio Especial	APEX-Cerro	Público	APEX
	Servicio Especial	APEX-Cerro	Público	APEX- Fac Psicología
LA PALOMA	Policlínica	Barrio La Paloma	Público	I.M.
LA VILLA	Policlínica	Villa del Cerro	Público	Vecinal APEX- I.M
	UPECA	Villa del Cerro	Privado	CASMU
	Policlínica	Villa del Cerro	Privado	Casa de Galicia
	CMI	Villa del Cerro	Publico	B.P.S
	Policlínica	Villa del Cerro	Privado	Asoc Esp 1ª S M
	Centro de Asistencia Medica	Villa del Cerro	Privado	Centro Uruguayo de Asistencia Médica
	Servicio Especial	APEX-Cerro	Público	APEX-Cerro
RINCON DEL CERRO	Policlínica	Cooperativa COVICENOVA	Público	Vecinal RAP - CSC
	Policlínica	Asentamiento Maracanã Sur	Público	RAP - CSC
SANTA CATALINA	Policlínica	Barrio Santa Catalina	Público	RAP - CSC
	Policlínica	Asentamiento Nvo Amanecer	Publico	Vecinal RAP- CSC

Relación entre Servicios de Salud y territorio de los EBO

^{a,b,c,d} Identificación de Nombre ubicación Subsistema y dependencia de cada Servicio de Salud

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs

3.4.4.2 Subsistema público. Está compuesto por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Previo a la Reforma era un órgano del MSP con el cometido de administrar los hospitales públicos. Prestaba Asistencia pública gratuita, bonificada o con aranceles.

Por la Ley 18.131 art. 5, se incorpora a ASSE como un nuevo prestador de la cobertura.

La Red de Atención del Primer Nivel (RAP) es la unidad ejecutora de ASSE, que desde marzo de 2005 organiza y gestiona el primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo y una pequeña parte de la zona metropolitana.

En el marco del compromiso institucional con el proceso de Reforma de la Salud, se ha construido y trabajado en los grandes ejes estratégicos del Cambio de Modelo de Atención, mediante: La reorganización de la base territorial, La atención por programas priorizados, la política de Recursos Humanos, la participación comunitaria, la intersectorialidad e interinstitucionalidad.

La visión es consolidar un PNA continente y resolutivo que permita realizar la promoción, prevención específica, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos para la población del departamento de Montevideo, brindar atención a la salud con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario y la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos.

La misión es brindar atención integral a los ciudadanos con cobertura formal del MSP, en el primer nivel de atención, con enfoque preventivo y énfasis en la promoción de salud, en el departamento de Montevideo. Contribuir desde el ámbito departamental a la constitución de un SNIS de cobertura universal e igualitaria, financiado por un Seguro Nacional sobre bases de solidaridad y justicia social.

Cuenta con doce Centros de Salud divididos en tres regiones Nor-Oeste, Nor-Este y Sur

El servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA): dependiente del Ministerio de Defensa Nacional, brinda cobertura de salud a los militares en actividad, retirados y familiares.

El 30 de Enero de 1990 se decreta la creación de la Dirección General de Atención Periférica la cual dependerá directamente del Director Nacional de Sanidad de las FFAA. La misión de la Dirección General de Atención Periférica será: conformar un sistema integrado por Centros de Atención a la Salud de primer nivel de complejidad (CAP), distribuidos en todo el territorio nacional, con la finalidad de proporcionar atención médico-odontológica integral, a todos los usuarios de Sanidad de las Fuerzas Armadas. La función de la Dirección General de Atención Periférica será: planificar, programar, organizar, coordinar, dirigir, controlar y evaluar las acciones desarrolladas por los Centros de Atención Periférica dentro del sistema, a fin de asegurar el cumplimiento de la misión.

Los servicios que brinda son: PNA, Prevención y Promoción de la Salud, brindado por las policlínicas del Hospital Central de las Fuerzas Armadas y por las policlínicas instaladas en las diferentes unidades en todo el país (Centros de Atención Primaria, Centros de Atención de las Unidades).

Segundo y tercer Nivel de Atención en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

El Banco de Previsión Social: brinda atención materno infantil a los asegurados:

El Servicio de Atención Materno Infantil del BPS tuvo su origen en varias Cajas de Asignaciones Familiares de la Capital, las que fueron sustituyendo las primas por natalidad por la cobertura prestada directamente por este servicio.

En el año 1952 el Consejo Central de Asignaciones Familiares resolvió generalizar las prestaciones, creando servicios policlínicos de higiene perinatal de atención médica infantil y de servicios sanatoriales para maternidad y recién nacidos y servicios de policlínica e internación para niños portadores de enfermedades de tipo congénito.

En los seis CMI, cinco se encuentran en Montevideo (CMIs N° 1 –2-3-5-6) y uno en la ciudad de Pando (CMI N° 4) brinda atención integral de la mujer embarazada que vaya a dar a luz un hijo, en tanto reúnan las condiciones de beneficiarios establecidas en la norma, la atención preventiva infantil y de primera morbilidad a quienes brinda asistencia integral en el primer nivel de atención del embarazo, parto y puerperio, atención integral al recién nacido hasta los 90 días, asistencia preventiva infantil y de primera morbilidad a niños desde los 91 días hasta los 6 años de edad.- Asimismo se otorga asistencia odontológica y de ortodoncia.

Son beneficiarios de la atención en los CMI, las esposas e hijos o mujeres o niños a cargo de: Trabajadores privados de Industria y Comercio, Trabajadores rurales, Trabajadores del servicio doméstico, sector pasivo de las actividades mencionadas, así como madres jefes de hogar con bajos niveles de ingreso que no acceden a FONASA.

Los Servicios Médicos de las Intendencias Municipales: en la Intendencia de Montevideo (IM), dependen del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia (SAS). Tienen como cometido contribuir a la construcción de un Sistema de Atención en el PNA en Montevideo, con desarrollo de una estrategia de APS, brindando atención en sus Policlínicas Municipales, Policlínicas por convenio con Comisiones Barriales y Policlínicos Móviles.

Objetivo general: Construcción y fortalecimiento del SNIS en el Primer nivel de atención en Montevideo en coordinación con ASSE.

Objetivos específicos: Creación de una red de atención con abordaje territorial, sistemas informáticos coordinados y unificados, sistemas de referencia y contrarreferencia de los efectores de salud públicos. También diagnósticos de salud zonales con criterios participativos.

Cuenta con veintiuna policlínicas dependientes del SAS y otros servicios prestados en policlínicas comunitarias en convenio con la IM, gestionadas por comisiones barriales, policlínicas móviles en convenio con la IM, gestionadas por comisiones barriales, policlínicas odontológicas en convenio con la IM, gestionadas por comisiones barriales.

En ellas se realiza: control de salud con actividades preventivas, promoción y educación para la salud.

Se realizan consultas de: Medicina General, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Odontología, Psicología, Nutrición, Enfermería, y Vacunaciones.

Funcionan: Grupos de Hipertensos, Adultos Mayores, Embarazadas, Adolescentes, Prevención de Drogas y Cesación de Tabaquismo. Se realizan Test de Embarazo y entrega de Métodos Anticonceptivos.

Los Servicios que brindan las Policlínicas varían en función de los recursos y son gratuitos. El acceso a las prestaciones es para todo público. Como requisitos, los usuarios deben concurrir con Cédula de Identidad. Para retirar medicamentos luego de la consulta se debe presentar Carnet de Asistencia del M.S.P.

Dependientes de la UDELAR: El Hospital de Clínicas, brinda atención relacionada con el segundo y tercer nivel de atención, con desarrollo docente asistencial.

El Programa APEX- Cerro interviene en el proceso de asistencia en el P NA en la zona del Cerro, conjuntando las tres funciones de la Universidad, mediante los servicios de: El subprograma Adolescente, quien desarrolla sus actividades en la sede del programa APEX-Cerro, en el CSC y policlínica La Paloma.

El servicio de Atención Psicológica Infantil en la sede del Programa APEX- Cerro.

El subprograma A.M. en la sede de la Asociación de Jubilados y Pensionistas (AJUPEN) En la Villa del Cerro y en la Policlínica Casabó.

Por otra parte apuntando al cumplimiento de objetivos y funciones, el PSF desarrolla sus actividades en un servicio de atención vecinal, en convenio con la I.M.

3.4.5 Elección de la Institución de Asistencia Médica. Tradicionalmente los afiliados a Través de la Seguridad Social debían permanecer un plazo mínimo antes de cambiar de institución médica.

Mediante la Reforma y luego de varios decretos El Decreto 02/0085: estableció en su Considerando III) que la reglamentación respecto de la movilidad será dictada dentro de los 180 días desde la vigencia de la Ley 18.211 (que rige desde el 01/01/08).

3.4.6 Cobertura Asistencial del SNIS (Art. 45 Ley 18.211). La reglamentación define taxativamente las prestaciones incluidas los programas integrales de prestaciones que apruebe el MSP, descriptos en términos de sus componentes y cuentan con indicadores de calidad de los procesos y resultados.

Los Programas integrales de prestaciones deben incluir: Actividades de promoción y protección de salud. Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud - Enfermedad, detectados.

Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos y suficientes.⁴⁵

45 Rueda, Abadi & Pereira Curso sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) Marzo 2008
Disponible en http://www.rap.com.uy/spa/publicaciones/pdf/2008/curso_snis.pdf

4. MARCO TEORICO

El concepto de salud ha formado parte de distintas culturas y civilizaciones, variando según cada período histórico. El mismo, en la época paleolítica transcurre por el desarrollo de la magia y las creencias como forma de protección, luego, cambios de diferente índole derivan en acciones a nivel ambiental, constituyéndose así la base de la Salud Pública. En Europa, desde la época grecorromana, se origina el despliegue de dos líneas diferentes de concepciones y prácticas de salud, que muestran paradigmas antitéticos una que se puede caracterizar como individual - restrictiva y otra como social expansiva. (Saforcada 1999)

Junto con la revolución industrial se desarrolla el paradigma mecanicista que evoluciona llegando en 1948 la definición de la OMS "la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez ", siendo la primera definición en concebir a la salud como algo positivo, no solo por la negativa, como lo es la ausencia de enfermedad, relaciona a la salud como un estado de bienestar el cual no se logra solamente no teniendo enfermedad.

Otro hito importante es la declaración Universal de los Derechos Humanos (diciembre de 1948) donde se deja constancia de que la salud es un Derecho. Desde allí múltiples autores han analizado y tomado diferentes enfoques.

A partir de la definición de la OMS se ha conceptualizado a la salud con diferentes aportes que la hicieron más completa y aplicable, considerándola desde un punto de vista práctico, no como un estado ideal de bienestar alcanzado a través de la completa eliminación de la enfermedad, sino como un "modus vivendi" que permita al individuo lograr una existencia digna, al tiempo que enfrenta un mundo imperfecto y no como parte de un continuo donde en un extremo está la salud y en el otro la enfermedad.

Se considera al continuo Salud – Enfermedad (S-E), como un proceso y a éste como a la vida misma; con una permanente actualización y expansión de las potencialidades bio - psico - socio - culturales de las personas y su entorno.

En este marco se acuerda en la conferencia de Alma Ata (OMS 1948), como meta, "Alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".⁴⁶

En dicha conferencia de Alma Ata surge el concepto de la estrategia de APS "Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación".⁴⁷

46 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, URSS; 6-12 set. 1978. Informe. Ginebra: OMS; 1978.

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

Algunos países han avanzado en mayor medida que otros, pero trabajos científicos enuncian que aún existen unos 100 millones de personas en América Latina y el Caribe que no tienen acceso a los servicios básicos de salud.⁴⁸

Para el alcance de dicha meta, algunas experiencias demuestran que no todo depende de los recursos económicos, reconociéndose que se requeriría la transformación no solo de sistemas y servicios sino además de los complejos entramados sociales y éticos.

Saforcada agrega “Uno de los principales obstáculos para posibilitar la implementación de la APS es la imposibilidad de los profesionales y técnicos de trabajar participativamente con la comunidad”.⁴⁹

Al pretender entrar en el análisis de los problemas que hoy plantea el proceso S-E y sus emergentes es necesario tomar en cuenta el STS que involucra todo lo que una sociedad tiene y hace en relación con este proceso y sus manifestaciones.

Analizando la afirmación de Rudolf Virchow en 1948, según la cual la política no es más que medicina a gran escala, se puede decir que la política es Salud Pública a gran escala, en tanto es una disciplina constituida por todas las ramas que intervienen sobre los problemas de la vida humana y como contexto de una práctica integral.

Relacionado a la responsabilidad en la búsqueda de soluciones de problemas en el proceso S – E, Saforcada destaca que para el análisis del STS, (tema estudiado excepcionalmente por la OPS), toma referencia de la Publicación de la OPS⁵⁰, y los colaboradores Bello y Feller⁵¹ y expresa en referencia al STS que: “Comprende todo lo que una sociedad genera - de sustancia material y/o ideacional, tangible y/o intangible – y pone en práctica en relación con los emergentes – positivos o negativos –del proceso de salud – enfermedad de quienes la constituyen y/o con el proceso mismo.”⁵²

Saforcada, en su análisis del STS distingue en su estructura, los componentes, subcomponentes y fenómenos emergentes.

Los integrantes del componente formal: Efectores legales (instituciones, profesionales y técnicos legalmente avalados), que pueden actuar de modo independiente o formar parte de organizaciones, regulados y amparados por la ley. El equipo de salud como colectivo que actúa frente al usuario /interlocutor tiene identidad profesional pues “la socialización profesional conforma las actitudes, valores, creencias y comportamientos de los que trabajan en un campo dado”(Coe) a pesar que “la práctica del equipo de salud y sus sistemas de representaciones tienden a ignorar que su acción es una acción institucionalizada(...) y que parte de sus acciones y representaciones obedece a

48 Organización Panamericana de la Salud. Las orientaciones estratégicas y programáticas 1995-1998. Washington: OPS; 1995.

49 Saforcada E. Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós; 1999. p. 24.

50 Artículo “Análisis de la prestación de los servicios de salud (1989 -1990)” en “La crisis de la Salud Pública; reflexiones para el debate, OPS Publicaciones científicas N° 540 Washington 1992, p. 35 -53)

51 Saforcada E. Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós; 1999. p 45

52 Saforcada E. Op. Cit. p. 43

racionalidades constituidas históricamente” (E. Menendez)⁵³

Los integrantes del componente cuasi formal: Integrado por el personal administrativo, mantenimiento, vigilancia, higiene.

Los integrantes del componente informal: Constituido por la población general y las instituciones u organizaciones presentes en la sociedad.

Intervienen, los saberes y prácticas en salud, los referentes válidos, las estructuras psico-socio-culturales y representaciones sociales, los sistemas de valorativos- actitudinales, las imágenes, los prejuicios y las pautas culturales referentes.

En el destacamos los efectores populares integrado por todas las personas que de modo sistemático y reconocido por la población lega llevan adelante acciones de Salud – protectivas, preventivas y/o curativas, enmarcadas en las Medicinas “alternativa y la complementaria”, las que como en el decir de Díaz Berenguer “la Medicina alternativa” es aquella que es capaz de reemplazar a la tradicional y la “medicina Complementaria” aquella que complementa su acción.⁵⁴

El componente subjetivo sectorial: Red de interacciones que se dan entre el componente Formal y el cuasi formal.

El componente intersubjetivo general: Espacio virtual generado a partir de la interacción cotidiana entre el componente formal (profesionales y técnicos) y el componente informal (usuarios de sistema) del subsistema de atención a la enfermedad donde se producen las reacciones y vivencias emotivo-afectivas (subcomponente de las reacciones afectivo-emocionales) provenientes del intercambio entre las ínter subjetividades de los integrantes de cada uno de los dos componentes.

En este complejo entramado que comprende el STS se destacan diferentes componentes a tener en cuenta en relación al tema que nos compete.

El concepto de subjetividad involucra el modo de sentir, pensar, significar y valorar el mundo de cada sujeto, lo que depende del proceso de socialización o sea los procesos de influencia mutua que se dan en la interacción del ser humano. La subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de etnias, de modos de disciplinamientos, etc. O sea, se encuentra multideterminada por el contexto histórico y la propia historia del individuo.

En condiciones de pobreza y vulnerabilidad la trama que incluye a las personas y su entorno adquiere determinadas características que condicionan la producción de

53 Romero, S La Institución .Representación y realidad p 93 En Madres e Hijos en la Ciudad Vieja Ed Nordan Montevideo Febrero 2003.

54 Díaz Berenguer Las Otras Medicinas El porqué de su existencia Una mirada desde las ciencias médicas Definición de medicina complementaria y alternativa En Portillo, Rodríguez Las Otras Medicinas AUERFA Goethe Instituto Montevideo 2006 p 103

subjetividades, “Entendiendo por producción de subjetividades las diferentes formas de construcción de significados, de interacción con el universo simbólico-cultural que nos rodea, las diversas maneras de percibir, sentir, pensar, conocer y actuar; las modalidades, los modelos de vida, los estilos de relación con el pasado y con el futuro, las formas de concebir la articulación entre el individuo (yo) y el colectivo (nosotros)”.⁵⁵

La **demanda** de atención se realiza partiendo del conocimiento en salud, saber que determina la activación del componente formal, el que determinará lo que ocurra con las prestaciones que emanan de los efectores del componente formal.

Los profesionales y técnicos están dentro de los referentes de salud de la población. Los usuarios interactúan con las Instituciones, a través de cada intercambio con algún miembro de ella, sea del segmento profesional y técnico o subcomponente cuasi formal (seguridad, administración etc.), pero también están los curadores populares, los farmacéuticos, parientes, amigos, o a quienes se les reconoce conocimientos válidos en salud.

Las corrientes inmigratorias y los procesos de aculturación e interpretación cultural involucran concepciones y prácticas en salud provenientes de otras culturas.

En los usuarios ambulatorios, es más fácil escapar de la carga del sometimiento institucional pero a su vez los usuarios provenientes de poblaciones en situación de pobreza o la denominada "pobreza estructural" aumenta los sentimientos de discriminación, síndrome de defraudación, desaliento-desesperanza (Saforcada 1999) incremento de abandono y síndrome de indefensión aprendida.

De la interrelación de los componentes del sistema dependen las condiciones de salud de una sociedad. La validez de las intervenciones de salud depende de la resultante del componente intersubjetivo. Para Saforcada “Si estos emergentes son negativos –actitudes de rechazo, valoraciones descalificantes, atribuciones desfavorables, desconfianza, incomprensión, imágenes negativa, etc.-, en el espacio intersubjetivo surgirá una **barrera psicosociocultural** que generara un alto grado de ineficacia”⁵⁶

El 45 Consejo Directivo de la OPS (2004)⁵⁷ aprobó la resolución CD45.R9 sobre el Observatorio de Recursos Humanos de Salud, por la cual solicitó a los Estados Miembros que lideraran eficazmente el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de recursos humanos que respalde la estrategia de atención primaria de salud y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, que explore maneras de abordar mejor la contratación activa de profesionales de la salud provenientes de los países en desarrollo dentro de un marco de emigración ordenada.

55 Giorgi V. Salud mental y políticas públicas: el trabajo del psicólogo en el campo de la seguridad humana. Montevideo, 2003. p. 4. Sin publicar.

56 Saforcada E. Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós; 1999. p 57

57 O PS, O M S 27.a Conferencia sanitaria Panamericana 59.a Sesión del comité regional Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007
en: www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf Acceso agosto 2011

En 2004, como parte de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto, se realizó un estudio econométrico transversal en 117 países en el que se concluyó que la densidad de los recursos humanos de salud es importante para explicar la mortalidad materna, la mortalidad infantil y las tasas de mortalidad de menores de cinco años de edad, además de políticas que llevan al crecimiento de los ingresos, la reducción de la pobreza y el aumento de la educación de la mujer.⁵⁸

En el Informe sobre la salud en el mundo de 2006 se sugiere la necesidad de una densidad de la población de los recursos humanos de salud (médicos, enfermera y parteras) de entre 20 y 25 por 10.000 habitantes a fin de garantizar un nivel mínimo aconsejable de cobertura de las intervenciones básicas de la salud pública.

Consecuentemente, las metas regionales⁵⁹ en materia de recursos humanos para la salud para el periodo 2007 -2015⁶⁰, fueron organizadas según los desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto. Buscando definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente. Se entienden como un emprendimiento colectivo basado en el desarrollo de planes de acción nacionales, guiados por los principios de equidad y panamericanismo y apoyados mediante cooperación activa entre países.

Algunas de las metas que se definieron⁶¹:

Meta 1: Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000. Según el Informe sobre la Salud en el Mundo 2006: Colaboremos por la Salud de la OMS, este indicador se refiere a médicos, enfermeras y parteras.

Meta 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.

Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región.

58 Anand S, Barnighausen T. Human resource and health outcomes: cross-country econometric study. The Lancet 2004; Volumen 364: p. 1603-09.

59 O PS, O M S 27.a Conferencia sanitaria Panamericana 59.a Sesión del comité regional Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007 en: www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf Acceso agosto 2011.

60 Según el Informe sobre la Salud en el Mundo 2006: Colaboremos por la Salud de la OMS, este indicador se refiere a médicos, enfermeras y parteras.

61 O PS, O M S 27.a Conferencia sanitaria Panamericana 59.a Sesión del comité regional Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007 en: www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf Acceso agosto 2011

Referente al concepto de **accesibilidad** Julio Frenk en “El concepto y la medición de accesibilidad” (1995) plantea que por las características -amplias y ambiguas del concepto de accesibilidad-, se tiende a confundir en la cotidianeidad con los conceptos de disponibilidad y acceso. Se entiende por **disponibilidad** la capacidad instalada de recursos materiales y humanos, así como la capacidad de producción de servicios de salud, mientras que el término “acceso” alude a la capacidad de un usuario para buscar y obtener atención. Comes (2003) señala que el concepto de accesibilidad tiene un alcance mayor que el término acceso ya que no podemos hablar de accesibilidad simplemente por el hecho de que el usuario haya tenido acceso a la atención, sino que el mismo implica resolver su problema de salud.

Siguiendo a Julio Frenk, en su análisis del concepto de accesibilidad, acordamos: universalizar el acceso a la salud, no significa resolver los problemas de salud de la población, ni mucho menos resolver los problemas de accesibilidad a la salud. Asimismo, el logro de éste objetivo, no es garantía de tomar en cuenta el poder de decisión de los usuarios y sus necesidades.

Partiendo de las concepciones desarrolladas por Alicia Stolkiner y su equipo de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires “ la accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios”⁶² Queda en claro la articulación entre dos actores: los sistemas de Salud y los sujetos, siendo necesario para analizar la accesibilidad no solo lo que los servicios ofrecen a la población sino también lo que la población argumenta sobre los servicios.

Existe consenso en diversos autores entre otros, Phillips 1990, Nájera 1996, Chias 2001, en plantear que la accesibilidad tiene diferentes dimensiones.

Dentro de estas encontramos:

1 - Geográfica que refiere a la distribución y localización de los servicios en una zona con una población asignada. Dicha dimensión pone de manifiesto el componente territorial, implica la distancia, el transporte, barreras naturales.

2 - Económica o financiera Proporción del gasto en Salud cubierto por el sistema sanitario, expresa la protección financiera que permite liberar a los individuos del gasto de los bolsillos.⁶³ Posee dos niveles; uno se relaciona con la capacidad adquisitiva de la población para hacer frente a los gastos de los servicios sanitarios (medicamentos, aranceles, cuota mutual, transporte, etc.) y el otro con la inversión del Sistema Sanitario, lo que implica la existencia de un cierto subsidio en los gastos en salud para los usuarios.

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

63 Hamilton G, Tobar F, Vázquez M. Exclusión de la protección social en salud en Argentina: tres enfoques metodológicos. 2001. Disponible en: <http://www.isalud.org/documentacion> [Fecha de acceso: 15 noviembre 2007].

3 - Organizacional o burocrática se trata de la organización interna de los servicios para brindar la atención a la población, tales como turnos, horarios, recorridos, lista de espera, disponibilidad de recursos, difusión de información, etc.

4- Socio demográfica Oferta de servicios a todas la edades y sexos.

5 - Legal. Se vincula con las disposiciones jurídicas y políticas del Estado en materia de salud. En Uruguay, las mismas están amparadas en la Constitución Nacional, la Ley Orgánica de Salud Pública, la Convención de los Derechos del Niño y la ley de creación del SNIS y descentralización de ASSE.

Los seis capítulos que comprenden la ley del SNIS en relación al tema, orientan a garantizar el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país.

Su organización en base a niveles de atención de acuerdo a la complejidad de las prestaciones, tiene como estrategia la atención primaria en salud y priorizando el primer nivel de atención.

Se entiende por **usuario** a todas las personas que residan en el territorio nacional a partir del registro en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que lo integran. Los prestadores no podrán rechazar ni limitar prestaciones a ningún beneficiario del SNIS, así como la elección del prestador es libre y luego podrá modificarse periódicamente según la reglamentación.^{64 65}

6 - Cultural Implica el universo simbólico de los sujetos (creencias, saberes, hábitos, prácticas, actitudes, etc.).

Partiendo de Bordieu (1995) quien plantea que las ciencias sociales son ciencias relacionadas, “la accesibilidad poseería una dimensión subjetiva que sería necesario indagar, es decir, se pondrían en juego vivencias, saberes contruidos, sentires, percepciones, etc. en la posibilidad y el modo que construyen los sujetos para acceder a los servicios de Salud”⁶⁶

La cultura, algo específicamente humano, “se refiere a los valores, creencias, normas y modo de vida que son aprendidos, asumidos y trasmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, desiciones, acciones o patrones de comunicación”⁶⁷ Es decir que todo nuestro comportamiento es cultural, incluso el que se presenta como anticultura, ya que se define por oposición a normas específicas.

Considerados desde la relación de la cultura, “los individuos son al mismo tiempo iguales y significativamente diferentes según las características de las múltiples formas culturales de las unidades sociales en las que se encuentren insertos y con las que interactúen” En

64 Muñoz, Fernández, Olesker, Basso: La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009 MSP

65 Olesker D. Sistema Nacional Integrado de Salud. Ponencia presentada en el Ministerio de Salud Pública el 7 de mayo de 2007. Sin publicar

66 Comes Y, Accesibilidad: Una Revisión conceptual en Investigación: ”Reforma en Salud en la Ciudad de Buenos Aires: modificaciones en las representaciones y prácticas de trabajadores y usuarios NBI del sector” Proyecto Bienal 2001-2003 Categoría B Fac de Psicología de la UBA Buenos Aires 2003

67 Leninger, M (1988, April). Written communication whit contributing author En: Marriner y Tomey Modelos y teorías de enfermería Madeling Leininger Teoría de os cuidados culturales Cap. 28 p 430

este sentido es pertinente preguntarse sobre las condiciones culturales de acceso a la salud, sobre condiciones de producción de salud.⁶⁸

Toda cultura posee una visión del mundo, que comprende una determinada interpretación de las relaciones sociales presentando aspectos manifiestos y encubiertos.

El hombre ha sido definido como un animal racional, también podría definirse como un animal que elabora las imágenes para convertirlas en símbolos; es decir como un animal simbólico.

La palabra símbolo viene del griego y significa poner una cosa junto a otra, unir. Lo que se une es un objeto del mundo conocido a otro que se quiere conocer, expresar. Así como la conciencia analítica (fundada en la razón) opera por vía de la disgregación, la conciencia simbólica (fundada en el mito) opera por vía de la síntesis unión llevando a la comprensión sensible de la realidad.

Lo simbólico (mítico) aunque de menor medida que la vida cotidiana es dinámico y por lo tanto temporal, histórico y humano, refuerza los principales valores de la cultura y abre una brecha a la libertad de modificarlos cuando dejan de expresar el sentimiento colectivo.

Víctor Giorgi plantea la existencia de una dimensión Psicológica de la accesibilidad denominándola **accesibilidad psicológica** la cual refiere “al conjunto de condiciones afectivas, cognitivas y vinculares que permiten el acceso del usuario al servicio y posibilitan sustentar el acuerdo de trabajo con el técnico y la institución. Incluye: percibirse a sí mismo como sujeto con derecho a la atención a partir de lo cual se legitima la inversión de tiempo, dinero y energía, muchas veces postergando otras obligaciones considerar a la institución prestataria y sus técnicos como capaces de comprender su situación y darle ayuda. Y reconocerse con las capacidades y potencialidades que permiten capitalizar esa ayuda.”⁶⁹

La aceptación o no depende de una decisión o de una sucesión de decisiones que el usuario toma como resultante de la conjunción de sus experiencias en relación a la enfermedad y a la salud, el cotejo de sus conocimientos con los de su referentes válidos y en algunos casos la propia evaluación, a lo largo del tiempo, de los resultados del tratamiento o prescripción.

Es importante recordar la concepción de accesibilidad de Alicia Stolkiner “la accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios”⁷⁰, recalcando sobre todo de ella, la articulación entre dos actores: los sistemas de Salud y los sujetos.

68 Romero, S Cap II La cultura y la salud En: Madres e Hijos en la Ciudad Vieja Ed Nordan Montevideo Febrero 2003 p 14

69 Op Cit . p. 5.

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

Los uruguayos perciben la salud desde diversos puntos de vista: Como una dádiva del Estado, como una mercancía, muchos como algo inaccesible, y pocos como un derecho y bien público.

Desde 1967 rige lo expresado en el artículo 44 de la Constitución de la República “El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país”.

“Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia, tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”.⁷¹

En dicho artículo, no se explicita claramente el derecho a la salud de toda la población, asegurándose la asistencia sólo a los carentes de recursos e indigentes, presentándola como una obligación individual y asistencia obligatoria solo en caso de enfermedad sin hacer mención a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Fuenzalida, Puelma y Scholle Connor plantean que: “quizás un concepto más claro,-a diferencia del de "**derecho a la salud** "- sería el derecho a la protección de la salud, que hace hincapié en la responsabilidad del Estado de proteger tanto a la salud pública como la individual. Incluiría dos componentes: el derecho a condiciones saludables (las clásicas áreas de salud pública), y el derecho a la atención de la salud (comúnmente referida a la atención médica en sus dos vertientes; la prevención y la restitución de la salud, que tendrán carácter individual”.⁷²

Para Roemer “El “derecho” de un individuo a la salud depende no solo del cumplimiento por parte del Estado de sus obligaciones en cuanto a la protección sanitaria sino también de las acciones de los individuos, tanto de otros individuos en la sociedad como del individuo mismo.”⁷³

En referencia al problema que atañe, en el capítulo “Derechos de los usuarios”, se plantea que: “El SNIS dará acceso universal a todos los residentes en el Uruguay”. En lo que se define como Plan Integral de Prestaciones (PIP), se plantea que se deberá garantizar al usuario: Actividades de promoción y prevención específica; Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado; Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Si bien en la actualidad se perfila la salud desde una perspectiva colectiva, considerándola como una parte de la vida cotidiana, una dimensión esencial de la calidad de las vidas, reconociendo la libertad de elección, subrayando el papel del individuo y la comunidad en la definición de su propia salud, aún se manejan conceptos y preconceptos que actúan como barrera en el avance.

71 Uruguay. Constitución 1997. Constitución de la República Oriental del Uruguay. Montevideo: Poder Legislativo; 1997.

72 Mario de Pena Derechos humanos. Derechos a la Salud y legislación En: Derechos Humanos y Salud Integral Instituto IDES Ed Latina 1999 p. 25

73 Mario de Pena Op Cit p 5

En este sentido es oportuno tener presentes algunos conceptos que refieren al tema. Se entiende por **Tradición**: la transmisión de noticias, composiciones literarias, doctrinas, ritos, costumbres, etc., hecha de generación en generación.

La **costumbre** es hábito, modo habitual de obrar que se establece por la repetición de los mismos actos o por tradición. Es una práctica social con arraigo entre la mayor parte de los integrantes de una comunidad.

Es posible diferenciar entre las buenas costumbres (aprobadas por la sociedad) y las malas costumbres (consideradas como negativas). En ciertos casos, las leyes tratan de modificar las conductas que suponen una mala costumbre.

Para la sociología, las costumbres son componentes de la cultura que se transmiten de generación en generación y que, por lo tanto, están relacionadas con la adaptación del individuo al grupo social.

El ser humano tiene la disposición de aprender -de verdad- sólo aquello a lo que le encuentra sentido o lógica. El ser humano tiende a rechazar aquello a lo que no le encuentra sentido.

Mientras que algunos aprendizajes son mecánicos, memorísticos, coyunturales, el aprendizaje significativo tiene el sentido que le da la relación del nuevo **conocimiento** con conocimientos anteriores, con situaciones cotidianas, con la propia experiencia, con situaciones reales, etc.

Existe la creencia común en nuestra sociedad de que la educación se caracteriza, sobre todo, por la transmisión de conocimiento pre-existente y la certificación de los que lo adquieren. La naturaleza del conocimiento en sí se considera un cuerpo inmutable y autoritario de datos y hechos que tiene una legitimidad, que es independiente del modo en que se generó o de los propósitos y valores de los que lo utilizan. Este enfoque del conocimiento inmutable se ve confrontado por nuestra propia experiencia.

Existe una visión alternativa acerca del conocimiento y su relación con el aprendizaje. El conocimiento existe por las personas y la comunidad que lo construye, lo define, lo extiende y hace uso significativo de ello para fines de resolver sus problemas y entender su contexto sociocultural.

El conocimiento, está en constante transformación y los miembros de cada generación se apropian de él, en cada sociedad, con el propósito de darle solución a nuevos problemas. El conocimiento no es invariable y estático, es parte integral y dinámica de la vida misma, de las indagaciones que los miembros de una sociedad hacen acerca de sus condiciones, sus preocupaciones y sus propósitos.⁷⁴

Del saber popular depende el hecho que las personas que necesitan atención lleguen antes o después de lo imprescindible a la consulta profesional, o incluso que nunca lleguen, como también que se vinculen con el sistema en función de la prevención, la educación para la Salud y no solo cuando necesita recibir asistencia.

74 Cobián, Nielsen y Solís Contexto Socio-Cultural y aprendizaje significativo
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Contexto-Socio-Cultural-y-Aprendizaje-Significativo/1431193.html>

Siguiendo como Díaz Berenguer⁷⁵ la definición de medicina del diccionario médico de Littre y Gilbert de 1908 como “El arte que tiene por objetivo la conservación de la salud y la curación de las enfermedades”, añade “La medicina es un arte y no una ciencia, porque ella busca un resultado práctico y no una verdad científica; ella se basa en procedimientos individuales y por consecuencia variables, y no en principios sobre formulas constantes: es el arte de curar, arte elevada por su fin, compleja por los conocimientos que exige. Por otra parte, entiende que las medicinas complementarias o alternativas pretenden “curar” o “sanar” pero con otras bases de la medicina convencional o tradicional. Pero-aclara Littre- (...) ella reposa sobre un cierto número de ciencias que merecen el nombre de ciencias médicas (...) Entre ellas cita luego como ejemplos la “Patología” y la “Terapéutica”

Por su parte Gudrun⁷⁶ expresa “No existe actualmente ninguna definición generalmente aceptada de MAC⁷⁷, además el término está sujeto a cambios según la época...”

75 Díaz Berenguer Las otras medicinas El porqué de su existencia Una mirada de las Ciencias médicas En Portillo, Rodríguez Las Oras medicinas AUERFA Instituto Goethe Montevideo 2006 p 100

76 Gudrun Bornhöft El rol de la medicina complementaria en la atención de la Salud. En Portillo, Rodríguez Las Otras medicinas AUERFA Instituto Goethe Montevideo 2006 p 139

77 Por CAM, sigla en inglés “Complementary and Alternative Medicine”, (MAC en español),

5 - DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Preguntas que orientan la investigación

Centrando la reflexión que en las relaciones entre la población destinataria y los servicios de salud públicos y privados del PNA, aparecen observaciones que indican conflictos en los vínculos generando barreras para concretar la accesibilidad de la población a dichos servicios surgen como preguntas:

¿La distribución de los Servicios de Salud, dificulta la demanda de la Población?

¿Las demandas a los servicios del PNA se relaciona con la población de la zona de referencia?

¿El factor económico ofrece barreras a la población en la accesibilidad a los servicios de salud del PNA?

¿Trámites burocráticos, como el requerimientos para la atención entre otros, ofrecen dificultades a la accesibilidad de la población a los servicios del PNA?

¿La Organización de los Servicios del PNA (recursos, registros, referencias, contra referencias) constituye barreras de accesibilidad a la población?

¿Las creencias religiosas actúan como barrera en la accesibilidad a los Servicios de Salud del PNA?

¿Los saberes o prácticas populares actúan como barreras en la accesibilidad a los Servicios de Salud del PNA?

¿Las experiencias propias o ajenas en los servicios del PNA, intervienen en la población como barrera de accesibilidad?

¿Los hábitos en prácticas preventivas relacionadas con la salud actúan como barrera de accesibilidad a los Servicios de Salud del PNA?

¿Las costumbres familiares desaniman y/u obstaculizan incidiendo como barreras de accesibilidad a los Servicios de Salud del PNA?

¿La transmisión de experiencias generacionales actúan como barreras de accesibilidad a los servicios del PNA de la población?

¿Qué concepción de Salud maneja la población?

¿Entiende la población a la Salud como un derecho?

5. 2 Objetivos

5.2.1 General

Identificar y comprender algunos de los componentes subjetivos (creencias, vivencias, saberes construidos, sentires, percepciones, hábitos, prácticas, actitudes, etc.) que actúan como barrera de accesibilidad a servicios públicos y privados del primer nivel de atención en la población adulta de la zona de influencia del Programa APEX- Cerro.

5.2.2 Específicos.

1 - Conocer las principales características de disponibilidad, demanda y los factores culturales de los servicios del Primer Nivel de Atención Públicos y Privados que articulan con la población adulta de la zona influencia del Programa APEX- Cerro.

2 - Conocer los motivos que llevan a la no concurrencia espontánea de la población adulta de la zona de influencia del Programa APEX- Cerro a los servicios públicos y privados del primer nivel de atención,

3 - Profundizar en el conocimiento de los factores psicosocioculturales (creencias, vivencias, saberes construidos, sentires, percepciones, hábitos, prácticas, actitudes, etc.), entre los motivos de no concurrencia espontánea de la población adulta a los servicios públicos y privados del primer nivel de atención de la zona de influencia del Programa APEX- Cerro.

5.3 Palabras claves

Disponibilidad, Demanda, Subjetividad, Barreras psicosocioculturales, Accesibilidad simbólica, Primer nivel de atención.

5.4 Metodología

Concibiendo el explorar como el incursionar en un territorio desconocido, se plantea en esta investigación un estudio exploratorio, buscando información que permita formular con mayor precisión las respuestas a las interrogantes, en este caso en relación con el comportamiento humano.

Entendiendo que este estudio permite flexibilidad metodológica, se utilizó primordialmente la metodología cualitativa entendiendo como Ruiz Olabuénaga(1989) que la estrategia de una investigación cualitativa va orientada a descubrir, captar y comprender una teoría ,una explicación , un significado.⁷⁸, incluyendo para un mejor análisis metodológico aportes cuantitativos de datos relevantes.

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

En las dos etapas para la recolección de datos, se utilizó como técnica, entrevistas semi-estructuradas, las que incluyen una estandarización del procedimiento de interrogación con secuencia ordenada de preguntas y respuestas. Se efectúan a todos los entrevistados las mismas preguntas, con un rol del entrevistador más neutral, buscando una información fluida, solamente guiando la temática.

En la primera etapa y con propósito de obtener un marco referencial de datos precisos para el tema, se buscó mediante las entrevistas el relevamiento de datos desde los servicios públicos y privados del PNA de la zona de influencia, en relación al territorio de cada EBO, buscando una información fluida, incluyendo la obtención de datos concretos.

Para la ejecución de las mismas se coordina, día y hora telefónica o personalmente con los coordinadores de cada servicio, se destaca que la ejecución de algunas de ellas se realizó con un representante.

Las interrogantes de las entrevistas buscaban datos referenciales que hacen a la accesibilidad principalmente sobre: (Anexo 4) Dependencia, Organización, Cobertura, Demanda.

Ante dificultades principalmente de orden burocrático y a pesar de notas de solicitud (Anexo 5) y más de un acercamiento, no se pudo completar las entrevistas de todas las instituciones. De todas maneras se logró el objetivo de conocer las ofertas y demandas, así como aspectos de la interrelación con la población en los servicios públicos y privados del PNA considerando los territorios de cada EBO y la zona en conjunto, mediante información complementaria.

En la segunda etapa, para la realización de las entrevistas a la población (Anexo 6) se consideraron los criterios de inclusión que comprenden adultos mayores de 25 años, domiciliados en el área de influencia, no haber concurrido a un servicio de salud en un tiempo mayor a un año previo y no presentaran discapacidad física y/o mental.

El límite inferior de 25 años se relacionó con la literatura y convenciones internacionales (en términos sociodemográficos) que establecen que la juventud se extiende hasta esa edad, este límite se halla en concordancia con la Convención Iberoamericana de Derechos de los jóvenes que lo establece en su artículo 1º (ámbito de aplicación).

Se buscó con entrevistas pilotos el perfeccionamiento de la guía, pero no fue posible el acercamiento a los entrevistados desde los EBOS, fundamentados por la no revelación de los integrantes de la población de su tiempo de concurrencia; por lo que se buscan y se obtienen los acercamientos a través de vecinos referentes mediante la comunicación “boca a boca”, que permitieron la concreción de las entrevistas a individuos que cumplieran con los requisitos de inclusión, evitando de esta manera los sesgos.

El lugar, día y hora a realizarse la entrevista fue elegido por el entrevistado que mayoritariamente se constituyó en su domicilio particular, generalmente los fines de semana y muy pocos en los lugares de trabajo. Previo a estas se leyó y solicitó la firma del consentimiento (Anexo 7) aclarando su grabación, el anonimato y la confidencialidad de la misma.

En el proceso de cada una de ellas se buscó motivar al entrevistado mediante frases o preguntas para romper el hielo, buscando motivar la relajación y permitiendo la mejor fluidez.

Se cumplió con las reglas de escucha activa y el registro de elementos que hacen a la comunicación como los gestos. Al finalizar mayoritariamente fuera de grabación se dio lugar a la ampliación de alguna de las preguntas consideradas más comprometidas y difíciles siempre siguiendo el diálogo espontáneo del entrevistado.

Para el total de entrevistas semi-estructuradas realizadas a la población se tomó el criterio del principio de saturación, donde ante determinada cantidad de información obtenida, el investigador tiene la impresión de que no se suman datos nuevos y obtuvo la información para sus interrogantes.

Con el fin de abarcar todo el territorio y de esta forma asegurar la diversidad socio económica cultural, característica de los integrantes de la zona, se definió no medir la saturación antes de obtener la participación de la población de todos los territorios de los EBOs y tomando a todo el territorio de APEX- Cerro como unidad.

Se aclara que la intervención del investigador depende de la selección de los datos, su ordenamiento en función de lo que es importante para él.⁷⁹

5. 5 Obtención de la información

El trabajo de campo se efectuó al mismo tiempo que se establecen cambios profundos en la estructura, organización y funcionamiento de los servicios por la implementación del SNIS en el año 2009 - 2010.

Se formalizó la propuesta a los integrantes de cada EBO interiorizándolos sobre la investigación, el área de influencia tomada, teniendo en cuenta sus límites territoriales, los Servicios del PNA, pública y privada, existente en cada uno y la población adulta. Se les solicitó el acercamiento a integrantes de la comunidad que cumplieran con los criterios de inclusión y sobre los servicios del Primer Nivel de Atención existentes en su territorio, dirección, horarios y posibles contactos.

Para la concreción de las entrevistas, dado la imposibilidad de acercamiento de los EBOs, se llega a los entrevistados por contactos de otras personas de la comunidad, que en su mayoría no intervinieron en la investigación, de esta manera se llega a quienes completan los criterios de inclusión y se evita el posible sesgo de investigador.

5.6. Descripción de los datos

En el decir de Parada “Consiste básicamente en la organización de los datos cualitativos de acuerdo a las categorías de análisis predefinida, emergente y de acuerdo a los perfiles de los sujetos de estudio. Al final de esta etapa el investigador debe obtener una serie de resúmenes que sintetizen toda la información describiendo los principales elementos encontrados”⁸⁰

79 Amezcua M, Carricondo A. Investigación Cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud Index Enferm 2000; 28-9: p 4

80 Parada Lezcano Cap. L. Metodología cualitativa de investigación científica Universidad de Valparaíso, Chile 2011 Taller Investigación Cualitativa Fac de Enfermería 2011 p 32

En la primera etapa se realiza una síntesis de las **generalidades** de los servicios y población y luego se **describe la información según las Categorías de Análisis** identificadas (Anexos 8 y 9); teniendo en cuenta el Marco Conceptual. Los datos fueron revisados a medida que son reunidos y transcribiendo las grabaciones, realizando una transcripción exhaustiva de las mismas, teniendo en cuenta los tonos de voz, los silencios y otros contextos que hacen a la comunicación.

5.7 Análisis Interpretativo

Para el análisis se utilizó el Método de Análisis Cualitativo, focalizado en los contenidos expresados de forma manifiesta y directa, se buscan significados para dar sentido a lo encontrado y descrito, utilizando el marco teórico elaborado para la investigación. Es decir “se trata de establecer las conexiones existentes entre el nivel sintáctico del texto y sus referencias semánticas y pragmáticas.”⁸¹
Esa fase se desarrolla en dos partes Análisis cualitativo, donde se reflexiona teniendo en cuenta la interrelación de los datos obtenidos en ambas etapas y Discusión, encaradas desde los puntos considerados más relevantes.

5.8 Conclusiones

Por último se da paso a las conclusiones elaboradas con argumentos apoyados en premisas.

81 Parada Lezcano Cap. L Op Cit p 36

6. DESCRIPCION DE LOS DATOS

6.1 Generalidades.

6.1.1 Servicios del Primer Nivel de Atención

De los veintiún servicios de la zona se pudieron realizar entrevistas en veinte, siendo imposible acceder a la información de datos del Servicio perteneciente a las FFAA –CAP N° 5, ubicado en el territorio del EBO La Boyada Todos pertenecen al PNA, de dependencias Privadas y Publica con variedad de efectores, ubicándose en todos los territorios de los EBO. (Tabla 3 -Anexo 8)

Entre los servicios de salud de la zona, el de mayor antigüedad es el CSC, comienza sus actividades en 1929 en la Calle Grecia y Prusia por el Banco de Seguro del Estado para la atención de los trabajadores de la industria cárnica. Hasta 1984 funciona en ese local la “Asistencia del Cerro”, ofrecía, asistencia, ambulancia, servicio médico a domicilio, farmacia y en la Calle Carlos María Ramírez y Chile el Centro Materno infantil con atención pediátrica.

En el 1984 se fusionan ambos como “Centro Coordinado del Cerro” pasando al edificio de la calle Japón ente Chile y Grecia el cual compartían con Asignaciones Familiares.

En 1994, por el proyecto PRIS de la Presidencia de la República, se separa de Asignaciones Familiares pasando a la actual dirección.

Su zona de influencia cubre los zonales 14,17 y18 de la I.M., dentro de sus funciones coordina las 26 policlínicas dependientes de RAP-ASSE. De estos los que se encuentran en el zonal 17, específicamente en el territorio de APEX-Cerro, son:

La Policlínica Santa Catalina dependiente de la RAP, con integración de profesionales desde la U de la R como docentes asistenciales, las Policlínicas Maracaná Sur, Nuevo amanecer, La Boyada y El Tobogán, todas ellas con organización vecinal y convenio con la RAP. También vecinal es la Policlínica COVICENOVA, que a diferencia de las demás se encuentra relacionada con la organización de una cooperativa de viviendas de la cual depende con apoyo de la RAP, y hace su referencia dentro de la misma.

La Policlínica Tito Borjas fue fundada el 8 de mayo de 1987 por un grupo de vecinos. Su nombre igual al Club social de la zona es en honor a un jugador de la selección Uruguaya de los juegos olímpicos y primer campeonato mundial, está dirigida por vecinas de la zona pero el equipo de salud depende de un convenio entre la IM y el Programa APEX-Cerro.

Del Programa APEX- Cerro depende además el Servicio de Atención Psicológica (SAP) en convenio con la Facultad de Psicología, donde se brinda atención psicológica a niños de toda la zona, destacándose la derivaciones desde las escuelas, con encare docente asistencial cumpliendo actividades de asistencia, docencia, extensión e investigación siguiendo los objetivos generales del programa APEX- Cerro.

El sub programa etario Adolescente a través del Espacio Adolescente en convenio con RAP-ASSE, brinda atención a adolescentes de catorce a diecinueve años del zonal 17 extendiéndose muchas veces por su convenio al zonal 14. Cumple actividades de docencia, asistencia, extensión e investigación, con un fuerte encare de promoción de salud y prevención de enfermedades de esa franja etaria. Ampliando la posibilidad de accesibilidad de las diferentes sub zonas la recepción de adolescente se realiza en el espacio de APEX-Cerro, en el CSC y en la policlínica La Paloma.

El subprograma Adultos Mayores (AM), con actividades de docencia, asistencia, extensión e investigación destinadas AM de la zona, recibe demandas en: La Policlínica Casabó y en la Asociación de Jubilados y Pensionistas (AJUPEN), para el desarrollo de sus actividades mantiene una fuerte red interna con subprogramas de APEX- Cerro y externa con un gran compromiso hacia el grupo etario.

Las Policlínicas Casabó y La Paloma que toman el nombre del mismo barrio y el Policlínico Móvil que parte del CCZ 17, dependen de IM – SAS cuyo cometido apunta a contribuir a elevar la calidad de vida de los montevidEOS a través de acciones coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva.

Sus objetivos.

General: Construcción y fortalecimiento del SNIS en el PNA en Montevideo en coordinación con MSP y ASSE.

Los Específicos:

⌘ Profundización del cambio de modelo de atención con estrategia de APS (atención primaria de salud) acordados con MSP y ASSE. Entre estos profundizar los programas de: Salud del niño/a, atención al adolescente, adulto mayor, salud bucal, salud sexual y reproductiva, nutrición, adicciones, salud mental, prevención de accidentes.

⌘ Fortalecer la capacidad de resolución de las policlínicas periféricas y la Participación Comunitaria.

También de dependencia pública, el Centro Periférico Cerro, de la Lucha Antituberculosa tiene su sede central en Montevideo y está presente en todo el territorio nacional a través de una red de efectores constituida por treinta Centros Periféricos y veinte Sub-Centros Periféricos polivalentes y siete servicios monovalentes. Además, gestiona y financia a dos laboratorios especializados que sirven de apoyo a los principales programas de la institución.

El Centro Materno Infantil (CMI) N°1 del BPS que cumple las normativas generales de este, se encuentra en la misma dirección desde el año 1974, constituyéndose uno de los más antiguos en la zona, hoy comparte el edificio con otros servicios del BPS ubicándose en el primer, segundo y tercer piso de la planta.

De los servicios de salud Privados, IAMC, se encuentra la UPECA- Cerro

Las UPECAS, policlínicas autogestionadas, surgen de un proyecto de reorganización zonal del CASMU, el que se aprueba en 1985 En el año 2003 se crea la unidad del Cerro.

Actualmente dentro del marco de la política institucional de desarrollo del primer nivel se designó una unidad técnica administrativa, con el fin de reorganizar los servicios.

EL propósito de regionalización es la adecuación de las zonas, para lo cual se consideró la división de los CCZ de la IM. La UPECA- Cerro se encuentra en la zona “A” que integran los CCZ 14, 17 y 18.

Otro servicio privado en la zona es la Policlínica José Barreiro de Casa de Galicia, cuyo fin es brindar servicios de asistencia médica integral, con el objetivo de satisfacer a los asociados en todas las prestaciones. Ofrecen personalización y trato cercano entre paciente y médico. Su nombre se relaciona con un socio fundador del Cerro.

Por su parte la Asociación Española Primera en Socorro Mutuos, cuyo efector en la zona es la policlínica N° 3, cuenta en su estatuto con los deberes y beneficios de los asociados, los que pertenecen a tres categorías: activos, honorarios y menores. Se rige por el consejo directivo y una asamblea representativa.

El último servicio privado establecido en la zona perteneciente a CUDAM es la policlínica CUDAM–Cerro, establecida hace cinco años, se destaca que fue el servicio con mayor dificultad para la obtención de datos.

6.1.2. Población

Tomando en cuenta los criterios de inclusión, se entrevistaron un total de veintitrés personas, los cuales no concurrían a un servicio de salud entre uno y once años siendo mayoritariamente los que hacia entre uno y dos años (Gráfico 1- Anexo 9). Siendo todos mayores de veinticinco años la mayoría se encuentran entre cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años (Gráfico 2 A y 2 B - Anexo 9)

Representan todos los territorios de los EBO (Gráfico 3 - Anexo 9) e identifican la mayoría de los servicios de salud (Tabla 4 - Anexo 9). Cubren una amplia gama socio cultural integrada por trece mujeres y diez varones en representación de todos los territorios. (Gráfico 4 y 5 - Anexo 9).

La mayoría tiene presente y reconoce un lugar específico para su cobertura de salud dentro de lo público y lo privado, aparece también la expresión de que “no se tiene” (Gráfico 6 - Anexo 9).

Trabajan dieciocho, cumpliendo actividades variadas, obreros, comerciantes, salud y administrativos, de los cinco que no trabajan motivados por ser estudiantes, ama de casa y uno desempleado por problemas de salud. Se identifican los tres niveles de educación.

Solo una minoría vivió en su niñez con familiares no directos o no familiares. Las familias actuales se conforman mayoritariamente entre dos a cuatro integrantes, contando una con once integrantes. Entre los veinte que tienen hijos suman cuarenta y dos hijos, que van desde menos de un año hasta treinta y dos, ubicándose la mayoría en la franja entre doce y diecisiete años.

6.2 Descripción según Categorías

La descripción de las categorías se extrae desde la Síntesis de los resultados de los Servicios del PNA (Anexo 10) y la Síntesis de los resultados de la población (Anexo 11)

6.2.1 Servicios de Salud

6.2.1.1 Accesibilidad Geográfica: En el territorio de influencia del Programa APEX-Cerro, cito en el Zonal 17 de la I.M, con una superficie de 42 Km² se encuentran veintiún servicios integrantes del Primer Nivel de Atención.

Tomando como referencia los seis territorios de los EBOs, se detalla que en todos hay entre uno (EBOs, Casabo y La Paloma) ocho (EBO la Boyada) servicios de dependencia pública. Si se tiene en cuenta la proximidad de algunos de ellos a los límites territoriales, hace que la misma se vea en lo real, muchas veces disminuida, como ejemplos la policlínica La Paloma es referente en los EBOs, La Paloma, Rincón del Cerro y el CSC ubicado en el límite de los EBOs, La Villa, La boyada y La Paloma.

En cuanto a los cuatro de dependencia privada se encuentran en el territorio del EBO La Villa, situados en la franja territorial que pertenece a la mitad del territorio de la Villa.

6.2.1.2 Accesibilidad Económica-Financiera: Los servicios que pertenecen a la organización pública, difieren su dependencia económica entre sí, la que a su vez determina la posibilidad del derecho a los usuarios a la obtención de medicamentos exámenes etc.

Los que derivan de la RAP dependen económicamente del MSP y se requiere para la gratuidad el carnet de asistencia o más conocido popularmente como carnet de pobre.

Los que dependen de la I.M., la atención es mediante la cédula de identidad y la gratuidad de medicación, exámenes y derivaciones a otros servicios, obedece a la presentación del carnet de asistencia.

El CMI subsidiado económicamente por el BPS atiende exclusivamente a trabajadoras, esposas de trabajadores o hijas solteras de trabajadores registrados en el BPS, así como los recién nacidos de dichas mujeres.

Las policlínicas vecinales se diferencian las que tienen apoyo económico con el convenio con ASSE el que consiste en RRHH (generalmente médico y/o auxiliar de enfermería) y algún material y la policlínica Tito Borja que recibe apoyo de APEX-Cerro con convenio de la I.M en referencia al equipo de salud, también donación de materiales desde el CSC En estas policlínicas la atención es gratuita solicitándose en la posibilidad una donación para la

mantención de la misma, el presentar el carnet de asistencia beneficia a la obtención de medicamentos y exámenes, solicitudes que se derivan al CSC.

Los servicios de APEX- Cerro son de atención gratuita y el carnet de asistencia es de igual aporte que en los otros servicios. El de la Lucha Antituberculosa brinda atención a usuarios derivados de dependencias públicas o privadas, aportando desde este apoyo económico a quienes lo amedian y las necesidades de otros medicamentos o exámenes son derivados al lugar de procedencia del usuario.

En relación con los cuatro de dependencias privadas cada uno proviene de una institución diferente, los usuarios están asociados generalmente desde el beneficio laboral, aportando desde el sueldo y pagando en la mayoría de los casos tickets por la atención, medicación y exámenes.

6.2.1.3 Accesibilidad Organizacional o Burocrática y Legal: Quince de los servicios son de Procedencia pública, tres son efectores de la RAP y la IM, dos servicios Vecinales, dos de RAP- Vecinal, el resto APEX- Cerro, Especializada, Vecinal-IM- APEX- Cerro, APEX- Cerro –Facultad de Psicología, APEX- Cerro – RAP, y BPS.

Cuatro son de dependencia Privada pertenecientes a la Asociación Española, Casa de Galicia, CUDAM y CASMU.

Hay una dependencia interna principalmente los servicios en convenio con ASSE coordinan como efectores del CSC, entre ellas Las Policlínicas vecinales Maracanán Sur, Nuevo Amanecer, La Boyada, Tobogán y COVICENOVA.

La **coordinación gerencial** se diferencia desde la policlínica Tobogán de dependencia vecinal que no reconoce un solo coordinador, pasando por siete coordinadas por médicos de diferentes especialidades, tres por Lic. en enfermería, dos por Lic. en psicología, dos por administrativos, una química (Casa de Galicia), una Lic. en Nutrición, un vecino, hasta dos que la comparten. Para las entrevistas la mayoría de las derivaciones necesarias recaen en personal administrativo o de la misma profesión.

En trece de los servicios se llevan **Registros**, pudiéndose observar que no se complementa toda la información requerida por las fichas a llenar.

En el móvil se archivan por fichas por apellido y en una policlínica vecinal en H. Cli. por grupo familiar y en el resto por H. Cli. individuales.

La forma de identificación de las H. Cli. no es generalizado, mayoritariamente se realiza por cedula de identidad, también por fecha de nacimiento o número otorgado por central. Solo en uno de los servicios privado es electrónica y en el resto de este grupo por número de socio o matrícula que no corresponde con la cedula de identidad.

En el tratamiento de los datos para referencia **Estadísticas**, todos los resúmenes por mes y los derivan a las centrales, en el caso de las policlínicas vecinales a la RAP.

El trámite posterior a su análisis es variado y uno de los motivos que dificulta la obtención de los mismos, sumado en algunos casos a trámites burocráticos.

Tenían los datos iguales a los enviados el CMI (BPS) y la Tito Borja el registros de las vecinas, paralelo al que se envía a la RAP y la I.M.

Los servicios de la I.M., reciben en contrapartida de los datos que envían con la publicación anual de toda la estadística con algunos de los datos relevantes, desglosados identificando los servicios.

La dificultad se presenta en los servicios públicos de ASSE, de todas las dependencia zonales se derivan los datos al CSC, allí se unifican en el servicio de archivo y son enviados a Central, donde se analizan. Desde allí, luego de varios trámites son entregados pero son tratados por zona lo que no permite la identificación por servicio, transformándose la zona en una unidad estadística.

En los servicios privados a pesar de realizar el solicitado trámite burocrático no se logra la obtención de los datos exactos de todos los servicios, se alcanza completar algunas cifras anuales por deducción de las mensuales otorgadas. Perteneciendo todas ellas a la demanda no se hace mención del número real de profesionales.

De la totalidad de **datos estadísticos** del 2008 basados en información y deducciones se destacan de dieciocho servicios un total 551.804.266 consultas en el 2008 (Tabla 5 - Anexo 8)

Las profesiones con más oferta fueron medicina General, Pediatría, Ginecología y Enfermería (Tabla 6 - Anexo 8).

6.2.1.4 Disponibilidad: El ofrecimiento de atención cubre todas las **franjas etarias**. La atención específica a los grupos etarios se distribuyen entre dieciséis servicios con atención Infantil; tres adolescentes; dos A.M.

La atención por **sexos**, se diferencia el Femenino en trece de los servicios, no habiendo atención específica para el sexo masculino.

Las **ofertas en general** son para, Diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis y Materno infantil en el CMI del BPS, el resto ofrecen por lo menos Medicina y Pediatría, variando en el resto el número y tipo. El Móvil cuyo cometido apunta a contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos a través de acciones coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva.

Exceptuando el servicio especializado de la Lucha Antituberculosa, la Policlínica que atiende en el **horario** de ocho a catorce horas, en el resto se divide la oferta entre los turnos de la mañana y tarde lo que cubre la franja de ocho a diecisiete horas se de tener en cuenta que en estos horarios están delimitados con un corte entre las doce y trece horas y la disponibilidad de atención depende de la disponibilidad de números y no del horario El resto del día el CSC cubre la atención de toda la zona con la atención de emergencia, además es el único servicio en toda la zona que cuenta con dos Ambulancias para traslado.

Otras características dentro de las disponibilidades para la población son las de vacunaciones siendo mayoritariamente en el turno de la mañana.

La disponibilidad de **profesionales** en la zona es de treientos tres (Tabla 7- Anexo 8), si bien no hay todas las especialidades médicas están representadas doce , encontrándose en todas por lo menos un médico, siendo mayoría los de Medicina general cincuenta y Pediatras que suman treinta y ocho. De las otras profesiones, están presente Lic. en psicóloga diecisiete, Lic. en Reg. Médicos dieciséis Lic. en enfermería doce (El total del personal de enfermería (profesional y auxiliar) es de cincuenta, faltando en varios de los servicios), Parteras diez, Nutricionistas nueve, Higiene dental cinco, Fisioterapia (Estudiantes) dos.(Tabla 8 - Anexo 8).

En cuanto a los **grupos de promoción y prevención**, se denominan trece, la mayoría con la temática de A.M. Otras temáticas, Psicología infantil, adolescentes, Violencia domestica Hipertensión, Salud mental Se destaca que todos pertenecen a los servicios públicos mayoritariamente APEX-Cerro y Policlínicas de la IM. (Tabla 9 - Anexo 8)

Se contabilizan cincuenta y uno actividades de **Prevención y diagnóstico** En las realizadas **Intramuros** (Tabla 10 A - Anexo 8), mayoritariamente Farmacia, PAP, vacuna, se destaca que Plan Aduana no se desarrolla en los servicios privados. Específicamente en el servicio de vacuna que es de derecho para toda la población sin identificación de procedencia pública o privada, no hay promoción extramuros de la misma En las **Extramuros** (Tabla 10 B - Anexo 8) la actividad más específica es educación para la salud principalmente en intervenciones instituciones educativas.

Los temas más destacados son referentes al sexo femenino y las de las semanas temáticas programadas desde el nivel central del MSP.

Otras actividades presentes como única ofertas son provenientes de los servicios de APEX-Cerro, cine foro, intergeneracionales, adolescentes.

Las **derivaciones de servicios no prestados** son realizadas en primera instancia a servicios de igual procedencia en la zona, se destaca como lugar a donde se deriva el CSC, también se identifica la Policlínica de la I.M. Casabo y el móvil.

Las situaciones sociales son derivadas al SOCAT (Servicio de Orientación y consulta), INAU, ANEP, Comuna Mujer de la I.M.

Fuera de la zona se realizan las derivaciones que no es posible resolver generalmente a los servicios de segundo nivel de atención.

Los servicios privados las derivaciones necesarias (no identificadas) los efectúan al servicio central de referencia.

Los **resultados** de los diferentes exámenes solicitados desde el propio servicio o por derivación deben ser retirados por el propio usuario pasando a las H.Cli. después de un periodo de no retirados.

En seis de los servicios no se realizan **seguimientos** en el resto en los servicios privados se llaman a usuarios con resultados patológicos. Los otros varían entre resultados de PAP patológicos enfermedades de transmisión sexual.

Se destaca en el servicio especializado de Lucha Antituberculosa luego de la tercera falta y en los servicios de APEX-Cerro los seguimientos a usuarios y familias se realizan con el apoyo de estudiantes avanzados.

6.2.1.5 Demanda: La posibilidad de demanda para la atención es variada si bien se cubre todas las franjas socio económicas para la atención dificulta en las más disminuidas la obtención de medicación o paraclínica si no se tiene el carnet de asistencia.

La llegada a la consulta es voluntaria requiriendo para el acceso la obtención de números que son otorgados personalmente en los servicios públicos variando desde previo a la consulta hasta un mes de diferencia para lagunas especialidades y en los servicios privados pueden realizarse telefónicamente o por correo electrónico.

En el caso de consultas pediátricas las fechas para próximos controles son marcadas al retirarse del control.

El usuario accede a los grupos de promoción y prevención generalmente por deseo propio, por derivación y/o consejo profesional.

A los laboratorios exclusivamente por orden médica, mientras que al móvil por difusión desde la IM y la propia población.

El único servicio que se demanda sin requisitos para la atención es a la vacunación

La demanda en el año 2008 si bien se destaca el CSC (55.164.403) representa aproximadamente la décima parte del total lo que demuestra la importante demanda en las policlínicas del resto del territorio.

Se señala por otra parte que en los números no se desglosa las demandas por primera vez de aquellas que solo tienen el objetivo de repetir medicación

En relación con las demanda a las diferentes profesiones se destaca Medicina general y pediatría siendo mínima la diferencia anual entre ambas (11.1579), lo que reafirma los datos brindados de ser principalmente estos los demandados con la franja etarias mayores entejadas Por A.M. y niños.

6.2.1.4 Accesibilidad Cultural: La antigüedad en la zona (Grafico 7 - Anexo 8) va entre menos de dos años a más de treinta, destacando el CSC con setenta y ocho años. El Servicio de Salud de menor tiempo de pertenencia (en la zona, cinco años, es La Policlínica CUDAM – Cerro, el de mayor antigüedad con ochenta y tres años es el CSC, a su vez el único que ha cambiado de dirección dentro de la zona, mientras que doce comparten la franja entre once a treinta años.

En cuanto a la dependencia casi una cuarta parte de los servicios, cuatro de ellos, dependen de los vecinos.

En cuanto las denominaciones de las policlínicas toman principalmente la del barrio de su asentamiento o de un personaje importante dentro de la comunidad (José Ma Barreiro, Tito Borja, La paloma y Casabó).

De los servicios públicos no se reconocen los servicios privados Pero todos reconocen algún servicio cercano y los nombran al CSC.

Los **llamados a consultas** sin ser en las consultas de ginecología y diabetología, donde enfermería es quien llama previamente y hace controles antropométricos, en el resto el usuario es llamado por el mismo profesional.

Una situación diferente se da en las policlínicas vecinales donde el llamado es por parte de los vecinos y en el servicio de SAP no se otorgan números organizándose los propios usuarios destacando el coordinador del servicio que no se suscitan inconvenientes.

Trece de los servicios no ofrecen un **lugar de demanda** a los usuarios, de los que ocho lo expresan y cinco no contestan, en cuatro hay buzón de quejas que no es usado.

La presentación de quejas o consultas es sobre todo personal y en el caso de alguna denuncia aislada es en las comisiones barriales de las policlínicas vecinales y a nivel central en los servicios privados.

6.2.2 Población

6.2.2.1 Accesibilidad Geográfica: Los servicios son identificados por la dirección, cruces de calle, identificando como mayoritaria la posibilidad de llegar caminando, es diferente cuando hay necesidad de ir al CSC o a las dependencias centrales privadas que desde las zonas más alejadas hay que ir en ómnibus, eligiéndose muchas veces las mutualistas por líneas de ómnibus cercana. Para la denominación utilizan nombres antiguos principalmente el CSC conocido como Coordinado o Asistencia.

Todos los entrevistados reconocen por lo menos dos servicios de la zona, principalmente los pertenecientes a su zona de residencia independientemente de su cobertura y fuera de esta el más identificado el CSC.

De los que tienen cobertura privada solo dos fuera de la zona y la mayoría no contesta, o expresan “no sé”, “No tengo”.

En su gran mayoría, cuando concurrieron, fueron a los servicios de salud de la zona, solo uno concurre fuera por el derecho a su cobertura (Hospital Militar) y quienes no contestan coinciden con quienes reconocen que no han concurrido.

6.2.2.2 Accesibilidad Económica-Financiera: Se reconoce que el pertenecer a los servicios privados es motivado por trabajar y “estar en caja”, a la inversa no tener “mutualista” por haberse quedado sin trabajo.

El factor económico es mencionado en varias oportunidades como dificultad para acceder a los servicios, una de las entrevistadas alega “De repente no tienes dinero”, por otra parte es identificada como factor que impide llegar a la consulta odontológica, expresado como uno de los motivos de no consultar “Problemas de dinero” o asistir “cuando tenía sociedad”

6.2.2.3 Accesibilidad Organizacional o Burocrática y Legal: Casi la mitad de quienes identifican su cobertura en los servicios públicos no cuentan con carnet de asistencia, sumado a quienes quedaron sin derechos a los servicios privados hacen una mayoría que no tienen ese requisito.

Otros factores presentes es la burocracia ligada a los tiempos “Esperas largas”, “Esperar mucho”, “Las colas”, “A veces te comes horas”, “Espera agachado por dolor”, “Esperas, llego la tecnología y es igual”, “Si no hay nadie no puedes esperar”.

En relación a lo observado en los ambientes que llama la atención “La cantidad de pacientes,” “Ves de todo Mamas con niños y Señoras con bastones esperando”, “La mayoría están sentadas”.

También se expresan sensaciones que han quedado de las experiencias, entre ellas “No agradables”, “Como que no tienen vocación de atender”, “Atención obligada”, “Convulsionado”, “Desagradable”

6.2.2.4 Disponibilidad Se reconocen dieciocho vínculos con el personal de diferentes roles, entre ellos médicos, ginecólogo, pediatra, limpieza, administrativos, información, enfermería y farmacia, es resaltable que siete de los entrevistados no identifican a ningún funcionario.

En ellos el trato es comentado mayoritariamente con frases cortas, como positivo, “Bueno”, “Sin Problema”, “Humano”, identificando entre ellos especialmente a médicos “médicos Bueno”, “Pediatra excelente”, en cambio la forma del trato de estos es negativo “El Dr. atiende como un número, no levanta la cabeza”

En el personal no médico recaen los comentarios negativos y son más contundentes “Malo del personal no médico”, se identifican administrativos “la parte administrativa no escucha” “Chocante como acompañante”, “Mal trato si uno fuma”, “Hay gente que se queja como te atienden”, “Algunos mal carácter”, “Incomodo, como un número, el resto no me gusto”, “Como que fueran superior”, “Negación a la atención, por no pertenecer a la cobertura de la policlínica vecinal”

6.2.2.5. Demanda: Mientras que cuatro expresaron no haber concurrido a los servicios de salud (Tabla 11 - Anexo 9), la mayoría expresa que hace más de un año que no concurren a un servicio de salud, a pesar de que la última vez que lo hicieron fue motivado por causales de emergencias y/o urgencias (Tabla 12 - Anexo 9).

De quienes han concurrido en alguna oportunidad (diecisiete) la mayoría es por motivos propios, encontrándose presente el rol de acompañante.

Se refieren a treinta motivos diferentes de consulta, destacándose mayoritariamente el “Estar mal, o muy mal”, “Dolor”, “Exámenes y control” y por “Trabajo”. Los motivos de la concurrencia mayoritariamente son por situaciones consideradas como las de importancia para concurrir, como “Cuando me enfermo” “no esperar a estar enfermo”, “Cada seis meses”, “Enseguida” Quienes no van lo expresan directamente.

La demora de la atención, con los números entregados para fechas muchas veces posterior a un mes “Para que te atiendan estas todo el día o a veces te dan para un mes” “Atención por orden de llegada sin ver el motivo de urgencia”

Es identificado como negativo la cantidad de usuarios para atender “Cantidad de usuarios que tiene el médico para atender”

En cuanto a la satisfacción de las expectativas en las diferentes demandas efectuadas fueron más insatisfactorias considerando como tal a quien se mantiene en silencio, al igual que como acompañantes.

6.2.2.6 Accesibilidad Cultural: Mayoritariamente reconocen a la zona unificada por el nombre “Cerro”, sin excluir la identificación de los barrios específicos.

La representación de las diferentes escalas socio económica, etarias y educativas se dan sin presentar grandes diferencias de orden cultural entre las mismas.

Los servicios se identifican por la pertenencia (“Policlínica Barriales de la intendencia”) o aspectos destacados de la zona (“La de la plaza”)

Las expectativas ante la atención se centran en el modo de la misma “Doctor interesado”, “Que no sea uno más” “Que me tienda como yo”, “Vocación”, “Sacar dudas,” “Atención Humana”, “Calidad”, “Sentimientos”, “Si vas mal y te atienden mal te enfermas más (si vas con presión la presión te sube)”, “Que se preocupen”)

Sobre las actitudes esperadas “Es tan sencillo saludar”, “Que te atiendan”, “Que atiendan como un paciente”, “Ahora te atienden como un número”, “Que te preguntaran” “Ser escuchada”, “Que la consulta fuera diferente, es más seca” y con el tiempo, dos “Consulta rápida”, “No esperar”.

“En salud pública uno sabe que tiene que esperar”, “Demasiada, es salud pública y uno tiene que esperar” “Intolerable uno no aguanta”, “La gente se queja”, “La gente ansiosa”, “En el privado la gente se pone ansiosa”, “No espero mucho”.

Como factor cultural el sexo, las mujeres son las más presentes en los servicios de salud para la consulta propia o como acompañante o la identificación de ser hombre para no ir.

6.2.2.7 Actividades –Conductas: En general se reconocen que no se realizan actividades específicas que benefician la salud, “no nada de eso” dos, “no me siento mal nunca”, una minoría expresan les gustaría realizar ejercicio u otra actividad pero los limita el tiempo (“No tengo tiempo, me gustaría”, “No le dan los tiempos”), o quienes han hecho y reconocen que se sentían bien “Gimnasia”, “Si ha hecho”. “Lo hacía me sentía bien”

En cambio son reconocidas y tienen presente actividades o **conductas** que beneficiarían su salud como Caminar ocho, Alimentación tres, Religión tres, Ejercicios tres, Dejaron de fumar dos, Flores de Bach, Me cuido mi salud mental, Ando en bicicleta.

Los que responden sobre la no realización de actividades que benefician la salud dejan

entrever que conocen la importancia de las actividades físicas al plantear que les gustaría y los motivos son todos externos, hacen referencia al tiempo y plantean que se tendrían que hacer, lo han hecho o piensan hacerlo.

Como **costumbre**, el odontólogo es identificado como dentista y se destaca relacionado a la consulta, “Siempre lo postergo”, “Cada mucho”, “De vez en cuando”

Prevención (Tabla 13 - Anexo 8) La mayoría no responde a la concurrencia al odontológico y ninguno lo hace periódicamente quienes lo hacen es mayoritariamente por dolor o motivados por el carnet de salud y solo dos hacen referencia arreglos o problemas, el resto marca el objetivo de las prótesis y extracciones “Sacarme para ponerme”, “Prótesis”, “Ya no son míos”

En relación a las vacunas mayoritariamente han cumplido con el esquema, encontrándose vencidas en tres caso, los motivos por lo que se accede a la misma son generalmente por el “Carnet de salud”, viaje o trabajo; destacándose la vacunación voluntaria contra la gripe.

Del total dieciséis se realizaron el carnet de salud en algún momento, los que lo tienen vigente expresan que es motivados por la obligación del trabajo. Quienes lo tienen vencido, entienden no ser necesario por ser “Empleada doméstica”, “Jubilada”, o, “Espera ser enviada del trabajo” o que “No se lo piden”

Y los que no lo han realizado, porque “Estudia” “Trabaja por la cuenta” “Trabaja en la Universidad”.

De las mujeres la mayoría no se han realizado el PAP y/o mamografía o el tiempo de realizada excede a los dos años. La importancia adjudicada al PAP y mamografía difiere, aparecen comentarios como “No hasta los cuarenta” y sobretodo no se lo identifica con la prevención.

6.2.2.8. Vivencias: Los mayores recuerdos se desarrollan en vivencias negativas, entre ellos en relación a la “espera agachado por dolor”,

El estado de ánimo de los profesionales “Se ponen nerviosos” en cambio sobre los usuarios “El público tiene paciencia sabe que tiene que esperar, se comprende” “Gente anciana se pone molesta”

Del trato se identifica la “Brutalidad”, “Malo”, Desprotección “Embarazada me dejaron sin ropa interior con la puerta abierta”, El trato prepotente “La ginecóloga la “prepió””

En las vivencias relacionadas con personas allegadas, la principal está dentro de la espera “Ha escuchado que tienen que esperar” Las colas para lograr números o medicamentos “Vecina va a las cuatro de la mañana”, “Colas para Farmacia”.

Relacionado al trato como acompañante solo una menciona la buena atención el resto identifica diferentes problemas en el trato que llegan a la relación con la muerte con una herida abierta no lo querían atender agregando el comentario “Lo vamos a dejar así no hace más daño a la sociedad”, “La zona es rica en este sentido de muertes de este tipo”

6.2.2.9 Saberes populares: Se enumeran cuarenta y cinco diferentes saberes y prácticas diferentes, identificando que sirven como actividades reconocidas como terapias alternativas, divididas según sub categorías:

Prácticas Religiosas Empacho, Santiguado, No afeitarse los viernes, Abajo del ombú, Simpatías Estampitas, Rezos

Remedios Naturales: Grasa de pollo, Dientes de Ajo, Hoja de tártago, Lirio, Aceite de Oliva.

Objetos: Color rojo, Manitos, Cuchillo en curva, Pulseras, Huevo, Pescado, Plantita.

Los motivos del uso se dividieron en los relacionados con los diagnósticos médicos Para los dientes, el hipo, dolores de cabeza, dolor de muelas, afecciones respiratorias, garganta Los No relacionados con el diagnóstico médico, desde los que no reconocen el motivo, el mal de ojo, envidia, descarga, protección.

Por otra parte se identifican para su uso preventivo o curativo Solo cinco reconocen haberlas usado y otros algún familiar, hijo o solo lo escucharon Son consideradas como “Uno agota recursos”, “Son eficaces”, “Creo más en la medicina”, “En la zona hay muchos curanderos”, “A veces los médicos dicen, “Remedio, no es empacho”, “Conoce mucha gente que la usa”, “Cuándo niña”, “Se lo hizo una vecina Lo alivió”, “El empacho es muy elocuente típica en todo el mundo”, “Ha visto se lo contaron”

Más de la mitad afirma conocer terapias alternativas, incluyendo entre ellas prácticas culturales, nombrando entre dos y tres cada en cada entrevista. Generalmente conocimientos transmitidos desde lo cultural con un proceso específico de práctica sin cuerpo teórico pero que la puede realizar cualquier persona, por lo general no se realizan a si mismos. Predominan los remedios naturales y uso de objetos como parte de las actividades, las prácticas religiosas se basan en las religiones cristianas (Anexo 9 - Tabla 14).

La mayoría reconoce los procedimientos religiosos, por haber sido parte interesada en el uso de ellos o que se los hicieran, hacerlo o verlos hacer (Tabla 15 - Anexo 9). Quienes no responden muchas de las veces al comentar fuera de la grabación expresaban procedimientos que decían que no se acordaban previamente. Predomina la aplicación de diagnósticos médicos ante la explicación de para qué sirven, los diagnósticos no médicos están dentro de lo mental – espiritual y se confirma como saberes reconocidos el empacho.

La mayoría saben o recuerdan que fueron llevados en su niñez, a los servicios de salud, solo una minoría expresa haber sido llevada periódicamente.

Como elementos importantes para la salud están presentes las creencias que conllevan actividades especiales como relacionadas con lo mental o espiritual las terapias alternativas y la religión.

6.2.2.10. Trasmisión generacional: Cuando niños solo dos recuerdan ser llevados a las consultas pediátricas. Los comentarios_ “No sabe dónde”, “Hacia convulsiones”, “Hasta por las dudas, vacunas al día desde que nací”, “No sé si tan periódicamente como yo”, “Asma” “Controles de salud”, “madre enfermera”.

Relacionado con las terapia alternativa, una amplia mayoría, reconocen que en su niñez les realizaron terapias alternativas, solo uno no recuerda y una no sabe Nombrando cuales o realizando comentarios como El Empacho (tirar el cuerito), mal de ojo, paños con alcohol en la panza, paletilla, santiguar.

Los adultos involucrados con las prácticas alternativas fueron la abuela, la madre. Algunos comentarios “De chica, a la curandera”, “a veces los médicos no me daban”.

Si bien reconocen que llevaron, llevan o llevarían a sus hijos o menores a su cargo a los controles médicos. La mitad reconoce que además de los controles, los llevaron, llevan o llevarían a Terapias Alternativas realizando como comentarios al respecto “Cuando es fiebre lo llevo enseguida al médico”, “Dejaron de existir” (refiriéndose a curanderas), “Empacho”, “Cuando era chico”, “Las curanderas dejaron de existir, busque”, “Solo cuando chicos”. El resto expresa que no optan por las terapias alternativas,

Se asegura llevar o que llevarían a los niños al pediatra, la mitad también los llevan a terapias alternativas, aunque también se comenta que ya “No hay curanderas”.

6.2.2.11. Concepciones sobre Salud y Derecho:

Salud El tema causa sorpresa, hace cambiar posturas y expresiones como “Tajiji Bravo eso Che!!!!, Eso No nunca lo pensé”. De todos modos solo dos expresan no saber y el resto suman Treinta y dos conceptos a lo que agregan comentarios, que la relacionan mayoritariamente con el bienestar, otros amplían el concepto a los cuidados, a la relación física y/o mental, con el médico, con el organismo, la falta en salud psicológica o mental “Estar bien”, “Sentirse bien, el organismo de uno cuidarlo” “Algo de bienestar de estar bien cuando estamos en salud porque estamos bien” “Estar bien físicamente, física y psicológicamente hay una salud mental que no es atendida” “Es un bienestar que tenemos que tener todos y un beneficio” “Sentirse bien, estar bien” “Estar bien, que no me duela nada .Mientras no me duela nada estoy bien”, “Me siento bien” , “Yo que sé, poder mantenerse solo si no tenes salud, tenes que estar a la conciencia de otro, hay varios tipos de enfermedades una gripe ya es enfermedad, pero algo extremo cáncer” “Es necesaria para todo desde seguir viviendo, y a diario estar bien” Otros conceptos aislados, a mantenerse solo, a diferentes grados de enfermedades, la higiene y quien expresa la definición de la OMS entre sonrisas es estudiante del área salud “Lo importante es estar sano, uno pierde la perspectiva de estar en la rutina”, “, “Todos los órdenes de la vida la salud está presente todos los días en cada momento” “La salud de uno es todo no tenes salud.....por los hijos”, “Tratar de cuidarme por cuidar mi organismo.”

“Estar sano cuidarse la salud depende de uno cuando uno necesita ayuda. Abarca mucho, no solo ir al médico, cuidarse físicamente, en las comidas, hacer ejercicios” “Que me atiendan

bien, que te pueda tratar algo previo también”

Derecho a la salud Todos consideran la salud como un derecho, aunque algunos comienzan con una negación. “Si, no sé porque..... Lo mínimo que tendríamos que tener todo es el derecho a la salud, lo demás es relativo, La salud te ayuda a todo”

La relación es variada, muchos concuerdan que es un derecho general “Si, si de todos. Somos seres humanos, no importa la situación económica”, “Tenemos derecho a tener los mismos derechos. A prevenir la salud o estar enfermos”, “Si, seguro,...los seres humanos nos enfermamos y uno no se trata; si, si hay alguna campaña”. “Si todo el mundo tiene derecho a estar bien”.

Lo comparan o suman a otros derechos “Algo básico Esta fuera de discusión. Es como la comida y el bienestar no económico, sino físico y psicológicamente”, “Si, cada persona viene a este mundo con el derecho a ser atendido medicamente y tener estudio”, “La salud es totalmente importante, un derecho seguro, como el trabajo”

Le suman la importancia de difundirlo, enseñarlo como tal”, “Como derecho debería enseñarse”, Si es un derecho todas las personas tienen que estar informadas y al alcance de la salud”.

Se refieren a la relación con el contrario la obligación “Tiene el derecho y la obligación de mantener la salud”, “Si es un derecho para uno para uno porque por algo están los centros de Salud Pública, porque es un derecho no obligación”,

Por ultimo lo ejemplifican con la asistencia “Es un derecho como ser humano no importa raza edad si, que todos tenemos que acceder y no poner trabas Es fácil hablar y el trámite es complicado. Todos tenemos que ir y sentirse cómodo”.
“Si a todos a nadie se nos puede privar el derecho de tener asistencia”

7 ANALISIS INTERPRETATIVO

Procurando identificar y comprender algunos de los componentes subjetivos (creencias, vivencias, saberes construidos, sentires, percepciones, hábitos, prácticas, actitudes, etc.) que actúan como barrera de accesibilidad en la población adulta de la zona de influencia del Programa APEX- Cerro en los servicios de salud del PNA. Se parte de la idea que la accesibilidad proviene del vínculo entre los sujetos y el servicio de Salud, que se forja en la interacción diaria de los integrantes del equipo de salud y usuarios donde ponen en juego las intersubjetividades y de esta interrelación dependen en gran medida las realidades de salud de la sociedad y de ser negativos generan una barrera psicosociocultural.

Mediante la exploración de los componentes subjetivos de los Servicios del primer Nivel de atención y de los usuarios que actúan en su vínculo, se trata de identificar aquellos que generan barrera en la accesibilidad a los servicios de PNA, considerando las diferentes dimensiones que integran el concepto de accesibilidad y elementos nuevos que eleven la importancia del tema.

La información obtenida permite el análisis en relación al tema y objetivos propuestos “Accesibilidad Simbólica a los Servicios del Primer Nivel de Atención”, si bien fue necesario para su obtención el uso de estrategias y cambios en la planificación.

En la actualidad el artículo 3 de la Ley 18381, sobre el derecho de acceso a la Información Pública (2009) que se encontraba en el momento de las entrevistas en proceso de redacción, permite hoy con su difusión tener consideraciones para el análisis al respecto. El derecho a la información pública es considerado un derecho humano fundamental que establece que toda persona puede acceder a la información en posesión de organismos públicos, sujeto solo a un régimen limitado de excepciones, acorde a una sociedad democrática, y proporcionales al interés que los justifica”⁸²

La obtención de información desde la población ha sido muy rica en relación al objetivo planteado, considerando que también fue necesaria para su logro el cambio de estrategias; el recurrir al boca a boca para el logro de individuos que cumplieran con los requisitos de inclusión, hace a la reflexión que si bien los integrantes de los EBOs tienen en su actividad un contacto directo con la población hay determinadas barreras, pre conceptos, temores, secretos que hacen que a la hora de reconocer conductas que pueden ser mal “evaluadas por el otro” no las reconozco, si lo informo a otro que considero con mayor “igualdad cultural”.

⁸² En Ley 18381 Derecho de Acceso a la Información Pública Uruguay 1ra Edición Montevideo Banco Mundial Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública (CAINFO) Coordinación Edison Lanza Montevideo 2009 Comité jurídico interamericano (2008) principios sobre el Derecho de Acceso a la Información Río de Janeiro, Brasil p. 7

La información de los servicios contiene por parte de los coordinadores profesionales un encare multiprofesional que se mezcla con el fuerte contenido referencial lego, dado por los vecinos que intervienen en la coordinación. Esto no se trasmite a la hora de brindar información cayendo el rol mayoritariamente en administrativos, relacionando la información más directamente a la gestión.

Por su parte los veintitrés participantes, integrantes de la población conforman un grupo heterogéneo con representatividad de toda la escala socio- económico cultural; la mayoría pertenece a la franja entre treinta y cinco y cuarenta y cuatro años de edad con representación pareja de ambos sexos, roles e incursión por educación formal variada.

Poniendo en consideración toda la información para reflexionar sobre el tema planteado se toma en cuenta las dimensiones de la Accesibilidad, aportando nuevos elementos que hacen a las barreras a la accesibilidad generadas en los vínculos.

7.1 Accesibilidad Geográfica

La Geografía es uno de los factores considerados como positivos en relación con la accesibilidad. Por su parte el suelo solo presenta dificultades en presencia de grandes lluvias que pueden dificultar el traslado, pero no lo impiden.

Conociendo que el área general de la zona es de cuarenta y dos Km², el promedio del área de influencia entre dos servicios de dependencia pública es de aproximadamente dos con seis km². En la realidad, este promedio se diversifica por la variabilidad de las distancias entre policlínicas, las más distantes no superan los diez minutos en ómnibus.

En cambio los servicios de dependencia privada, que no están todos representados, son de difícil acceso dado que se concentran en la zona de un EBO quedando distantes de las zonas más periféricas hasta cuarenta km², necesitando desde estas trasladarse en dos ómnibus, llevando a quienes cuentan con el derecho de asociarse elegir las dependencias centrales fuera de la zona y considerando las líneas de ómnibus cercana.

La buena disponibilidad geográfica se reafirma con el reconocimiento por parte de la población de más de un servicio de Salud, reconocidos por la dirección, cruces de calle y la posibilidad de llegar caminando. Solo opta por fuera de la zona quien está motivado por que no cuenta en la zona con un servicio de la institución a la cual tiene derecho (Hospital Militar).

Se menciona la distancia a recorrer como dificultad, cuando es necesario locomoción desde las zonas más alejadas, “hay que ir en ómnibus”, destacando el reclamo de la población de contar con un servicio de Salud lo más cercano posible.

7.2 Accesibilidad Económica - Financiera:

El factor económico es presentado por la población, en varias oportunidades como dificultad de accesibilidad ligado entre otra cosas a la necesidad de faltar al trabajo y a que “De repente no tienes dinero”, identificado además como impedimento para actividades preventivas y de atención como la consulta odontológica, manifestado como uno de los motivos de no consultar “Problemas de dinero” o asistir “cuando tenía sociedad”.

El derecho a la atención en los servicios privados, está dado por el pago de las cuotas, o por DISSE mediante un descuento en el sueldo, hoy este se deriva al FONASA. Por su parte la población identifica que el pertenecer a los servicios privados cuyos requerimientos se relaciona según filiación, es motivado por trabajar y “estar en caja”, o por el contrario no tener “mutualista” por haberse quedado sin trabajo, se recalca que en la mayoría de los casos se debe pagar tickets por la atención, medicación y exámenes.

Si bien esto cambia en el nuevo sistema con la posibilidad de opción del trabajador por el servicio público dependiente de la RAP, en estos se sigue requiriendo el carnet de asistencia.

El requerimiento de este carnet para la gratuidad u obtención de beneficios económicos, varía según las dependencias, en los servicios dependientes de RAP-ASSE es requerido en forma general, en los que dependen de la I.M., para medicación, exámenes y derivaciones a otros servicios, mientras que para la asistencia se solicita la cédula de identidad.

En los servicios de APEX- Cerro, de atención gratuita, el carnet de asistencia es necesario para las derivaciones. En las policlínicas vecinales tanto las de convenio con ASSE, como con la I.M la atención es gratuita solicitándose según posibilidad una donación para la mantención de la misma, el presentar el carnet de asistencia beneficia a la obtención de medicamentos y exámenes los que se derivan al CSC.

En el CMI subsidiado económicamente por el BPS, la medicación y exámenes integran los beneficios y en el de la Lucha Antituberculosa, que brinda atención a usuarios de dependencias públicas o privadas, no es requerido. En esta, con el objetivo de reforzar la continuidad del tratamiento se aporta un apoyo económico a quienes lo ameritan mediante visita de trabajadora social; las necesidades de otros medicamentos o exámenes son derivados al lugar de procedencia del usuario.

La población reconoce a los servicios públicos como los de mejor accesibilidad económica. Si bien la solicitud del carnet de asistencia se transforma en una barrera económica para quienes no lo han tramitado o por pertenecer al mutualismo no pueden acceder.

Por otra parte en el modelo anterior el carnet de asistencia, presentaba dos formas dependiendo de los ingresos, gratuito y con arancel. En el modelo actual en el que se hace fuerte hincapié al derecho universal a la atención, hay una sola modalidad de carnet de asistencia, que permite la atención gratuita y se otorga, por elección propia, con derecho o no al FONASA.

7.3 Accesibilidad Organizacional o Burocrática y Legal:

La variedad y diferencias de la organización de los cuatro servicios de dependencia privada y dieciséis pública, brinda una importante gama de posibilidades de atención. Esta se subraya con sus diferentes filiaciones, RAP- ASSE, convenios y dependencias zonal, IM, Vecinales, APEX- Cerro, las diferentes mutualistas.

La pluralidad en las formas de organización se diversifica con la representación de diferentes profesiones a cargo de las coordinaciones gerenciales, representadas por médicos de diferentes especialidades, otros profesionales, Administrativos, Vecino y los compartidos, dan al contexto una mirada integral multiprofesional, saliendo del paradigma médico hegemónico, sumado a la que reconoce la comisión como coordinadora. El enfoque de salud no se trasmite en la información brindada mayoritariamente por administrativos brindando un enfoque de gestión.

El carnet de asistencia identifica a quienes tienen derecho a la total cobertura pública, lo que deja presente una de las problemáticas del sistema, persistiendo en el proceso de cambio, que si no se puede llegar a la obtención del carnet el que lleva un trámite específico, no es posible la inclusión real en el sistema y por ende la no obtención de determinados beneficios.

El trámite para dicho carnet que se puede realizar en el CSC, requiere una serie de documentos, causas junto al horario y espera para su trámite de que casi la mitad de quienes identifican su cobertura en los servicios públicos no cuentan con el carnet, sumado a quienes quedaron sin derechos a los servicios privados y no lo tramitaron, hacen una mayoría que no tienen ese requisito.

Desde la población reconocen las instituciones según sus dependencias públicas y privadas, específica para su cobertura, algunos, con la expresión de desconocimiento al respecto o el considerar que “no se tiene”, se ubican totalmente fuera del sistema revelando la diferencia entre lo legal, lo real y lo que se piensa y que en este caso el no saber determina su conducta.

Otra expresión es la de la seguridad de estar “Cubierto” sabiendo donde dispone de cobertura dentro del sistema, pero sin expresar un servicio específico, lo que habla de la no concurrencia o no sentir la necesidad de la misma.

Otro aspecto de la organización es la información, que se plasman en los registros de las consultas y en el de los H.Cli., en su mayoría sin el apoyo de Lic. o técnicos en Registros médicos llevando el archivo de las H.Cli., personal administrativos o los vecinos.

Todos registran información de las consultas en general no se complementa la información requerida en las fichas, en las policlínicas vecinales el registro es doble, los profesionales que los derivan a las dependencias centrales y los vecinos como informe interno.

Las H.Cli. varían en su identificación, generalmente la forma es individual, por apellido o C.I, en otros por grupo familiar, por fecha de nacimiento o número otorgado por central, solo en uno de los servicios privado es electrónica y en el resto de este grupo por número de socio o matrícula que no corresponde con la cedula de identidad.

Para las estadísticas, todos sistematizan los datos mensualmente y se derivan a los lugares centrales de dependencia, RAP-ASSE, SAS (I.M.) todas las dependencias zonales derivan los datos al CSC se unifican en el servicio de archivo y son enviadas a la RAP.

Uno de los inconvenientes en el control estadístico de todos los datos, es que se analizan por zona, transformándose esta en una unidad estadística lo que no permite la identificación (si los datos no son de los últimos meses que aún no hayan sido derivados) por servicio. La obtención de los datos difieren entre servicios públicos desde la obtención fácil en el mismo servicio desde el registro anual en la WEB, publicaciones anuales que detallan los datos, a la dificultad burocrática para su obtención; esta dificultad es aún más intensa en los servicios privados. Esto refleja el desconocimiento de la ley de acceso a la información adueñándose de la misma.

7. 3.1 Disponibilidad: La oferta de atención es variada y cubre todas las franjas etarias y sexos; se refuerzan grupos etarios con atención infantil, adolescentes, A.M. y el sexo femenino.

La disponibilidad horaria es amplia, mañana y tarde, pero no concuerda con la de la atención inmediata dependiendo de números a otorgar y no del horario.

El CSC cubre la atención de emergencia de toda la zona, quedando solo está, en el horario vespertino y noche y es el único servicio en toda la zona que cuenta con dos Ambulancias para traslado.

Todas las profesiones están presentes en la zona, difiriendo en número se destaca medicina representada en todos los servicios. Se marcan necesidades puntuales en relación a la salud psicológica o mental y se espera desde el nuevo sistema se aguarde un crecimiento de representatividad equitativa en toda la zona.

La población en sus comentarios reconocen principalmente desde la experiencias vínculos con personal diferentes roles, algunos no hacen identificaciones a pesar de haber asistido a los servicios, este silencio puede estar unido con las vivencias que detallan factores negativos principalmente en el vínculo con el personal no médico “Malo del personal no médico”, se identifican administrativos “la parte administrativa no escucha” “Chocante como acompañante”, “Mal trato si uno fuma”, “Hay gente que se queja como te atienden”, “Algunos mal carácter”, “Incomodo, como un número, el resto no me gusto”, “Como que fueran superior”, “Negación a la atención, por no pertenecer a la cobertura de la policlínica vecinal”. El relacionamiento con médicos es mayoritario, más unipersonal y unidireccional “ El Dr. atiende como un número, no levanta la cabeza” y los positivos que son la mayoría se traducen en frases cortas y más pensadas, “Bueno”, “Sin Problema”, “ Humano”, “ médicos Bueno”, “Pediatra excelente”,

La oferta a grupos solo se encuentra en los servicios públicos resaltando sus antigüedades y contenidos que hacen a la accesibilidad los relacionados con APEX-Cerro e I.M.

De las actividades de prevención y diagnósticos, hay una diferencia entre los servicios públicos y privados, la farmacia con mayor oferta es la del CSC, en el resto, tratan de resolver necesidades principalmente para reducir gastos.

Los vacunatorios, se encuentran específicamente en las zonas de los EBOS La Villa, Casabo, La Paloma y Santa Catalina, no todos en el mismo horario nucleándose

mayoritariamente en la mañana. Entendiendo que se debe brindar desde ellos (específicamente las vacunas que integran el Esquema de Vacunación a nivel Nacional) atención a toda la población sin identificación de procedencia pública o privada, hay un desconocimiento desde la población y no se informa o se deriva entre los servicios. El nivel de vacunados es importante considerando que a la edad de los entrevistados se debe tener la vacuna Antitetánica, aunque es notorio el desconocimiento específicos de las mismas a denominarlas en forma cambiada, BCG por antitetánica y la declaración de administración por obligación como viaje o embarazo.

Ligado con estrategias desde las políticas de Salud, se destaca que no se desarrolla en los servicios privados el Plan Aduana y actividades Extramuros.

Dentro de estas últimas en los servicios públicos se destaca la educación para la salud principalmente en instituciones educativas y las de desarrollo temático dirigido al sexo femenino, coincidiendo con su mayor presencia en los servicios y las semanas temáticas programadas desde el nivel central del MSP.

Se presentan como únicas en las zonas, las intervenciones de cine foro, intergeneracionales, adolescentes de los servicios de APEX-Cerro.

Las demandas desde instituciones sobre las temáticas educativas se relacionan con las más ofertadas (obligación del PAP ante el trámite del carnet de Salud, vacunas en las escuelas).

Las derivaciones se realizan según necesidad en primera instancia dentro de la zona a igual dependencias y luego fuera de ella, lo que no se efectúa es la referencia y contra referencia profesional que permitiría al usuario disminuir la sensación de volver a comenzar en cada prestación.

Los resultados de los exámenes mayormente realizados por fuera del servicio solicitado, los retira el usuario, en caso internos de no ser retirados pasan a las H. Cl., esta situación dificulta los seguimientos o detección de casos patológicos, siendo planificado, llamar al usuario ante resultados patológicos, en general los de PAP y enfermedades de transmisión sexual.

En forma aislada se realizan seguimientos en el servicio especializado de Lucha Antituberculosa luego de la tercera falta y en los servicios de APEX-Cerro los seguimientos a usuarios y familias con el apoyo de estudiantes avanzados.

7.3.2 Demanda La llegada a la consulta es voluntaria requiriendo para el acceso la obtención de números que son otorgados personalmente en los servicios públicos variando desde previo a la consulta hasta un mes de diferencia para lagunas especialidades, en los servicios privados telefónicamente o por correo electrónico; en el caso de consultas pediátricas las fechas para próximos controles son marcadas al retirarse del control. Este requisito es un factor desencadenante de largas esperas al asistir con mucho tiempo de anticipación para su obtención, excepto en algunos de los servicios privados se otorgan telefónicamente aunque se complementa con la previa a la consulta.

El periodo de tiempo de no concurrir no es tenido en cuenta, no se entienden como importante, marcado por quien hace once años que no concurre. Las personas no han incorporado el compromiso y la importancia por lo que no asocian la fecha exacta que concurren, pero se percibe que entienden que “no es correcto”; por lo que al hablar del tiempo de no concurrencia utilizan las expresiones “más o menos”, acompañadas de risas y suspensos.

Otra realidad que refleja la incorrecta información otorgada por parte de varios servicios en relación con las actividades de promoción y prevención grupales, no concuerda con la realidad conocida sobre la existencia de actividades de esta índole, da idea de la no comprensión de la importancia de estas que redundan en los procesos de salud de la población.

Entre los principales comentarios de los entrevistados uno de los factores identificados que condicionan la no concurrencia a los servicios del PNA está ligado a los tiempos identificado en la Espera “Esperas largas”, “Esperar mucho”, “Las colas”, “A veces te comes horas”, “Espera agachado por dolor”, “Esperas, llego la tecnología y es igual”, “Si no hay nadie no puedes esperar”. En los ambientes de los servicios “La cantidad de pacientes,” “Ves de todo Mamas con niños y Señoras con bastones esperando”

De datos numéricos considerando solo algunos de las causales, de un total de 293525 consultas con el dato Censal del CCZ 17 con 86.839 habitantes, da una relación aproximada de tres consultas por usuario Si consideramos por los datos obtenidos que habitualmente los adultos no consultan preventivamente y que cualquier problema de salud requiere por lo menos dos consultas y dentro de las que más demandan como Hipertensión requieren no menos de una mensual es sumamente notorio el déficit en estas.

Las personas no han incorporado el compromiso y la importancia por lo que no asocian la fecha exacta, pero se percibe que entienden que “no es correcto”; por lo que al hablar del tiempo de no concurrencia utilizan las expresiones “más o menos”, acompañadas de risas y suspensos.

La construcción de la demanda de salud también se hace en el mismo momento de la atención, en la relación que se mantiene con el profesional y los servicios Los que funcionan y se actúa en ellos de determinada manera y no alcanza una campaña para mejorar el resultado de la demanda real.

Desde el sistema se aspira que la gente cambie y se haga cargo de consultar, pero se puede deducir con la lentitud que se está produciendo el cambio a pesar que algunos expresan la necesidad de la consulta para realizarse exámenes, con fin diagnóstico.

La mayoría concurren a los servicios como acompañantes o motivada por emergencias y/o urgencias, y aunque aparecen motivos para un seguimiento de atención o prevención, no sucede. Solo se resuelve el problema del momento y no la problemática posible de fondo, lo que no es exhortado desde los servicios fuera o desde la consulta que generen una

accesibilidad real en el PNA.

Las personas muchas veces dicen un discurso convencidos de que son certeros y repiten consignas que generalmente son provenientes de discursos de profesionales (“cada seis meses”, “enseguida”), esto se traduce a un llamado de atención a los profesionales sobre la importancia de la trasmisión correcta de información en los posibles intercambios con los usuarios, quienes a su vez se transforman en eco de la información.

En cuanto a la satisfacción de las expectativas en las diferentes demandas efectuadas fueron más insatisfactorias considerando como tal a quien se mantiene en silencio, al igual que como acompañantes

Se identifica el conocimiento de la importancia de la consulta pero se concreta a través de los otros, sobretodo con los niños. El conocimiento se demuestra al tenerlo presente, así como la referencia de no concurrir por la rutina o que se necesita un factor que impulse a ir, “salir de la rutina”, “cuestión de arranque”. Es decir, se reconoce que se debe concurrir, que es importante, pero hay elementos que no se expresan o no se reconocen que no lo permiten. Entienden que si no van, no previenen y que esto no es suficiente para la salud; por lo que se reafirma la importancia y la necesidad de que sea enseñado. Principalmente apuntando a las nuevas generaciones como se ha producido con la educación sobre el tabaco. Un ejemplo claro es el de las vacunas en las escuelas en donde rige la obligación de presentar al carnet del niño con las vacunas correspondientes al día, pero no se imparte educación de: cómo actúan, que previenen, las edades correspondientes, contribuyendo al arraigo de tenerla por obligación.

Las consultas preventivas como tales, son prácticamente nulas. Esto se evidencia en las concurrencias al odontólogo, donde gran mayoría población relata diferentes motivos de las mismas, pero ninguno por control o prevención, persistiendo la concepción de la extracción como elección y a su vez en las instituciones privadas solo se ofrecen extracciones odontológicas. El tratamiento o control odontológico es impulsado por la obligatoriedad, como en el caso del Carnet de Salud, que no se otorga o se valida por menos tiempo, si entre otras cosas el odontólogo identifica caries u otras patologías bucales, de las que no sea certificado su tratamiento.

Este hecho se observa además en el nivel de vacunados, que si bien es elevado, motivado por que a la edad de los entrevistados se plantea como importante y obligatoria solo la vacuna Antitetánica, su administración es también vinculada a la obligación externa; viaje, en la consulta por embarazo o carnet de salud.

El carnet de salud tiene en sus objetivos el propulsar la prevención cosa que no aparece como motivo de su trámite, por el contrario es notorio el desconocimiento sobre la vacuna administrada confundiendo el nombre con el de otra de acción diferente (BCG por antitetánica) por lo que se deduce que no está llegando la información o no existe el apoderamiento del conocimiento, solo actuando sumisamente.

Este no se relaciona con la prevención, solo con se relaciona con la obligatoriedad ante el

trabajo y si lo exigen. Es evidente que no se explicita la importancia preventiva de enfermedades, transmitiendo la demanda como un trámite más para el ingreso laboral, por lo que es considerado que solo es necesario cuando es pedido, por lo que no se tramita cuando no es solicitado en el lugar de trabajo.

Desde el género femenino no son identificados como preventivos el PAP y la mamografía adjudicándoles al respecto importancia diferente, dando conceptos erróneos sobre factores que intervienen en su realización “No hasta los cuarenta”. Esto habla de la existencia de la no unificación de conceptos o información impartida desde el sistema, la educación, los medios de comunicación y los propios profesionales.

7.4 Accesibilidad Cultural:

En el reconocimiento de los servicios se incorporando alto contenido cultural al reconocerse por antigüedad, nombres anteriores o identificados por la dirección o zona.

Más de la mitad de los servicios de salud, sobrepasan los 10 años de establecidos en el lugar, beneficiando el conocimiento de la zona, la vivencia de sus cambios y sobre todo el componente cultural. Este conocimiento y vínculo conforman una RED que va más allá de lo dispuesto desde las dependencias centrales, se da por la interrelación que producen los procesos dentro de una misma cultura con planteos similares en lo socio cultural, aunque existe la desvinculación entre lo público y privado manteniendo notoria dispersión que lleva al no reconocimiento de los servicios de diferentes dependencias entre sí.

Como hábito que marca un paradigma en los servicios es el llamado de los usuarios a las consultas por el mismo profesional, solo en pediatría y obstetricia los llama una auxiliar de enfermería con el fin de realizar controles previos a la misma. En cambio en el CMI buscando trabajo en equipo y la confirmación de datos aportados a los usuarios, padres, madres o tutores, enfermeros refuerzan la información luego de la consulta médica.

Dentro de los elementos culturales como factores condicionales se encuentran diferencias en los sexos, se observa la presencia mayoritaria del género femenino lo que se apoya por los entrevistados con la idea de la mujer ligada al cuidado de la enfermedad en eso “de ir al médico” mientras “ser hombre”, indica no concurrir o alejar las consultas.

Otros preconceptos aparecen, en los comentarios relacionados con la espera, si bien se demuestra intolerancia ante las largas esperas, no hay manifestaciones de rebelarse en lo público, ya que se considera que en la cobertura pública la espera es normal justificado principalmente por el hecho del no pago directo, en las excusas para con el maltrato médico.

Estos comportamientos son justificados con las consideraciones que se deben a la gran cantidad de personas que tienen para atender y que a su vez los provocan; estas justificaciones no son consideradas para el resto del personal.

Las impresiones relacionadas con el factor humano, sobre todo de quienes están en los servicios son negativas, aunque también se identifican algunas positivas marcando que el problema no está en las profesiones o roles específicos sino en las personas. El factor humano además es el más importante dentro de las expectativas a la hora de concurrir, el modo de atención, el interés y la importancia de la relación del trato con la salud, las actitudes que marquen esta atención como ser humano, pero persiste notoriamente el denominarse paciente marcando la actitud pasiva, el que demanda el servicio y se contradice con la expectativa de más rapidez, ya que para un trato más humano es necesario más tiempo, factor importante en la oferta de los servicios en la relación calidad y cantidad.

7.4.1 Actividades –Conductas: La rutina, costumbre o no tener un factor impulsor genera la conducta de no concurrir, se reconoce que se debe concurrir, que es importante, pero hay elementos que no lo permiten, no se expresan o no se reconocen como el miedo motivado por las informaciones desde los medios de comunicación mal entendidas o no entendidas, también lleva a no consultar, como es innecesaria, si se siente bien

Entienden que si no van, no previenen y que esto no es suficiente para la salud; por lo que se reafirma la importancia y la necesidad de que sea enseñado, apuntando a las nuevas generaciones como se ha producido con la educación sobre el tabaco. Un ejemplo claro es el de las vacunas en las escuelas en donde rige la obligación de presentar al carnet del niño con las vacunas correspondientes al día, pero no se imparte educación de: cómo actúan, que previenen, las edades correspondientes, contribuyendo al arraigo de tenerla por obligación.

Quienes tienen la conducta de asistir es impulsado por la enfermedad que ocasiona mal estar o evitar que avance y se vea afectada la economía si el mal estar impide ir a trabajar, por otro lado se mantienen la consulta a allegados que lleva a la automedicación, esto se apoya con la posibilidad de llegar a la misma sin recetas y sin costos.

La prevención no es generadora de conductas de consultas, se realizan cuando ya se identifica un problema o la obligación, como al odontólogo, identificado como dentista. La actividad considerada que beneficia a la salud y que se realiza frecuentemente es caminar, es un factor de conocimiento popular y se acompaña de referencias a otras conductas beneficiosas como: dejar de fumar, alimentación, factores muy presentes en los medios de información más populares.

Otras actividades aunque se reconoce la importancia del beneficio a la salud es la de actividades físicas, no son realizadas por motivos externos como los tiempo, plantean que “les gustaría”, “tendrían que hacer”, “lo han hecho” o “piensan hacerlo” reconociendo el beneficio del ejercicio

7.4.2 Vivencias: Como sensaciones de las vivencias, aparece la de ansiedad de los funcionarios y la paciencia de los usuarios, la sumisión ante el desagrado y los malestares principalmente los ocasionados por factores de la edad. Estas sensaciones se complementan con el concepto de actitud que supone que tienen o debe de tener los usuarios muy ligada al concepto de paciente.

Relacionado al trato solo una menciona la buena atención el resto identifica diferentes problemas en el trato que llegan a la relación con la muerte, estos como vivencias **se suman a factores negativos** “Brutalidad”, “Malo”, Desprotección “Embarazada me dejaron sin ropa interior con la puerta abierta”, hasta relacionarlos con la muerte con una herida abierta no lo querían atender agregando el comentario “Lo vamos a dejar así no hace mas daño a la sociedad” “La zona es rica en este sentido de muertes de este tipo” y la prepotencia.

Las experiencias negativas tanto propias como ajenas también son relacionadas, en la mayoría, con el tiempo de espera, junto con “las colas” para recibir atención; recalándose que la situación no ha cambiado a pesar de otros avances en los servicios de salud y vivencia que generan o se suman “espera agachado por dolor”. Los profesionales, “Se ponen nerviosos” en cambio sobre los usuarios “El público tiene paciencia sabe que tiene que esperar, se comprende” “Gente anciana se pone molesta” y sensaciones desde las experiencias, “No agradable”, “Como que no tienen vocación de atender”, “Atención obligada”, “Convulsionado”, “Desagradable”, “La mayoría están sentadas”.

La evaluación de la satisfacción en ambos casos (personal y acompañante) es imparcial, dejando entrever que el lograr el objetivo de resolver la situación que lleva a la atención, permite que prime un recuerdo satisfactorio.

7.5 Saberes y prácticas populares

Como elementos importantes para la salud, están presentes las creencias que conllevan actividades relacionadas con lo mental o espiritual, las terapias alternativas y la religión. Se evidencia que el recurso preponderante a la hora de sentirse o pensarse enfermo está fuera de los servicios de salud llegando en forma inmediata solo una minoría.

Las terapias alternativas juegan un papel importante, confirmado en que la mayoría reconoce alguna de ellas, incluyendo algunas prácticas más culturales. Este reconocimiento y el ser utilizadas como métodos curativos a la vez que la consulta médica da a entender que se está produciendo un cambio de paradigma con un alejamiento de lo sistemático de un tratamiento.

Las prácticas religiosas se basan en las religiones cristianas si bien la mayoría no se encuentra dentro de los rituales de estas religiones y hasta son mal vistos por ellas, las prácticas se conforman generalmente por rezos que invocan a figuras de la religión católica.

Se reconocen los procedimientos de las terapias alternativas por haber sido parte interesada en el uso de ellos, que se los hicieran, hacerlos o verlos hacer, la mayoría de quienes no responden comentan fuera de la grabación procedimientos que decían acordarse en ese momento. El no permitirse expresarlo ante una grabación, da cuenta que culturalmente no es aceptado o se tiende a ocultarlo por saberlo no aceptado como lo es la práctica médica de la que se tiene también información y conocimiento. Con esta consideración de aceptación, muchos aplican diagnósticos médicos ante la explicación de para qué sirven algunas de las terapias conocidas. Así se intenta avalar su uso, al estar

respaldado dentro de un diagnóstico médico puede ser mejor vista y muy probablemente sentirse más “autorizada” por estos.

Los diagnósticos no médicos se encuentran dentro de lo mental – espiritual. Se trata de restar responsabilidad del uso de las diferentes terapias evidentemente ante la no aceptación cultural y no reconocer el motivo por que se eligen y no se demanda en los servicios de salud.

La hegemonía del sistema, la medicalización de la sociedad y el poder médico se asevera al marcar la elección de terapias alternativas pero sin reconocerlas como otra terapia valedera igual que la medicina científica. Esto se reafirma con la importancia dada a la atención médica ante la de otros profesionales, donde su figura pasa a ser el centro, considerándolos un factor preponderante, adjudicándoles comentarios positivos y no reconociendo a los otros actores que intervienen en los servicios de salud, aunque su vínculo se da en cada acceso al servicio.

7.6 Trasmisión generacional

La integración de las familias de origen presenta una media entre dos a cuatro integrantes, todos tienen presente una figura adulta siendo la paterna identificada en la mitad de los entrevistados.

La mayoría tienen hijos, con un promedio de dos hijos, compartiendo la media del país. La generalidad de las edades de los hijos, oscila entre los doce y diecisiete años, permitiendo que sus recuerdos para con ellos no estén muy alejados en el tiempo.

La mayoría sabe o recuerda que fueron llevados a los servicios de Salud de niños, solo minoritariamente que era en forma periódica. Por otra parte confirman haber sido llevados a terapias alternativas, específicamente a las prácticas curativas del empacho y mal de ojo, responsabilizando a quien los llevaban a integrantes femeninas de la familia, particularmente madres y abuelas. Además se relaciona a las Abuelas con costumbres y creencias ancestrales, que van más allá de las creencias religiosas; apareciendo otras formas de terapias dentro de las prácticas como el paño de alcohol en la panza y la paletilla.

Surge con más seguridad la importancia y el llevarlos al control del pediatra a los niños, si bien aseguran llevarlos o que los llevarían al médico, la mitad también los llevan a terapias alternativas.

Queda expuesto que aún persisten y muy probablemente en aumento las consultas paralelas o no, por fuera de la medicina ya sea dentro de las terapias que presentan un marco teórico que la avala o las puramente religiosas o culturales. Esto nos lleva a considerar que el SNIS debería encarar alguna forma de interactuar con estos saberes y prácticas populares.

Al responder por terapias alternativas es mayor la seguridad de haber sido llevados reafirmada por los recuerdos principalmente para las prácticas curativas de empacho y mal

de ojo y otras formas de terapias dentro de las prácticas como “Paño de alcohol en la panza”, “La paletilla”. Se adjudica la responsabilidad de quien los llevaba más a las mujeres (madres, abuelas) y sobre todo a través de estas últimas la relación con las costumbres o creencias ancestrales que van más allá de las creencias religiosas

La contradicción entre la oferta de curanderos en la época de su niñez y que ahora “no se encuentran”, confirmaría la hipótesis de que se reemplaza al antiguo curandero y toma en su lugar con ese rol a las Mai y Pai de Santo fuera de lo ritual, pero esto es aún menos aceptado por las ciencias y la misma sociedad, por lo que se oculta. Se corroboran como saber claro y reconocido el tratamiento del empacho así como aprobado a pesar del no reconocimiento de la medicina. El asombro de la demostración de efectividad rápida de estas terapias, considerando que el tiempo, el no trasladarse, son cosas tomadas como muy positivas.

7.7 Concepciones sobre Salud Derecho:

Salud No todos identifican que entienden por salud o se muestran sorprendidos, hace cambiar posturas y expresiones como “Taj!!! Bravo eso Che!!!!, por lo que incluyen variedad de nociones y elementos que comprenden el concepto en sí, así como los determinantes sociales, predomina la relación con el bienestar. Se diferencia salud de enfermedad y un matiz la relaciona al sistema de salud. Se destaca la importancia otorgada a la idea de integración entre lo físico y lo psíquico o mental, marcando a su vez la importancia de la atención psicológica la que es reclamada.

Los conceptos guardan estrecha conexión con el bienestar, otros amplían el concepto a los cuidados, a la relación física y/o mental, con el médico, con el organismo, la falta en salud psicológica o mental con la relación con el sentirse bien y este bien estar en relación con lo orgánico sin dejar de lado lo psíquico o mental o quien entiende que la salud comprende la integralidad en el ser humano.

La importancia de mantenerla el cuidado se relaciona con otros, principalmente los hijos. La reflexión de cómo cuidarla y porque no se hace. Otros conceptos marcan el poder autovalerse, los diferentes grados de enfermedades y quien expresa la definición de la OMS entre sonrisas es estudiante del área salud

Derecho Al desarrollar el concepto de por qué un derecho, no se identifica a la salud como tal. Las personas tienen la información como conocimiento y aunque sea superficial, responden afirmativamente. Llegan a contradicciones o solo dar alguna pauta al no tener el concepto del derecho a la salud incorporado, integrado por lo que no lo agrega a las explicaciones o conceptos dados, si repiten consignas.

La mayoría la relaciona con lo personal y al ser personal el derecho depende de cada uno, por lo que también se tiene el derecho a no concurrir o unido al deber pero no aparece la obligación personal pero si para con otros (los hijos).

Se lo vincula con la expresión “todo” dejando entrever no referirse a todo como grupo sino como al individuo su integralidad reafirmando el concepto de salud, como seres humanos,

Al desarrollar el concepto de por qué un derecho, no se asemeja a la salud como tal, tienen la información pero no el conocimiento incorporado por lo que brindan pautas y llegan a contradicciones, no agregan al concepto de derecho el de salud a las explicaciones o conceptos dados, si repiten consignas.

Algunos refieren a la relación con el contrario la obligación

Desde los servicios no se promueve el derecho de los usuarios, no ofreciendo en trece de los servicios la posibilidad de solicitud referencias o queja, solo en algunos tienen un buzón de quejas que no es usado. La manifestación de las mismas es sobre todo personal y en el caso de alguna denuncia aislada es en las comisiones barriales de las policlínicas vecinales y a nivel central en los servicios privados. Las actitudes por parte de quienes integran los servicios de salud, están dentro de las expectativas muy presentes y si bien se plantea el interés de recibir atención “como ser humano”, el autodefinirse y definir al que recibe la atención como paciente, contradice dichos planteos.

Es importante destacar la consideración de un usuario de “no molestar” al que presta atención en el servicio de salud, esto manifiesta no tener incorporado o no ejercicio del derecho a la salud, determinado o aumentado probablemente por la baja autoestima.

8. DISCUSIÓN

8.1 Dimensiones de la Accesibilidad

A través de esta investigación se ha procurado identificar y comprender algunos de los componentes subjetivos (creencias, vivencias, saberes construidos, sentires, percepciones, hábitos, prácticas, actitudes, etc.) que actúan como barrera de accesibilidad en la población adulta de la zona de influencia del Programa APEX-Cerro en los servicios de salud del PNA.

Se entiende como el decir de Stolkiner y otros autores, a la accesibilidad como “El vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios”⁸³, destacando en ella la articulación de la oferta de los servicios, el argumento de la población y por ende la concepción de que ambos, servicios y población, forman parte del STS.

Sobre el STS Saforcada plantea que: “Comprende todo lo que una sociedad genera - de sustancia material y/o ideacional, tangible y/o intangible – y pone en práctica en relación con los emergentes – positivos o negativos –del proceso de salud – enfermedad de quienes la constituyen y/o con el proceso mismo.”⁸⁴

En el proceso se reflexionó sobre las dimensiones que integran el concepto de accesibilidad y su relación en el territorio, destacándose que: La geográfica no presenta barreras insalvables, siendo por el contrario uno de los factores considerados como positivos ante la elección por la cercanía de los servicios para su atención, encontrándose servicios en cada sub zona tomada como referencia y correspondiente a los territorios de los EBOs del programa APEX-Cerro.

En lo referente a lo legal, en el cambio estratégico del recién implementado SNIS, se hace fuerte hincapié al derecho universal a la atención.

En lo que respecta a la dimensión económica o financiera y legal, en el momento de las entrevistas y su análisis, tanto en el sistema anterior como en el actual, se consideraba la atención en los servicios de salud, desde el punto de vista legal, a toda la gama económica de los integrantes de la población, sin constatarse obstáculos.

Otra de las características que hacen a las dimensiones de la accesibilidad y que actúan como fortalecedor de la misma es la antigüedad que tienen los servicios en la zona, lo que da conocimiento sobre ellos a la población y con él la posibilidad de mayor confianza. Esto se vio reforzado al reconocer los entrevistados más de un servicio de salud.

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

84 Saforcada E. Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós; 1999. Cap 2 El Sistema total de Salud p. 43.

8.2 Proceso de cambio

El proceso de cambio del Sistema de Salud es uno de los factores más destacados que se representan constantemente en las expresiones emitidas en las entrevistas que se relacionan aún con el sistema de salud anterior. La seguridad de estar “Cubierto” sabiendo donde dispone de cobertura dentro del sistema, pero sin expresar un servicio específico, la relación de los servicios con estructuras de la geografía, (“La de la plaza”), por la dependencia (“Policlínicas Barriales de la intendencia”) pero se remarca con el uso de nombres que identificaba algún servicio con actividades en el Sistema anterior, todo esto demuestra la no asiduidad a estos servicios, de lo contrario, sería más precisa la identificación.

Otra dificultad presentada por el proceso de cambio no siempre por desconocimiento, es dada por la lentitud en incorporar los cambios legales, como no considerar el trabajo como factor principal para entrar al sistema de salud privado a pesar de ser el principal componente de incorporaciones. La dificultad de la identificación de la diferencia entre el carnet de asistencia con el carnet de salud. La identificación del carnet de asistencia con el estado socio económico “carnet de pobre”, concepto fuertemente ligado por la población en el sistema anterior, dado que marcaba la diferencia con las IAMC, cuya forma de pertenencia era por pago de cuota.

En lo referente a la dimensión organizacional y burocrática si bien no es el enfoque específico se ve que interviene en el análisis integrando las causas de las barreras analizadas.

8.3 Sistema de Salud (Demanda - Captación)

Entendiendo que la oferta y demanda en los servicios de salud confluyen en la accesibilidad de los mismos y que su conocimiento es imprescindible para diseñar, dar seguimiento y evaluar el impacto de la reforma del sector salud actualmente en marcha, se relacionan los resultados de la ENHA 2006 donde se observó que en la utilización y cobertura es mayor el porcentaje de quienes declaran tener derechos en los servicios públicos y quienes efectivamente los utilizan, así como quienes declaran utilizar las IAMC son menos que quienes tienen derecho a las mismas. Por otra parte un dos con cinco por ciento de la población afirma no tener derechos y no utilizar ninguna institución de salud.⁸⁵

⁸⁵ Trylesinski F. Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamientos. En su: Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) 2006. Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA; 2007. Disponible en http://www.ine.gub.uy/enha2006/Modulo_salud_versión_final.pdf . [Fecha de acceso: 15 febrero 2008].

Otra coincidencia con los resultados de las entrevistas y los de la ENHA ⁸⁶, es la mayor demanda por enfermedad.

A la hora de las demandas el C S C es el más incorporado por la población, cargando esta identidad por su mayor complejidad y la posibilidad de asistencia dentro de las 24 horas en la emergencia y otras ofertas que se constituyen en únicas en la zona.

Si bien la población entrevistada tiene presente un lugar específico para su cobertura de salud dentro de lo público y lo privado, algunos, con la expresión de desconocimiento al respecto o el considerar que “no se tiene”, se ubican totalmente fuera del sistema, lo que se contradice a la ley que considera que se abarca a toda la población, marcando la diferencia entre lo legal y lo que realmente considera o entiende la población.

Diferentes aspectos que surgen de las entrevistas y se relacionan con la demanda, como el periodo de tiempo entre las consultas, sus motivos que mayoritariamente buscan la resolución del problema puntual sin dar la continuidad necesaria, dejan entrever que los individuos no han incorporado el compromiso ni la importancia de la demanda como control en salud.

Si se considera que se aprende de las relaciones y que la demanda se construye en el momento de la atención, se deduce que en los servicios no están generando la actitud de regreso o accesibilidad real, por lo tanto, no se está construyendo la demanda.

Las concepciones extraídas de las entrevistas concuerdan con la consideración de Joaquín Rodríguez quien en el libro *Las Otras Medicinas* bajo el subtítulo “El doliente y la palabra”, expresa “Nosotros creemos esencialmente que hay un problema en la medicina actual tal como se practica ahora y es que hay muy poca escucha Hoy en día a veces nos encontramos con una medicina estadística, esto es para tales dolores se implementan tales estudios. En definitiva la medicina no es una ciencia, si bien se apoya en ella, es una práctica humana y por lo tanto debe ser humanizada.” ⁸⁷ Esto construiría fehacientemente una barrera en la accesibilidad a los servicios de salud.

8.4 Consultas: Motivos – Conocimientos– Experiencias

La importancia de las consultas es conocida pero se concretan principalmente en el rol de acompañante, lo que permite el rol de observador que reconoce el proceso interno que después actuará como factor positivo o negativo.

Es dentro de este rol que surgen experiencias sumamente negativas y narradas por integrantes del sexo masculino, que vinculan la muerte con la idea de poder de parte de quienes cumplen funciones en los servicios de salud y muestran la relación entre maltrato y la zona de residencia lo que hace a un grupo de esta población vivir con esa idea

⁸⁶ Trylesinski F. Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamientos. Op Cit

⁸⁷ Rodríguez, J *Las medicinas, las psicologías y el cuerpo doliente Un Enfoque Psicoanalítico* En Portillo, J y Rodríguez, J *Las Otras Medicinas*. AUERFA Instituto Goethe Montevideo 2006 p.56

de rodea la atención en los servicios de salud.

Romero, plantea que “ la posibilidad de una práctica de trato autoritario –latente en el tipo de relaciones asimétricas en la asistencia a la salud y sobre todo en los servicios gratuitos- no es un problema menor pues toca la subjetividad de los usuarios de dichos servicios e inciden en las decisiones que toman”⁸⁸

La eficiencia, la calidad y el buen trato son considerados también como características que fomentan la utilización de los servicios ya que otorgan confianza a los enfermos, mientras que aspectos relacionados con el desabastecimiento de medicamentos e insumos médicos, la falta de personal médico, los tiempos de espera prolongados, el diferimiento de las consultas de especialidad, la falta de información respecto al estado de enfermedad de los pacientes y el maltrato por parte de los servidores, todos los actores de los servicios de salud que se relacionan con quienes tienen acceso, desalientan la utilización de los servicios, o sea la concreción de accesibilidad.

Desde un trabajo realizado en la ciudad de Buenos Aires entre 2002-2006 entre los aspectos más sobresalientes Saizar expresa “Desde la perspectiva del usuario, el trato recibido por parte de los biomédicos dista considerablemente del esperado. Las quejas frecuentes al respecto se refieren al tipo de diálogo establecido con el paciente , la espera ante la consulta que implica pérdida de tiempo de horas de trabajo , (...) y lo que es más destacado , la falta de consideración ante el dolor –físico y emocional- ajeno expresado en la innecesaria demora en la atención.”⁸⁹

Las experiencias tanto propias como ajenas son relacionadas en la mayoría y como situación negativa con el tiempo de espera, junto con las colas para recibir atención y se recalca el hecho que la situación no ha cambiado a pesar de otros avances. Esta situación se identifica con la investigación realizada en el Hospital Maciel en 1990⁹⁰ donde también aparece objetivamente registrado el problema del uso del tiempo de los consultantes, la espera prolongada afuera y dentro de los consultorios afirmando por parte de mujeres que para el próximo control “solo vuelvo en caso de urgencia.”

La evaluación de la satisfacción en ambos casos (personal y acompañante) es imparcial al presentarse en cantidades similares. Deja entrever que al lograr el objetivo de resolver la situación que lleva a la atención deja un recuerdo satisfactorio.

Se reafirma que las consultas se dan por emergencias, obligación externa, carnet de salud entre otros y preponderantemente las motivada por el dolor

88 Romero, S Madres e hijos en la ciudad vieja en Actitudes y posiciones Hegemonía y subalternidad condiciones para la permanencia de un modelo medico hegemónico p. 134

89 Saizar, M En Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud CAP I Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico –paciente p. 35 Ed Espacio Bs As

90 Romero, Cheroni y Portillo Coordinadores Sociedad, cultura y salud SEMINARIO U de la R Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación departamento de Publicaciones (CSIC 1997) p. 37

Joaquín Rodríguez en “Las medicinas y el problema de la cura” en Los Paradigmas, relacionado con el dolor expresa. “El dolor es un signo que algo no funciona bien y por tanto está asociado rápidamente a la noción de enfermedad, o sea que el dolor es considerado como algo anormal”⁹¹ y en El doliente y la palabra expresa que “ el dolor y la angustia tienen diferentes contenidos de acuerdo a la cultura donde se produce la emergencia de la situación. Sin embargo hay factores comunes: la escucha es uno de ellos. Pero el problema de la escucha es la interpretación de sentido que se le da a la palabra del paciente.”⁹²

Para Funes “La atención médica en los centros de salud, ofrece el control sobre el dolor físico y otros síntomas, pero en muy pocas instituciones se incluye en su accionar alguna medida para prevenir el aislamiento social que genera el proceso de enfermedad del paciente.”⁹³

Las expresiones de estos autores coincide con que si bien el mayor impulsor de consulta se relaciona con el dolor y sentimientos de mal estar, en las consultas no se encuentra una verdadera resolución del problema, solo la resolución al dolor y no los factores principalmente psicológicos que los envuelve pasando a ser las consultas experiencias negativas o que por lo menos no impulsan al regreso y sí a la búsqueda de otras terapias que su problema sea parte de toda su persona y sea visto integralmente.

Por otra parte, se demuestra el conocimiento del control de salud, al tenerlo presente como motivo, así como la referencia de no concurrir por la rutina o que se necesita un factor que impulse a ir “salir de la rutina”, “cuestión de arranque”. Es decir, se sabe que se debe concurrir, que es importante pero hay elementos que no se expresan o no se reconocen, que no lo permiten, revelando la importancia del factor humano.

Sonia Romero bajo el título ¿Dónde observar los cambios? Expresa “ Los cambios se producen en tres componentes básicos: en la profesión médica, en los pacientes y en la sociedad, que se relacionan en movimientos de feed-back y están a su vez atravesados por los medios de comunicación” (...) “ Así por ejemplo destacamos la difusión de información y conocimientos sobre temas de salud, la difusión de logros de la ciencia y la tecnología médica pero también la iatrogenia o errores médicos en su práctica concreta; también se informa de todo lo que aún no se puede curar o explicar.”⁹⁴

El resto mantiene la estructura de la atención por la enfermedad que ocasiona mal estar, o evitar que se vea afectada la economía si este lo obliga a no ir a trabajar. No se efectúa la consulta al considerarla innecesaria si es que se siente bien, el miedo también lleva a no acceder a la consulta principalmente motivados por las informaciones desde los medios de comunicación no entendidas o mal entendidas.

91 Rodríguez, J Las medicinas, las psicologías y el cuerpo doliente Un enfoque socioanalítico Las Medicinas y el problema de la cura Los paradigmas Portillo, José y Rodríguez, Joaquín Op Cit p. 48

92 Rodríguez, J Op cit El doliente y la palabra en Portillo, José y Rodríguez, Joaquín Op Cit p. 48y 55

93 Funes, M Cap IV Interacción comunitaria, espacios integradores y combinación de medicinas. Desafíos para la políticas de Salud p 102 en Cuidados, terapias y creencia en la atención a la salud Ed Espacio Bs Ais

94 Romero, Cheroni, Portillo Coordinadores Op Cit Transformaciones en el campo de la Salud El habitus asistencial Romero, S ¿dónde observar los cambios? p. 173

Otros factores que la condicionan son la burocracia ligada a los tiempos, el económico nuevamente ligado al trabajo y el de género.

Como sensaciones aparece la de ansiedad de los funcionarios y la paciencia de los usuarios, su sumisión ante el hecho y el desagrado por malestares, dado por los factores de la edad. Si bien son sensaciones contradictorias se complementan con el concepto de actitud que tiene o debe de tener el usuario muy ligada al concepto de paciente.

Giddens plantea, relacionado a los ambientes de riesgo que hay elementos del acontecer de la sociedad que moldean las relaciones sociales. Búsqueda de ambiente de confianza y reducción de ambientes de riesgo son dos elementos que responden a las ansiedades básicas de toda sociedad.

En relación a los ambientes en la población están muy ligados pre conceptos relacionados con la espera, considerando que en la cobertura pública la espera es “normal” y que en la atención privada, si bien se ponen ansiosos, deberían saber esperar.

En la investigación de Romero en el Centro Materno Infantil de la Ciudad Vieja en relación con la deserción a la atención expresa “Por parte de la población se valoraba el tiempo de espera como una razón suficiente para desistir del servicio; aun cuando se reconocían la comodidad de la cercanía y la buena atención del equipo médico, se dejaba de concurrir al CMI”⁹⁵.

Es importante la relación similar con el análisis, ya mencionado, de las entrevistas realizadas a usuarios del Sistema Sanitario Oficial Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina en 2002-2006, sino muy afines las perspectiva de los usuarios desde el trato recibido, la espera con sus implicancias en la vida personal y la desconsideración ante la el problema ya sea de orden físico y/o emocional.

8.5 Prevención

El carnet de Salud, tiene en sus objetivos el propulsar la prevención cosa que no aparece como motivo de su trámite, por el contrario es notorio el desconocimiento sobre la vacuna administrada confundiendo el nombre con el de otra de acción diferente.

La noción de prevención relacionada con el carnet de salud es nula, por el contrario este solo se relaciona con la obligatoriedad ante el trabajo y solo si lo exigen, no explicando su importancia y por el contrario se considera que solo es necesario cuando es pedido por lo que no es necesario para aquellos trabajos que no es solicitado.

Reafirmando la no importancia otorgada a la prevención, las entrevistadas no identifican el PAP y la mamografía como exámenes preventivos, a más de impartir conceptos erróneos en relación; esto habla de la existencia de la no unificación de conceptos o

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

información impartida desde los propios profesionales, inclusive por medios de comunicación.

8.6 El Factor humano

Tzevetan Todorov en 1995 sostiene que la construcción de sí mismo está enteramente sometida a la que se recibe reflejada de los otros que nos rodean; el sí mismo se modifica con el tiempo y podemos actuar sobre él puesto que esta imagen de la imagen que los otros tienen de nosotros dialoga con la imagen que nosotros tenemos de nosotros mismos.⁹⁶

Esta concepción se asevera con las impresiones relacionadas con el factor humano volcadas en las entrevistas y sobre todo reflejan una imagen negativa, desde quienes están en los servicios y no quienes van a ellos, marcando que el problema no está en las profesiones o profesionales sino en las personas, refirmado con las expectativas que lleva la población a la hora de concurrir, donde lo relacionado con el factor humano es el más importante, el modo de atención, el interés y la importancia de la relación del trato con la salud, las actitudes que marquen esta atención como ser humano. Pero persiste notoriamente el denominarse paciente marcando la actitud pasiva, el que demanda el servicio y se contradice con la expectativa de más rapidez, ya que para un trato más humano es necesario más tiempo, factor importante en la oferta de los servicios en la relación calidad y cantidad. Concluyendo en el decir de Saforcada que “Tal vez el espacio de la salud es aquel en el que la condición humana adquiere su mayor significación y es comprendida en todo el proceso de socialización y desarrollo que lleva a la criatura humana a la condición de persona.”⁹⁷

Se comparte que “Los pacientes reclaman una atención más completa, en la que se considere no sólo su enfermedad sino también a él y su familia, en los que la presencia, el tiempo dedicado y la escucha del profesional es importante.”⁹⁸

8.7 Interrelaciones en los servicios

En el vínculo con los diferentes actores de los servicios de salud no se identifican la mayor parte de los integrantes del equipo de salud, como tampoco se asemeja la relación de quienes se debe vincular con el usuario en el camino hacia la consulta.

Parson⁹⁹ en su análisis sobre las relaciones en el campo de la salud concuerda entre otras cosas que una relación en la que el médico detenta conocimientos es una relación de poder, donde se pretende resolver la situación de necesidad del paciente sin ver otras características, mientras que el paciente se somete al juicio autorizado, a la opinión

96 Romero, S Madres e hijos en la ciudad Vieja Ed Nordan 2003 p. 34

97 Saforcada E. Psicología sanitaria: Ídem. Cap. 4 Cambios axiológicos en el campo de la salud p. 111.

98 Funes, M Cap. IV Interacción comunitaria, espacios integradores y combinación de medicinas. Desafíos para las políticas de Salud p. 102 en Cuidados, terapias y creencia en la atención a la salud Ed Espacio Bs Ai

99 Mercer ,H Los Procesos de atención a la Salud en el conjunto de las relaciones sociales En Romero, Cheroni, Portillo Coordinadores SEMINARIO Sociedad, cultura y salud Ude la R Montevideo 1995 Op Cit p. 16

científica del profesional, legitimando en este acto de consulta que está legitimado socialmente, su estado de Enfermedad, su dolencia ante sí mismo y los demás. Para Romero se percibe que en el área de la salud se producen conflictos de tipo cultural, pues más allá del sistema único propuesto por la medicina, coexisten las diferencias de lenguaje, significaciones, actitudes y representaciones que ponen en juego los actores sociales. En el plano de los relacionamientos se sitúa a veces la clave de éxitos o fracaso de acciones preventivas y terapéuticas ¹⁰⁰

Es importante recordar el decir de Saforcada quien entiende como acto médico o de salud a “toda acción desarrollada dentro de una institución de salud por cualquiera de las personas, que la integran, cuando implica la interacción directa o indirecta con quienes concurren a ella en busca a la solución de sus problemas.”¹⁰¹

Romero considera dentro del análisis a las distancias culturales entre los profesionales de la salud y sus pacientes, retomando a Balint y su afirmación de “que la relación establecida entre el profesional de la salud y el paciente ya es un fármaco potente. Y cuando dicha relación se basa en empatía y confianza mutua, los efectos pueden ser ampliamente positivos.”¹⁰²

A la hora de analizar las barreras de la accesibilidad considerando que esta no se efectúa con el solo hecho de llegar a los servicios sino que incluye la captación real de los individuos son importantes algunos conceptos o reflexiones. Al respecto Díaz Berenguer expresa “ Si el médico no es capaz de “captar al paciente” la medicina tradicional no es eficaz, como tampoco lo será en este caso la medicina no tradicional” (...) “Si no se logra ingresar en el modelo antropológico de enfermedad del paciente y cambiar sus hábitos, se pierde la eficacia”(…) “ Este modelo antropológico es propio de cada paciente e incluye su ambiente, familia, barrio, sociedad, creencias y el imaginario social alimentado por los medios de comunicación.”¹⁰³

Entendiendo que la palabra doctor deriva de docere “enseñar” lo que involucra la enseñanza con la S-E, recayendo en un significado más amplio que el de ejecutar los actos de recetar, operar etc. Indica una misión más amplia que incluye los gestos que provoquen aceptación del individuo con la participación de él y su entorno.

Los médicos hacen evidentes enfermedades ocultas, lo que puede llegar a interpretarse como que es el propio médico que provoca la enfermedad (“matasano”). Hay algo escondido en el proceso de negación de la enfermedad a través de la negación del médico (“Si no vamos al médico la enfermedad no existe”). No ocurre lo mismo con las medicinas alternativas, las que no se desempeñan con el concepto de enfermedad en el

100 Romero Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la Salud En Op Cit p. 33

101 Saforcada E. Psicología sanitaria: Op Cit Cap. 7 Funcionamiento del componente formal y cuasi formal del STS y su interacción con el componente informal p. 152

102 Romero, S Madres e hijos en la Ciudad Vieja Ed Nordan-Comunidad febrero 2003 p. 113

103 Díaz Berenguer Las otras medicinas. El porqué de su existencia Una mirada desde las ciencias medicas En Portillo, J y Rodríguez, J Las Otras medicinas Instituto Goethe Montevideo 2006 p 111

mismo sentido.

Leininger sostiene que “la conducta cuidante y las prácticas cuidantes distinguen singularmente a la Enfermería de las contribuciones de otras disciplinas “y cree que el cuidado es aquella cualidad de los servicios humanos que hace que los consumidores de bienes de salud estén satisfechos o insatisfechos con los servicios de salud y que es el cuidado, no la curación, lo que los consumidores valoran consciente o inconscientemente.”¹⁰⁴ Los individuos que necesitan servicios de cuidados suelen empezar por buscar a personas (no profesionales) de su entorno que puedan de algún modo prestar esos servicios: familiares, amigos; luego procederán a buscar asistencia profesional si su condición empeora o temen la muerte.

8.8 Conceptos Salud – Derecho

El concepto de salud dado por la población es amplio, identificando los componentes físicos y psíquicos, así como tienen en cuenta determinantes sociales, revelando la noción de integralidad del concepto sin relacionarla con la enfermedad.

En la investigación “Barrera de accesibilidad simbólica a los servicios de salud de AMBA” refiere la percepción de salud como responsabilidad individual. La mayoría percibe a la Salud como un bien otorgado por quienes desean complacerlos y no como un derecho que les corresponde¹⁰⁵

Por su parte Romero define a la salud como “Un constructo producido según condiciones materiales/ biológicas, históricas y socio- culturales de la sociedad en su conjunto y de los individuos en particular.”¹⁰⁶ En este sentido tanto la salud como su atención son productos culturales que se ordenan en instituciones, conocimientos científicos, en saberes populares, en prácticas y discursos de actores sociales muy concretos insertos en realidades específicas”¹⁰⁷

En general en la población no hay un patrón en común, el que más predomina es el relacionado al Bienestar dicotomizando entre la fuerte presencia de lo subjetivo relacionado con el bienestar o estar bien y la importancia del otro, lo externo, los cuidados, sin aparecer una perspectiva política ni sanitarista, sí individualista, con rescate de lo subjetivo. Se entiende que el derecho a la Salud está reconocido en innumerables instrumentos internacionales de derechos humanos Así como se admite que su realización está estrechamente ligada a, y depende de la realización de otros derechos humanos, principalmente los económicos, sociales y culturales. La relación con

104 Marriner y colaboradoras Modelos y teorías de Enfermería Edic ROL España 1989

105 Comes Y, Stolkiner A. Concepción de responsabilidad individual en el cuidado de la salud como barrera de accesibilidad simbólica al sistema de salud en el discurso de los usuarios pobres del área metropolitana de Buenos Aires. En Anuario de Investigaciones (Argentina) 2003, Tomo 2 P. 29.

106 Romero S., Cheroni A, Portillo J Coordinadores Sociedad, cultura y salud SEMINARIO Op Cit Romero S. Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la Salud p. 33

107 Romero S., Cheroni A, Portillo J Coordinadores Sociedad, cultura y salud SEMINARIO Op Cit Romero S Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la Salud p. 33

el bienestar y los derechos relacionados con costumbres lo asocia a otros derechos así como nuevamente a la visión personal.

Es importante desarrollar una visión general de algunos aportes relacionados al concepto. Partimos de la ONU, en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos está muy explícito la referencia a que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar , y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”¹⁰⁸

En nuestro país en la reforma constitucional de 1934 vigente en la actual de 1997 se expresa en el artículo 44 de la Constitución de la República “El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país”. “Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia, tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”.¹⁰⁹

Entre las propuestas del SNIS en el capítulo “Derechos de los usuarios” se plantea que “El Sistema Nacional Integrado de Salud dará acceso universal a todos los residentes en el Uruguay. Ello significa que todas las personas tendrán derecho a una prestación integral (PIP) de calidad homogénea y en las condiciones que defina la reglamentación de la propia Ley”¹¹⁰

En otras consideraciones en relación al derecho a la salud Mario de Pena (2005) expresa “El derecho a la Salud es considerado un derecho básico: aunque sea imposible garantizar a ningún ser humano ni la salud perfecta, ni la observación del derecho a la salud como tal.”

Cristina Barrenechea y Teresa Menoni en una de sus exposiciones (2005) plantean que la salud constituye uno de los derechos básico del hombre y como todo derecho adquiere su vigencia en tanto se ejerce y son los sectores con mayores dificultades económicas y sociales los que necesitan también realizar mayores esfuerzos para ejercer y cuidar su salud y son quienes tienen que realizar un esfuerzo proporcionalmente mayor para cuidar y ejercer el derecho a la salud.¹¹¹

El “derecho” de un individuo a la salud depende además del cumplimiento de las obligaciones por parte del estado, las acciones de los individuos Si la salud es un derecho

108 Organización Panamericana de la Salud. Las orientaciones estratégicas y programáticas 1995 – 1998. Washington: OPS; 1995. Derechos humanos y salud integral Organizado por Osimani. M L Área Salud de IDES Editorial Latina Marzo 1999

109 Uruguay. Constitución 1997. Constitución de la República Oriental del Uruguay. Montevideo: Poder Legislativo; 1997.

110 Presidencia de la Republica Sistema Nacional Integrado de Salud Derecho de los Usuarios disponible en <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf> acceso setiembre enero 2011

111 Derechos humanos y salud integral Organizado por Soc. Osimani M L Área Salud de IDES Editorial Latina Marzo 1999

natural de todos los seres humanos surge la noción de que es un derecho tanto individual como social.

En base a la realidad que ha dado principalmente la población se recuerdan expresiones que se relacionan. La expresión tomada por Luis Naya haciendo referencia a Miguel de Unamuno quien manifiesta que: “ “ la peor mentira es mentirse a solas, “por eso es preciso hacer un análisis cada uno de nosotros y ver en qué medida estamos viviendo aquello que intelectualmente tenemos integrado como necesario, oportuno que va a redundar en una mejora de la calidad de vida de nuestra gente.”¹¹²

José Luis Rebellato¹¹³ entiende que se entra en la sociedad con uno o más papeles ya asignados, pero se debe aprender en qué consisten para poder entender las respuestas que los demás nos dan y como construir las nuestras. Por su parte M. Percovich¹¹⁴ entiende que para aplicar en la práctica el ejercicio de los derechos es necesario que sus destinatarios los conozcan.

En la leyes del MSP se encuentra la proveniente del decreto de 1992, sancionada como Ley N° 18.335), en Agosto 2008 En su artículo 1° determina su objeto: regular “los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud”, que no han sido difundidos.¹¹⁵

Al decir de Victor Giorgi (2001) en los servicios “...los usuarios tienen sus demandas, sus necesidades, sus potencialidades, sus derechos, que a su vez generan obligaciones. Y sus derechos como personas, como habitantes del país, pero a su vez sus derechos específicamente como usuarios de nuestros servicios , lo cual genera a su vez obligaciones de nuestra parte en cuanto a la calidad de atención, y a la modalidad de interrelación con estos usuarios...”¹¹⁶

8.9 Conductas relacionadas con la salud: Otras terapias

La población conoce la importancia de diferentes actividades en beneficio de su salud pero a la hora de realizarlas no está muy presente que el motivo de elección sea por el beneficio a la salud.

El caminar es la más identificada, especialmente por ser la mas sencilla y que acompaña otros beneficios, distracción, adelgazar etc. Se destaca la información desde los medios de comunicación que no siempre recalcan el beneficio a la salud, aparece en cambio la

112 Osimani M L Op Cit

113 Rebellato, J Algunas reflexiones éticas en relación a la salud En: Osimani, Derechos humano y salud integral p57 Área Salud Instituto de Investigación y Desarrollo IDES Montevideo 1999

114 Percovich Algunas reflexiones en: Op Cit P 55

115 Turnes A Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios en <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos4/art12.pdf>

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

estética, la competencia entre otros factores.

Como otros elementos importantes para la salud, están presentes las creencias que conllevan actividades relacionadas con lo mental o espiritual las terapias alternativas y la religión.

Con respecto a la religión Barron (2008) expresa “En diferentes aspectos vinculados a la salud, asistimos en estos días a un resurgimiento de los motivos religiosos y diversas expresiones de la religiosidad” (...) “En lo religioso se hace cada vez más presente la cuestión de la salud y en la tensión de la salud se recupera la presencia de lo religioso.”¹¹⁷

Más de la mitad afirma conocer terapias alternativas, incluyendo entre ellas además prácticas más culturales y nombran un promedio de dos a tres por cada uno. Es notorio al igual que lo señala Portillo que la estrategia terapéutica científica y la estrategia de los saberes tradicionales se combina y existe reconocimiento social de un doble registro que se combina e interactúa.¹¹⁸

Para Eisenberg, desde el punto de vista sociológico se definen como “El conjunto de prácticas que no están de acuerdo con los estándares aceptados por la comunidad médica” o como “El conjunto de intervenciones médicas que no se enseñan en las Escuelas de Medicina ni se practica en los hospitales.”¹¹⁹

El corpus de nuevas ideas o paradigmas que han entrado en el campo de la salud produce desde cierto punto de vista una autonomía de los sujetos (o pacientes) que pueden considerar una oferta amplia, fuera de lo estrictamente controlado por el sistema médico hegemónico, se genera un flujo paralelo y autorregulado, con demandas conscientemente diversificadas. Las demandas de sanación que provienen de una percepción de la enfermedad o de las dolencias desde un plano psicosomático y espiritual pueden analizarse – sin temor de crítica o sanción social – hacia vertientes o actores capacitados para atenderlas. De hecho que ayudan o alivian al sistema biomédico disminuyendo la demanda que intervengan elementos fuera de lo físico. Las presiones culturales no obligan siempre a elegir un camino u otro como dice Mc Douglas nada impide que unos pocos “aislados” (o desconformes con el sistema médico se puede agregar) opten por reunirse y adherirse a un sistema alternativo o una comunidad terapéutica.¹²⁰

117 Barrón, E En Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud CAP V Interacciones entre religión y Salud p 107 Ed Espacio Bs Ai

118 Portillo, J y Rodríguez, J Op Cit Portillo, J Medicinas y ciencias La Profesión médica p. 18

119 En Portillo, J y Rodríguez, J Las Otras Medicinas José Portillo - Medicinas y ciencias Medicinas alternativas, complementarias, no ortodoxas p. 19 Eisenberg, D; Kessler, R. et al.: Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs and patterns of use. N. Engl. J. Med., 328:246-252, 1993

120 Portillo J y Rodríguez J Op Cit Romero S Modelos culturales y sistemas de atención de la salud. Un modelo que refleja las tendencias de cambio cultural p. 35

8.10 Saberes en salud

Es importante retomar el análisis de Saforcada sobre el STS, específicamente el Componente Informal. Está integrado por el subcomponente de los efectores populares de salud con dos líneas de acción la espiritualista y la filosófica. El subcomponente de los saberes de salud involucra el saber de la población general, esta tiene un saber lego que pone en práctica cotidianamente: el saber de sanadores populares o curanderos los saberes sistematizados como las medicinas alternativas o algunos muy diferenciados como acupuntura. Los referentes válidos en salud son personas integrantes del componente formal o no, que la población solicita información.

Por lo general la población tiende a volcarse a los curanderos y religiones afro-brasileñas, en busca de encontrar lo que la medicina tradicional no les ha dado. Según Pallavecino los asistentes a los templos afro-brasileños en Montevideo, han atravesado antes o al mismo tiempo, un largo itinerario de médicos y tratamientos consagrados, alternando salas de espera y larga filas para especialistas. La búsqueda de afectos sustitutos que se espera del que cura, no autoritarios, lleva al sujeto a explorar otras modalidades relacionales.¹²¹

Tampoco desaparece la vecina de barrio que enciende una vela en el altar doméstico Esta “uruguayidad” de la curación casera, tal vez pueda verse como intento de rescatar relaciones humanas perdidas por la despersonalización, la indiferencia, el utilitarismo. La búsqueda de afectos sustitutos de los que se espera del que cura, no autoritarios, lleva al sujeto a explorar otras modalidades relacionales, y a querer rescatar una atención personalizada demolida por los engranajes excesivamente burocratizados de las instituciones de asistencia. Es precisamente desde la cultura informal y desde las expectativas individuales (hoy por hoy principalmente construidas por los medios de comunicación) que se están impulsando cambios en las reglas de juego en el campo de la salud.¹²²

Siguiendo a Deleuze (1992) el pensamiento de estado representado por la institución médica en materia de salud debe coexistir con el “pensamiento nómada” representado por variados agentes, tratamientos algunos de ellos ligados a religiones o filosofías. Generalmente se los designa a todos ellos con un mismo término “medicina alternativas” aunque muchas no lo sean ya que solo algunas forman parte del corpus de conocimientos más vastos en sus contexto de origen, como las tradicionales producidas por las culturas. Los cambios que se producen en los pacientes y en la sociedad, afectan tanto a la demanda como a la oferta; atraviesan todo el proceso y la acción de los medios de comunicación promoviendo desactivando adhesiones, difundiendo logros de la ciencia y

121 Barran, J ; Bayce y otros La medicalización de la sociedad Porzecanski, T Medicalización y mitologías: Los destinos del cuerpo físico y social Para curarse mejor p. 103

122 Barran, J ; Bayce y otros La medicalización de la sociedad Op Cit Romero S Transformaciones en el campo de La salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural? p. 128

la tecnología pero también informando ampliamente sobre la iatrogenia o errores médicos en la práctica concreta.

En cuanto al motivo de la elección de estos tratamientos se retoma a Porzecanski que a su entender de que entre los motivos de la elección de prácticas y terapias está el de querer rescatar una atención personalizada demolida por los engranajes excesivamente burocratizados de las instituciones de asistencia.¹²³ Garcia Canclini expresa que “la combinación de prácticas científicas y tradicionales, ir al médico y al curandero, es una manera transaccional de aprovechar los recursos de ambas medicinas; los usuarios revelan una concepción más flexible que el sistema medico moderno”. Las verdades míticas siguen teniendo aun mucha fuerza y parece que en el terreno de la medicina se busca una complementariedad mito y razón.¹²⁴

Se trata de restar responsabilidad al uso de las diferentes terapias evidentemente ante la no aceptación cultural, no reconocer el motivo por que se eligen y que no son demanda en los servicios de salud. Mediante la confrontación de lo reflejado desde los servicios de salud del PNA, más especialmente en los integrantes de la población y autores que han incursionado en diferentes temas que más que relacionados desde la teoría con la accesibilidad se han desprendido de los propios actores, desde sus expresiones.

Los resultados que han surgido desde informaciones concretas, así como las que se desprenden de las vivencias propias y ajenas, las costumbres, los saberes y los mismos silencios, permiten subrayar una vez más que las barreras que no permiten la accesibilidad de la población a los servicios de salud son principalmente de orden socio cultural, costumbres, saberes culturales, conceptos aprendidos , pero específicamente se generan en los propios servicios, donde se lleva a cabo el vínculo entre ambos, el componente intersubjetivo general. Estas barreras se generan y se expresan por experiencias de vida donde el factor humano es marcado en la interrelación.

123 Barran, J ; Bayce y otros La medicalización de la sociedad Ídem La medicalización de la sociedad P. 103

124 García Canclini Culturas híbridas Estrategias para entrar y salir de la modernidad Ed Grijalbo, México 1990 p.189

9. CONCLUSIONES

Posicionarse desde la perspectiva de la accesibilidad ha sido principalmente reflexionar y cuestionar sobre el tipo de vínculo que se establece entre el Sistema de Atención y los destinatarios del mismo. Pensando en los conceptos, preconcepciones y las actitudes, desde el lugar del otro, como del propio lugar, así como en el relacionamiento y la comunicación de todos los actores que intervienen desde el sistema, en las necesidades de los usuarios, en su poder de decisión, sus derechos y por sobretodo el lugar simbólico que poseen de y para el sistema de salud.

Se comprende que una accesibilidad real producida por este vínculo, lleva a un proceso de aculturación. En este proceso de cambio que sucede cuando personas o grupos provenientes de diferentes contextos culturales entran en contacto regular con otra cultura en cuyo medio tienen que rehacer sus vidas, pudiéndose producir el efecto de elevar la calidad de vida (enriquecimiento), mejorando el proceso de la salud, pero no se produce.

Resurge fuertemente la reafirmación que “universalizar el acceso a la salud” no significa “resolver el problema de salud” de la población, ni mucho menos resolver los problemas de accesibilidad a la Salud.

Referido al proceso de la reforma en el Sistema de Salud, el cambio de modelo de financiación, uno de los sustentos en su propuesta, es considerado hoy por su propulsor Olesker¹²⁵, en etapa de conclusión.

Entendiendo la salud como proceso complejo que va mucho más allá de lo económico, sería el momento de poner énfasis en la accesibilidad como uno más de los principios rectores que orienta al proceso de planificación de la Política de Estado.

Este intento de identificar y comprender algunos de los componentes subjetivos que actúan como barrera de accesibilidad de la población a los servicios del PNA, se vio beneficiado con el seguimiento de la estructura planteada por Saforcada del STS, sus componentes y sus interrelaciones. En el transcurso se asomaron elementos que constituyen esta barrera y se han podido identificar.

Al respecto, es indiscutible que en la zona estudiada, la mayoría de las características que constituyen las dimensiones de la accesibilidad, no presentan barreras, posibilitando un buen acceso a los servicios. Esto hace que sea en la dimensión cultural o simbólica donde se generan las barreras, al concebirse en ella los elementos válidos para la accesibilidad de la población como posibilidad de uso, la que deriva de las actitudes

125 Lanzamiento Oficial del Nodo Uruguay del Campus Virtual de Salud Pública

originadas en construcciones simbólicas, culturales y particulares de los sujetos. Por su parte, la dimensión cultural o simbólica, en relación con los componentes del STS, se cimenta en el componente intersubjetivo general, establecido en la red de interacción del componente formal /cuasi formal (efectores del sistema) y el componente informal (usuarios del sistema).

Relacionado a esta estructura, desde los componentes del STS y en el marco de la accesibilidad, se entiende que: las condiciones y discursos de los servicios, (componentes formal/cuasi formal) no han mostrado una buena disponibilidad, representado en la dificultad de otorgar información, tanto de algunos servicios públicos como privados. El desconocimiento, la burocracia o la negación directa a brindar datos sobre la oferta, demanda y la confluencia de ambas en estos servicios de salud, han sido las dificultades que más se presentaron. Probablemente uno de los factores de esta dificultad reside en la competencia entre usuarios potenciales y la variabilidad en la calidad del servicio ofrecido. Además el “quedarse con los datos”, “Mantenerlos en secreto” permite por un lado tener el poder de la información, aunque sea pública, sumado al temor a que puedan ser generadores de evaluaciones.

Esta dificultad envuelta en una gran burocracia con varios efectores que se superponen en una misma población es uno de los elementos del modelo de atención en proceso de cambio, fundamentalmente asistencialista y con una hegemonía médica predominante que muestra una de las barreras socio culturales más destacada.

La poca “transparencia” también atenta contra la posibilidad de participación de los usuarios, que sería un elemento fundamental en el cambio de modelo de atención, conformando una de las vías más importantes para que “entren” al sistema las representaciones, expectativas, vivencias, etc. De los usuarios.

A la vez la población leiga como parte activa de estos servicios (componente informal), refiere o deja entrever a través de sus conceptos, comentarios y anécdotas, elementos que muestran la existencia de una barrera a la accesibilidad.

Entendiendo que las condiciones de salud de la sociedad dependen en gran parte de la dinámica de los componentes, a su vez buena parte de la eficacia y efectividad de la inversión en salud depende de los emergentes en el componente intersubjetivo. La negatividad de estos emergentes ocasionan las barreras psicosocioculturales en el espacio intersubjetivo generando ineficacia en las acciones y por ende un desaliento en la demanda por parte del componente informal la que se canaliza hacia otros satisfactores de las necesidades de salud de la población, efectores aun no legalizados.

Se concluye, desde lo analizado, que la gama de elementos de cada uno de los componentes (formal/cuasi formal e informal) es muy rica y su interrelación permite destacar la conformación de tres grandes barreras: La lentitud de los cambios, la disociación entre el conocimiento y la práctica y la complementación de paradigmas.

9.1 La lentitud de los cambios

En este caso referido al cambio del SNIS, la población lo demuestra subjetivamente al mantener denominaciones y el uso de nombres que se identificaban en el sistema de Salud anterior. El aun presente carnet de asistencia, más conocido como carnet de salud o de pobre, con el hecho de que se necesita un trámite para su obtención y si no se tiene no es atendido, justifica aún más el no ir asistir a los servicios de salud.

Si bien esta barrera se identifica en la población entendiendo que los cambios se producen y/o se reafirman en la retroalimentación entre los actores de los servicios, usuarios y población, atravesado por los medios de comunicación, lleva a la reflexión que el cambio pasa por la actitud de todos estos actores y no solamente por la población. Esto confirma que los cambios en los hábitos y saberes culturales tradicionales ya naturalizados requieren mucho tiempo, no se produce como una consecuencia inmediata de un cambio legal y requeriría un trabajo específico de educación.

Esta reflexión lleva a una segunda importante barrera.

9.2 La disociación entre el conocimiento y la práctica

En la retroalimentación, además se aporta información, conocimiento, el que se adquiere cada vez más por los medios de comunicación, lo que muchas veces juega en contra al brindarse información errónea, no comprensible o manejarse con consignas que actúan en desfavor de buen conocimiento.

En relación al conocimiento, la población muestra tenerlo al reconocer la importancia de la consulta para conocer su estado de salud, sabe que al no ir no está previniendo; identifica actividades de prevención y por sobre todo la efectividad del apoyo a otros, con el rol de acompañante y más aún el realizarlas en sus hijos. Se reconoce la importancia del conocimiento planteando el valor de impartirlo apuntando a las nuevas generaciones.

Por otra parte muchas acciones esperadas desde la comunidad como el carnet de salud o las vacunas se transforman en un acto de obligación al no ser reforzadas por el conocimiento. Mientras que actores sociales desde lugares relevantes como por ejemplo administración laboral, protagónicos para la difusión de la importancia, solo refuerzan determinadas actividades de prevención de enfermedades como meros trámites obligatorios como el caso del carnet de salud que deriva a su vez en otras consultas por obligación como odontólogo, vacunas, Papanicolaou, mamografía entre otras. Es notorio que si se pretende romper con las barreras de la accesibilidad no alcanza con impartir conocimientos, ni asegurarse que existen, si no se tienen en cuenta la condición humana, la que en todo proceso de socialización y desarrollo lleva a la posición de persona. Las personas no actúan en función de lo que saben, sino que sus conductas muchas veces están determinadas por temores, fantasías, vivencias anteriores (propias o de personas

cercanas), etc. Que componen el universo de la subjetividad.

La lentitud en los cambios, el conocimiento y prácticas en salud, sumado a que se parte desde un paradigma que junto con el sistema de salud está en proceso de cambio y que el emergente cultural históricamente ha generado un papel diferenciado y altamente valorado lleva al tercer tema.

9.3 Las dificultades en la complementación de paradigmas

El cambio de paradigma se establece desde el ejercicio del modelo médico hegemónico desarrollado y consolidado desde el pensamiento médico científico, organizado alrededor de la enfermedad y la clínica, hacia otro modelo con visión holística y sistémica del ser humano.

En la actualidad su persistencia se comprueba en las expresiones de la población que consideran a los médicos como el centro, excluyéndolos de comentarios negativos aunque sea obvia su inclusión. A su vez algunos comentarios sobre maltrato y la despersonalización sin considerar las características generales del individuo, identifican una relación de poder, pero a su vez el usuario se somete en actitud pasiva.

Ante estas situaciones y la consideración subyacente que los médicos hacen evidentes enfermedades ocultas, por lo que si “no voy al médico, la enfermedad no existe”, se suma un saber lego que se pone en práctica cotidianamente, justificando que a la hora de sentirse o pensarse enfermo la acción está fuera de los servicios de salud, recurriendo a ellos en forma inmediata.

Son relevantes los remedios naturales y uso de objetos como parte de las actividades de la población, se reconocen procedimientos legos, por haber sido parte interesada en el uso de ellos, identificando como práctica reconocida y aprobada, la cura del empacho, mientras que de otras se respalda el uso explicándolos con diagnósticos médicos. El no encontrar en el que cura una relación no arbitraria y la pérdida de la atención personalizada por la burocracia en las instituciones, lleva a los individuos a la búsqueda en las terapias alternativas y las religiones el mayor reconocimiento personal y social que se les brinda.

En la elección se consideran como factores muy positivos, la demostración de efectividad rápida de estas terapias, el ahorro de tiempo y el no trasladarse fuera de su ámbito cotidiano.

Las terapias alternativas generalmente parten de la ciencia oriental y su conjunto de prácticas no están de acuerdo con los estándares aceptados por la comunidad médica, dado que no se enseñan, pero presentan un cuerpo teórico así como mecanismos propios de intervención con instrumentos y personas idóneas para ejecutarlas, conformando un sistema.

Es destacable que aun en la legislación Uruguay solo se reconoce la asistencia médica según la ley 15.181 de 1981 art 2 “La asistencia médica solamente podrá ser prestada en el ámbito de sus competencias específicas, por médicos, odontólogos y obstétricos con título otorgado o revalidado por la Universidad de la Republica, o bajo la dirección y responsabilidad de dichos profesionales conforme a las normas de esta ley y las demás que tutelan la salud pública.”

A pesar de la ley es evidente que se han producido factores negativos que no permiten la elección y permanencia en el ámbito de la asistencia médica, sumado a la oferta fuera del control del sistema médico de nuevas ideas o paradigmas. Lo que ha dado lugar a un flujo paralelo afirmando la elección al nuevo paradigma. Esto ha impulsado que en algunos servicios especialmente algunas IAMC, estén incorporando algunas terapias como por ejemplo la acupuntura, homeopatía, con la condición de ser avaladas y ejecutadas por un médico.

Entendiendo que medicina es aquella que cura, provenga del saber científico o popular y que todo acto de salud que se desarrolla en los servicios implica a todos quienes lo integran y la interacción directa o indirecta con quienes concurren en busca de solución a problemas, los elementos que actúan como barrera en la accesibilidad simbólica a los centros de salud conllevan elementos culturales que para su resolución requieren de un cambio paradigmático con un enfoque salubrista que por sobretodo incluya un cambio que oriente a la formación de los individuos.

Se pone énfasis en los actos de salud, los que se conforman por todas las acciones desarrolladas por las personas que integran una institución (integrantes del componente formal) dentro de las mismas, en interacción con quienes concurren buscando solución a sus problemas de salud (integrantes del componente informal). Esta interacción que se produce en el componente intersubjetivo general genera un vínculo que posibilita mejorar las causas de las barreras simbólicas, favoreciendo la accesibilidad.

Es evidente la diferencia cultural entre los profesionales de la salud y los pacientes que determina una barrera en la permanente relación y por ende el involucramiento de la población en los servicios. Es posible que al eliminar las barreras basando la relación en la empatía y confianza mutua, se promueva un cambio cultural en la comunidad, pasando a no considerar la salud desde la enfermedad y donde prevenir sea más prioritario que curar.

El proceso de la investigación, que surge a partir de una interrogante nacida en la práctica profesional, específicamente en el vínculo con la comunidad desde un rol comprometido socioculturalmente, permitió la identificación y comprensión de algunos de los componentes intersubjetivos que actúan en la población adulta del área de influencia del Programa APEX-Cerro como barrera de accesibilidad.

Su desarrollo marcado por una intencionalidad ética, con el cumplimiento de los pasos metodológico sorteando dificultades propias del proceso que involucra individuos permite a más del logro del objetivo planteado confirmar la importancia de la

interdisciplina, la relación e intercambio con el saber popular.

Como corolario se entiende que el logro de la mejor salud de la sociedad, no solo depende del Sistema de Salud sino que pasa por cambios de conductas en los que deberían intervenir todos.

Por sobretodo se destaca que quedan abiertas nuevas interrogantes que dan paso a la búsqueda de nuevos conocimientos.

10. BIBLIOGRAFÍA

- + Ander – Egg E. Técnicas de investigación social. 24^a. ed. Buenos Aires: Lumen; 1995.
- + Barran, J; Bayce, R; Cheroni, A; de Mattos, T; Labisch, A; Moreira, H; Porzecanski, T; Portillo, J; Romero, S; Rodríguez, J; Viñar, M La medicalización de la sociedad. Ed Nordan Comunidad Instituto Goethe de Montevideo 1993
- + Barran, José Pedro Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos 2 La Ortopedia de los Pobres Ediciones de la banda Oriental Uruguay Montevideo 1994
- + Bixby L, Güell D Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) De la Universidad de Costa Rica San José, Costa Rica Proyecto de investigación subvencionado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Noviembre de 1998
- + Castellá J. Psicología social aplicada a las comunidades. Buenos Aires: Proa XXI; 2004
- + Cobián, Nielsen y Solís Contexto Socio-Cultural y aprendizaje significativo <http://www.buenastareas.com/ensayos/Contexto-Socio-Cultural-y-Aprendizaje-Significativo/1431193.html>
- + Colombo E. El imaginario social. Montevideo: Nordam; 1989.
- + Colombres A. Manual del promotor cultural: bases teóricas de la acción. Buenos Aires: Colihue; 1990.
- + Comes Y, Stolkner A. Concepción de responsabilidad individual en el cuidado de la salud como barrera de accesibilidad simbólica al sistema de salud en el discurso de los usuarios pobres del área metropolitana de Buenos Aires. En Anuario de Investigaciones (Argentina) 2003, 15(2):30-32.
- + Comes Y. Accesibilidad: una revisión conceptual. Artículo de circulación interna del Equipo de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. 2003.
- + Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, URSS; 6-12 set. 1978. Informe. Ginebra: OMS; 1978
- + Documento Final del 7mo. Congreso del PIT-CNT del año 2001. Documento disponible en www.pitcnt.org.uy

- + Etchebarne L. Coordinadora en Temas de Medicina preventiva y social. Cap 7 Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención Montevideo: Facultad de Medicina; 2001 3ra Edición

- + Fernando Filgueira La reforma del sector social: estatismo, desigualdad y privatización “by default” en <http://www.henciclopedia.org.uy/autores/Filgueira/ReformaSocial.htm>

- + Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. En White KL. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington: OPS; 1992. P. 929-943

- + Galán Niveles de Atención Medica En: Administración Hospitalaria Cap. IX Colombia 199:115-136 En Planificación de la Red Asistencial de ASSE MSP.ASSE Imprenta del Sol S.R.L. Abril 2002

- + García Canclini Culturas híbridas Estrategias para entrar y salir de la modernidad Ed Grijalbo, México 1990

- + Garrocho, Campos Economía, Sociedad y Territorio, Un indicador de accesibilidad a unidades de servicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación Universidad Autónoma del Estado de México. Vol.VI, núm 22, 2006,, 349-397 en mq.mx/documentos/Revista/.../est22_5GarrochoyCampos.pdf.

- + González P, Etchebarne L, Bozzo E, Garay M. Programación participativa en salud comunitaria: PROPAS. Montevideo: Universidad de la República; 2005.

- + González Tabaré, Olesker Daniel Compiladores La percepción de la crisis en la opinión pública En La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud

- + Hernández Avila, Rodríguez López, Rodríguez Salgado, Morales Carmona, Santos Luna, Badillo Perry, Poblano Verástegui, Vertiz Ramírez, Molina Rodríguez. Modelo de evaluación espacial de cobertura, accesibilidad y calidad del sistema hospitalario de la SSA y desarrollo de estándares de desempeño. En www.calidad.com.mx/docs/art_36_1.pdf [Fecha de acceso: Marzo 2008].

- + Herrera, G Informe de la Aproximación diagnóstica UPECA CERRO Montevideo Octubre 2004 Sin editar

- + Jiménez B. Subjetividad, participación e intervención comunitaria: una visión crítica desde América Latina. Buenos Aires: Paidós; 2008.

- ✦ Kadt E, Tasca R. Promover la equidad un nuevo enfoque desde el sector salud. Washington: OPS/OMS; 1993.
- ✦ Krmpotic, C; Saizar, M ; Madrid, L; Luxardo, N; Funes, M; Barrón, E; Bordes, M Cuidados, terapias y creencia en la atención de la salud Espacio Editorial 1ra edición 2008 Argentina Buenos Aires
- ✦ Land S. Enfermería Comunitaria en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Revista Paraguaya de enfermería; 2005 [acceso enero de 2008].
- ✦ Ley 18381 Derecho de Acceso a la Información Publica Uruguay 1raEdiccion Montevideo Banco Mundial Centro de Archivos y Acceso a la Información Publica (CAINFO) Coordinación Edison Lanza Montevideo 2009 Comité jurídico interamericano (2008) principios sobre el Derecho de Acceso a la Información CJI/RES.147(LXXIII-0/o8) Rio de Janeiro, Brasil
- ✦ Magnifico, Noceti, Rodríguez Planificación de la red asistencial de ASSE MSP-ASSE Uruguay 2002
- ✦ Malik Özden El derecho a la salud CETIM Ginebra 2006
- ✦ Martínez, Graciela Contrapunto Limites y distancia En Barrio un ser de otro planeta Bifurcaciones Santiago de Chile N° 1 Verano 2004 Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica Redalyc Hemeroteca Disponible en <http://realyc.uaemex.mx>
- ✦ Marriner A y colaboradoras Modelos y Teorías de Enfermería Edic ROL España 1989
- ✦ Mauro M, Solitario R, Gabus P, Stolkiner A. La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años. Memorias de las Jornadas de Investigación (Argentina). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2006. V.2. p. 58-59.
- ✦ Menoni, Klasse Construyendo alternativas al dolor Reflexiones sobre la resiliencia Ed Psicolibros Montevideo 2008
- ✦ Morales Calatayu Introduccion a la Psicologia de la Salud KOYATUN Argentina 2009
- ✦ Muñoz, Fernandez, Olesker, Basso La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009 MSP PDF
- ✦ Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud Washington,

27.a Conferencia sanitaria panamericana 59.a Sesión del Comité Regional D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007

- + Organización Panamericana de la Salud. Las orientaciones estratégicas y programáticas 1995 – 1998. Washington: OPS; 1995.
- + Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud Perfil de los Sistemas de Salud República Oriental del Uruguay Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma 3ra Ed Uruguay 2009
- + Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Washington D.C. 2007
- + Osimani Derechos humanos y salud integral Organizado Área Salud de IDES Editorial Latina Marzo 1999
- + VIII Jornadas de Psicología Universitaria 2008 La Accesibilidad en la Reforma del Sistema de Salud “Aproximación al estudio de la Accesibilidad a los Servicios de Atención Psicológica en la Infancia en la zona de Malvín Norte”, en accesibilidad 2008. Blog spot.com /.../la- accesibilidad en la reforma del sistema de salud
- + Parada Lezcano Cap L. Metodología Cualitativa de Investigación Científica Universidad de Valparaíso, Chile 2011 Taller Investigación Cualitativa Fac de Enfermería 2011
- + Portillo, José; Rodríguez Nebot, Joaquín Compiladores Las Otras Medicinas Instituto Gohete Productora Editorial Uruguay 2006
- + Presidencia de la Republica Sistema Nación Integrado de Sud Derecho de los Usuarios disponible en <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf> acceso setiembre enero 2011
- + Rebelatto Ética y practica social EPPAL 2da Ed Uruguay 2009
- + Rodríguez; Noceti Planificación de la Red Asistencial de ASSE MSP.ASSE Imprenta del Sol SRL; UNIT Libro 8 2001:3-13 Abril 2002
- + Romero Gorski Sonia Alción Cheroni Portillo José Coordinadores Sociedad, cultura y salud SEMINARIO Universidad de la republica Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación departamento de Publicaciones (financiada CSIC 1997)
- + Romero Gorski Sonia Madres e hijos en la Ciudad Vieja Apuntes etnográficos sobre la existencia Materno-infantil Fac Humanidades y Ciencias de la Educación –CSIC Editorial Nordan 2003

- + Romero, Una revisita antropológica a constructores de la identidad cerrense, Villa del Cerro, Montevideo Coordinación responsable y prefacio: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Montevideo. 2007. Disponible en: <http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo>.
- + Romero, Sonia Antropología de lo barrial sobre medicinas y/o terapias alternativas en Uruguay Montevideo Fac, de Humanidades y ciencias de la Educación 2004.
- + Rosero, Güell Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS) Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) De la Universidad de Costa Rica Subvencionado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- + Rudolf, S Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de Salud:Una mirada desde la psicología... {et al.} 1ª ed, {SL} Fin de Siglo,2009
- + Saforcada, Enrique Psicología Sanitaria Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud Ed Paidos Argentina Buenos Aires 2006
- + Salveraglio, Viera, Dominguez, Mechoso Informe 2008 Atenciones de Policlinicas IMM SAS UCI Montevideo 2009
- + Scuro Somma, Lucia (coordinadora) Población Afrodesdendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay PNUD Uruguay,2008
- + Solitario, Garbus, Stolkiner Derechos, ciudadanía y participación en salud : su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios Anuario de Investigaciones (Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires). – ISSN 1851-1686. – Vol 15 (ene-dic 2008), p. 263-289 Modo de acceso: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s1851-16862008000100025&Ing=es&nrm=iso
- + Trylesinski F. Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamientos. En su: ENHA 2006. Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA; 2007. Disponible en:http://www.ine.gub.uy/enha2006/Modulo_salud_version_final.pdf. [Fecha de acceso: 15de febrero del 2008].
- + Turnes Antonio Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios en <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos4/art12.pdf>
- + Zaldua, Sopransi, Nabergoi. Longo Estrad, Veloso Ciudadanía y accesibilidad a la salud y afecciones subjetivas y colectivas s En Anuario de las Jornadas de Investigación Fac de Psicología UBA C y T, U B A 2003; p. 205.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

N°	TITULO	Pág.
1	División de Centros Comunales zonales de Montevideo	107
2	Plano del CCZ 17	108
3	Mapa con la División de EBOs	109
4	Nota de Consentimiento	110
5	Entrevista en los Servicios de Salud del P NA	111
6	Formato de Nota de Solicitud de datos de los Servicios en dependencias Centrales	118
7	Entrevistas a la Población	119
8	Procesamiento de Datos Servicios de Salud Tablas N°: 3 - 5 - 6 -7 - 8- 10A -10 B - 9 -13 Gráficos N°: 7	121
9	Procesamiento de Datos Población Tablas: 4 - 11- 12 - 13 - 14 -15 Gráficos: 2A - 2 B - 3- 4 - 5 - 6 - 8	132
10	Categoría de Análisis para datos del PNA	146
11	Categoría de Análisis para datos de la población	147

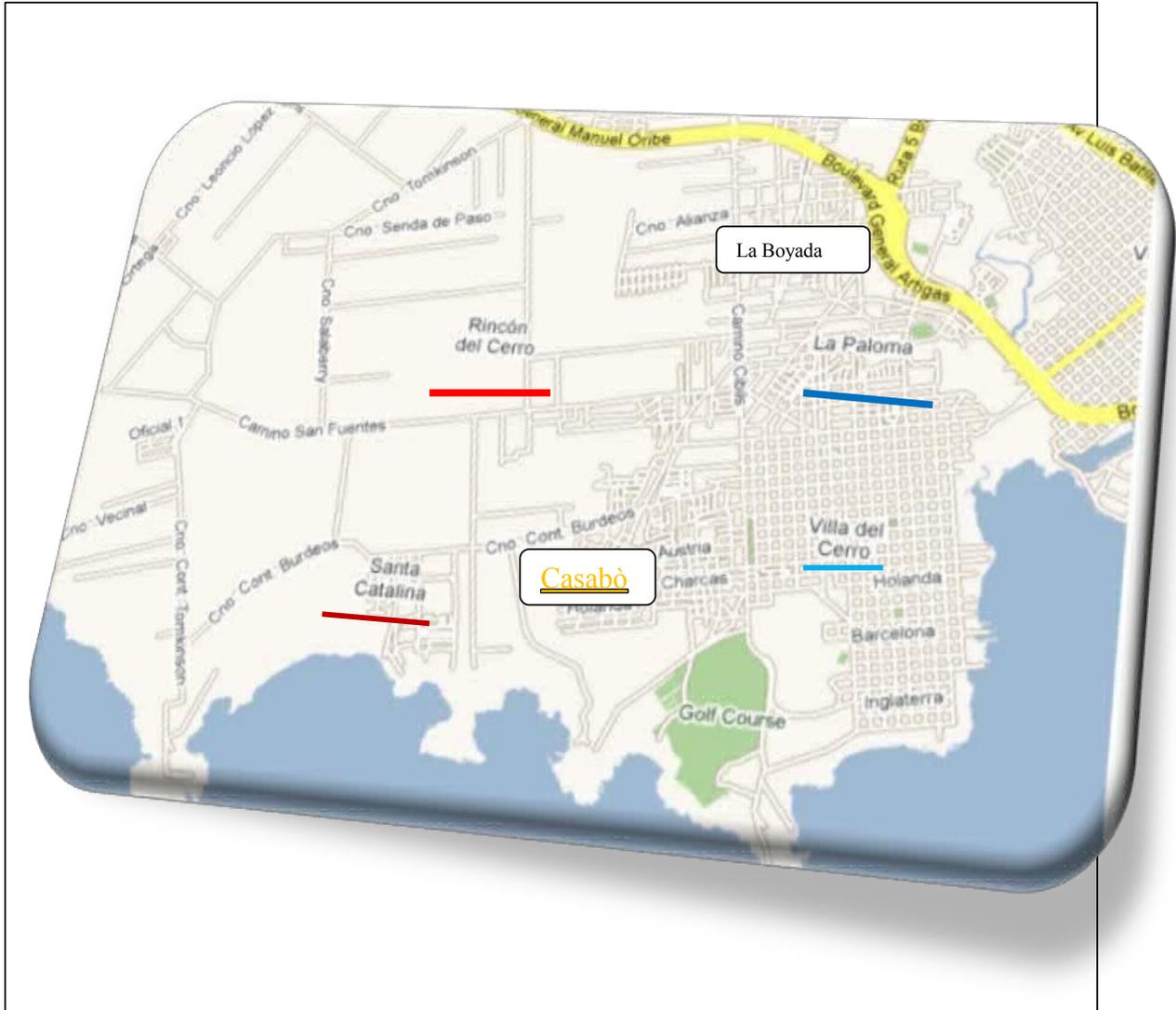
ANEXO - I

DIVISIÓN DE CENTROS COMUNALES ZONALES DE MONTEVIDEO



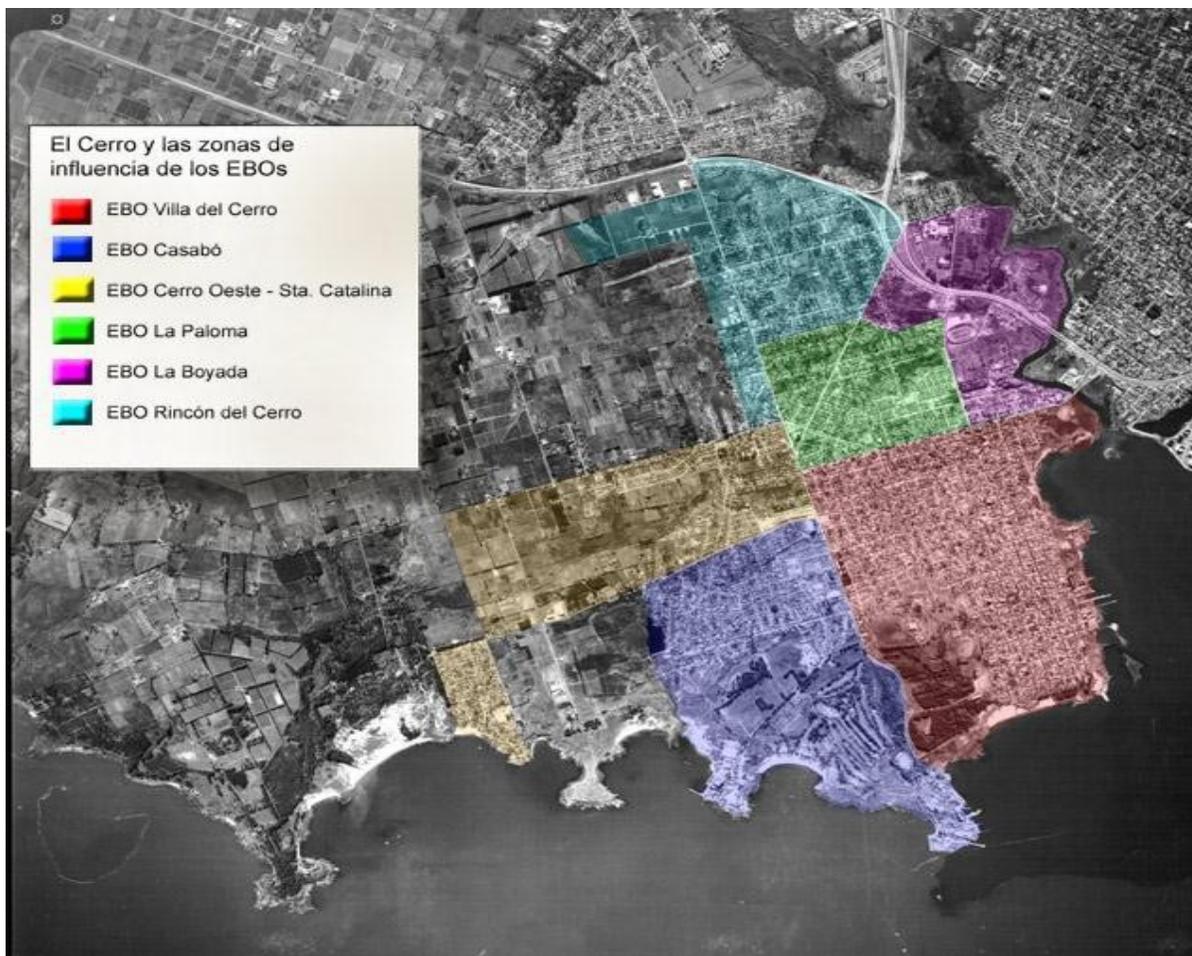
ANEXO 2

PLANO DEL CCZ 17



ANEXO 3

DIVISIÓN TERRITORIAL DE LOS EBOs



	CASABO Camino Cibils, La Cañada Arroyo Tala, Camino Burdeos, Río de la Plata
	LA BOYADA Arroyo Pantanoso, Av. Carlos Ma. Ramírez , Av Dr. Santín Carlos Rossi Calle Pernambuco Hasta la cañada
	LA PALOMA Av. Dr. Santín Carlos Rossi, Av. Carlos M Ramírez, Calle Pernambuco y Camino Cibils.
	LA VILLA Av. Dr. Carlos M Ramírez, Camino Cibils, Circunvalación a la Fortaleza, Rambla del Río de la Plata, Rambla del Arroyo Pantanoso
	SANTA CATALINA Calle Las violetas (última contra el parque pta yeguas) Camino Burdeos, Camino De la zopa, Costa del Río de la Plata.
	RINCON DEL CERRO Calle Francisco Siti , Camino de Las Tropas, Calle 17 metros, Ruta 1 Brig. Gral Manuel Oribe, Camino Cibils.

ANEXO 4

NOTA DE CONSENTIMIENTO

MONTEVIDEO 2010

Esta entrevista pretende reunir información sobre los motivos por los que la población no consulta en los servicios de primer nivel de atención a la salud
Se formularán preguntas generales sobre el tema con un tiempo determinado por el intercambio que surja en la misma y su contenido será grabado
Los nombres de quienes accedan a la entrevista no serán publicados.
La participación es voluntaria sin sanción en el caso de negarse y sin afectar cualquier tipo de atención a su salud, teniendo derecho a no responder alguna de las preguntas o cortando la entrevista cuando lo desee.
El lugar de la misma será de opción del entrevistado, siendo realizada por la responsable de la investigación, Lic. Graciela Umpierrez, en el marco de la Facultad de Enfermería y el apoyo del Programa APEX Cerro.

Todo aspecto de la investigación ha sido explicado verbalmente en Idioma Español

Fecha

Firma de la persona que otorga el consentimiento

ANEXO 5

ENTREVISTAS
EN LOS SERVICIOS DE SALUD
Del Primer Nivel de Atención

A – DATOS GENERALES:

Tipo de servicio:.....

Nombre:

Dirección:

E.B.O (al que pertenece):.....

COORDINADOR:

Nombre:.....

Profesión:

Actividades a su cargo:

ENTREVISTADO:.....

Profesión:

B - PROCEDENCIA:

Nombre de la institución a la que pertenece:

Dependencia: Pública: Privada:

C - ANTIGÜEDAD EN LA ZONA:

Cuantos años hace que está en esta en la zona:.....

Siempre en esta dirección:

D –AREA DE INFLUENCIA:

Tiene marcada un área de influencia:

Cual es:

Servicio de Salud del Primer nivel de atención más cercano:

Nombre:

En la Zona de Influencia de APEX: A Que EBO pertenece:

Pertenece a la misma Institución: Otra Cual:

Servicio/s de 1er N de A de la misma INSTITUCION en la zona:

A que EBO/s pertenece:

Servicio/s de primer nivel de la misma DEPENDENCIA en la zona:

A que E.B.O./s pertenece:

E- OFERTA:

(Número de población con derecho asistencia en la zona):

SERVICIOS QUE OFRECE: Especialidades:

Cronograma Semanal de atención

ESPECIALIDAD	N°	LUN		MAR		MIER		JUEV		VIER		SAB
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M
Medicina General, Medicina Familiar												
Ginecología												
Psicología												
Asistente social TRM,												
Nutricionista												
Enfermería												
Odontología												
Cardiología												
OFT												
Cirujano												
Dermatólogo												
Diabetologo												
OTR												
Fisioterapia												
Parteras												
Psiquiatra												
Pediatría												
Otros												

Grupos: (Multidisciplinarios, Interdisciplinarios)

Grupos	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER	SAB
Adulto Mayor						
Diabéticos						
Hipertensos						
Adolescentes						
Ultimo Recursos						
Violencia Domestica						
Maltrato Infantil						
Atención Neurológica						
Otros						

Servicios De Prevención y Diagnósticos:

<u>SERV</u>	<u>LUN</u> Hs	<u>MAR</u> Hs	<u>MIER</u> Hs	<u>JUEV</u> Hs	<u>VIER</u> Hs	<u>SAB</u> Hs
VACUNAS						
PAP						
Colposcopia						
Mamografía						
ECG						
Radiografías						
Laboratorio						
Farmacia						
Educación para la Salud						
Planificación familiar						
Pan Aduana						
Plan Setiembre						
Otros						

DERIVACIONES DE SERVICIOS NO PRESTADOS:

<u>NOMBRE</u>	<u>Lugar</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>Lugar</u>

H- ACCESO PARA LA ATENCION:

Pasos a seguir cuando llega al Servicio de atención: Especialidades

Obtiene número:

<u>Especialidad</u>	<u>En el momento</u>	<u>Cuanto tiempo</u>	<u>Anticipadamente</u>	<u>Cada Cuanto tiempo</u>

Como lo obtiene:

Personalmente: Telefónicamente: Otras:

Quién lo llama para la atención:

El mismo profesional que lo va atender: Una enfermera/o:

Un Tec Reg. Med: Un administrativo: Otro:

Como lo llama para la atención:

Por número: Por apellido: Según orden de llegada:

Según se tienen las H. Clínicas: Otra (primera vez, según patología): ...

A los Equipos o Grupos:

Ingresar por deseo Propio:

Por derivación: Profesional: Funcionario: Vecinos: Otros:

A los Servicios de Prevención y Diagnósticos † (Especificar si hay diferencias entre las diferentes ofertas)

Con orden médica: De otro profesional:

Derivados:

Del Centro: De otras instituciones: De igual dependencia:

Obtención de Fecha:

(Especificar si hay diferencias entre las diferentes ofertas)

Se atiende a demanda:

Se otorga FECHA: Todos los días: Semanal: Mensual:

Se tiene en cuenta patología o especificación de urgencia (cuales y como):
.....

RESULTADOS: (Especificar si hay diferencias entre las diferentes ofertas)

Los retira el usuario: Se derivan a la H. C.:

En caso de Patología:

Se hace seguimiento: ... Se llama al usuario: ...Se avisa a quien lo deriva:...

SEGUIMIENTO: (Especificar si hay diferencias entre las diferentes ofertas)

Si el usuario dejo de concurrir se realiza seguimiento:

A qué tiempo de la no concurrencia:

En todos los casos: Según Patologías:

Si la demanda fue por derivación al segundo o tercer nivel de atención:

Se reciben solicitudes de información sobre los usuarios derivados:

En qué casos: Por quienes:

I- REGISTROS: (Especificar si hay diferencias entre las diferentes ofertas)

H. Cl.: Por C.I.: Por Fecha de Nacimiento:..... Otros:

Tratamiento de los Registros:

Estadísticas: Periodo: Personal del Centro: Externos (donde): ...

Los resultados:

Se derivan: A Donde:

J - SERVICIOS DE ATENCION O DEMANDAS DIRECTAS

Oficina de Atención al Usuario: En el Servicio: Fuera del Servicio:

Compartido con otros servicios de la Institución:

Comisión de Usuario: Solo del Servicio:

Compartida con otros servicios de la institución:

K- ALGUNOS DATOS:

Número de Usuarios atendido en el 2008:

Servicios comenzados en el 2008:

Usuarios que se asistieron en el 2008:

Profesiones:

Prof.: **N°**..... **Prof.:** ... **N°** **Prof.:** **N°**..... **Prof.:** ... **N°**.....
Prof.: **N°**..... **Prof.:** ... **N°** **Prof.:** **N°**..... **Prof.:** ... **N°**.....

En equipos o grupos:

Nombre:.....**N°**..... **Nombre:**.....**N°**.....
Nombre:.....**N°**..... **Nombre:**.....**N°**.....

En Servicios De Prevención y Diagnósticos:

Servicio: **N°**..... **Servicio:**..... **N°**.....
Servicio: **N°**..... **Servicio:**..... **N°**.....

ANEXO 6

**FORMATO DE NOTA DE
SOLICITUD DE DATOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD
EN DEPENDENCIAS ENTRALES**

Montevideo,

Nombre de la Institución

Me encuentro abocada a la realización de la Tesis de la Maestría en Primer Nivel de Atención, con el título: “Principales componentes subjetivos que actúan como barrera psico- socio-culturales en la accesibilidad de la población adulta a los servicios del Primer Nivel de Atención, de la zona de influencia del Programa APEX –Cerro”.

Para recabar los datos, se incluye entrevistas en los Servicios de Primer Nivel de Atención (se adjunta) a la salud ubicados en la zona de referencia.

Al cubrir el servicio....., se me informa que es necesario su autorización para la obtención de alguno de los estadísticos del 2008.

Ante esta situación y por este intermedio solicito el aporte, o la autorización para la obtención de los datos necesarios para completar las entrevistas del servicio.

Los mismos son:

Número de Usuarios atendido en el 2008.....

Servicios comenzados en el 2008:.....

Usuarios que se asistieron en el 2008:.....

Profesiones

Prof.:Nº..... Prof.: Nº..... Prof.: Nº..... Prof.: Nº.....

En equipos o grupos

Nombre:..... Nº..... Nombre:..... Nº.....

En Servicios De Prevención y Diagnósticos:

Servicios: Nº..... Servicio:..... Nº.....

Agradeciendo vuestra deferencia Saludo atentamente

Lic Graciela Umpierrez

ANEXO 7

ENTREVISTAS A LA POBLACION

Comenzaremos la entrevista sobre la cual luego de esclarecer, el motivo y en qué consistía acordamos realizarla firmando el consentimiento

Quiero recalcarle que es confidencial manteniendo su nombre en secreto y que es libre de contestar lo que quiera y cuanto quiera

Esta de Acuerdo?.....

Cuando concurrió al médico por ultima vez

Barrio en que vive.....

SALUD

- Cobertura Privada o Pública (tiene el Carné de Asistencia)
- Conoce alguna policlínica en la zona Cual/les
- Cuando considera que debe consultar
- Concurre al odontólogo Cada cuanto
- Se realiza controles preventivos: PAP, mamografía (si corresponde)
- Cuando se vacuno por última vez
- Se realizo el carnet de salud laboral Cuando

VIVENCIAS

Ha concurrido a alguna de las policlínicas de la zona.

Cuando fue la última vez y cuál fue el motivo por consulta suya o como acompañante.

RECUERDOS

- Alguna experiencia vivida
 - Que esperaba de la consulta Sintió que la consulta fue satisfactoria
 - Sintió que lo entendieron Trato con el personal Médico y No médico Con quienes
 - Como fue la Espera El Ambiente
 - Se vinculó con el personal
- Alguna experiencia vivida por otra persona

QUE ENTIENDE POR SALUD

USTED CONSIDERA LA SALUD COMO UN DERECHO

REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD QUE CONSIDERE QUE BENEFICIA SU SALUD:

- Religión, Terapia alternativa, Ejercicio, Alimentación

EN EL CASO DE SENTIR UN DOLOR O MALESTAR QUE DECISIÓN TOMA O PREFERE

- ☛ Se automedica
- ☛ Toma yuyos
- ☛ Otras terapias alternativas como Reiki, Gotas, Flores, Aceites, acupuntura
- ☛ Sigue consejos de otras personas: familiares, amigos, vecinos.

CONOCE ALGUN AMULETO O SIMPATÍAS QUE CONSIDERE QUE INTERVIENE EN EL BIEN DE SU SALUD?

- ☛ Los utiliza o los a utilizado

CUANDO USTED ERA NIÑO:

- ☛ Lo llevaban a controles periódicos de salud?
- ☛ Recuerda que medidas tomaban los adultos responsables en caso de Accidentes, Heridas, Malestar, Dolores, Fiebre, Heridas: (Ej. Farmacéutico, Curandero, Homeopatía, Lo medicaban, etc.)

ANTE LA MISMA SITUACION QUE ACTITUD TOMA O TOMARIA USTED CON SU HIJO O MENORES A SU CARGO

- ☛ Le realiza controles periódicos de salud
- ☛ En casos de Accidentes, Heridas, Malestar, Dolores, Fiebre, heridas: (Ej. Farmacéutico, Curandero, Homeopatía, Lo medicaban. etc.)

QUE LO LLEVA A NO CONSULTAR EN LAS POLICLINICAS

Nombre (Iniciales): **Edad:** **Sexo:**

OCUPACIÓN Trabaja..... Qué actividad desempeña?

EDUCACION

- ☛ Asistió a la educación formal? Hasta qué grado
- ☛ Otros estudios

FAMILIA

- ☛ Con quien o quienes vivió de niño?
- ☛ Con quien o quienes vive ahora?
- ☛ Tiene Hijos? Cuantos? Edades?

Hay algo que haya recordado o que quiera agregar

Esto es todo Muchas Gracias

ANEXO 8

PROCESAMIENTO DE DATOS SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION

Distribución y procedencia (Tabla 3). Del total de veintidós servicios de salud, no se pudo obtener datos del Servicio perteneciente a las FFAA –CAP N° 5, ubicado en el territorio del EBO La Boyada

De los veinte restantes, quince son de dependencia pública, efectores de la RAP y la IM tres servicios cada uno, efectores de la, Vecinal y RAP- Vecinal con dos servicios cada una, el resto con un servicio cada uno son efectores de, APEX- Cerro, Especializada, Vecinal-IM- APEX- Cerro, APEX- Cerro –Facultad de Psicología, APEX- Cerro – RAP, y BPS. Cuatro son de dependencia Privada pertenecientes a la Asociación Española, Casa de Galicia, CUDAM y CASMU.

Coordinadores. Del total de los veinte Servicios de Salud siete son coordinados por Médicos (Tres Pediatras, dos Médicos Generales, una Ginecóloga y un Médico de Familia), tres por Lic. En Enfermería, dos por Lic. En Psicología y Administrativo, y el resto (uno cada uno) Química, Lic. Nutricionista, Vecino, Lic. En Enfermería – Administrativo, Lic. Nutricionista –Vecino y uno considera que no tiene coordinador.

Tabla 3
Relación de servicios y dependencia por EBO

<u>EBO</u>	<u>Total Serv.</u>	<u>Públicos</u>										<u>Privado</u>
		<u>IM</u>	<u>RAP</u>	<u>Vec</u>	<u>Vec- RAP</u>	<u>IM Móvil</u>	<u>Es</u>	<u>CAP</u>	<u>Ve- Im APEX</u>	<u>BP S.</u>	<u>APEX</u>	
Casabó	1	1										
La Boyada	8		1	1	1	1	1	1			2	
La Paloma	1	1										
La Villa	6								1	1	1	4
Rincón del Cerro	2		1		1							
Santa Catalina	2			1	1							

Desglose de Servicios de Salud por territorio de cada EBOs, según dependencia única o por convenios

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs 2009

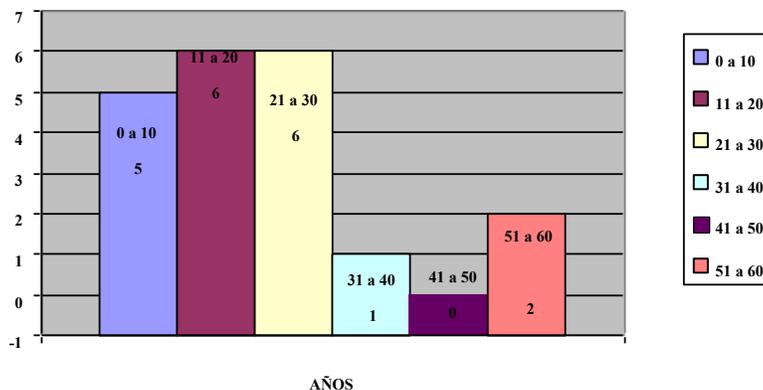
Entrevistados. De las veinte entrevistas, ocho de los coordinadores derivan en otros la entrevista: Cuatro (Química, Pediatra, No tiene, Médico,) la derivan a administrativos. Dos (Lic. En Enfermería y Nutricionista –Vecina) a Lic. En Enfermería. Uno (médico) a Médico y Uno (Lic. En Psicología.) a Lic. En Psicología.

Antigüedad del Servicio en la zona (Gráfico N°7)

Hasta 10 años cinco De 11 a 20 años seis De 21 a 30 años seis
 De 31 a 40 años uno De 41 a 50 años cero De 51 a 60 años dos

Grafico 7

Antigüedad de los servicios en la zona



Antigüedad de los Servicios en la zona agrupada por años de residencia

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs 2009

Servicio de salud del PNA más cercano. Del total de veinte entrevistados, todos reconocen la existencia de un servicio cercano

Los de dependencia pública no nombran a los de dependencia privada y viceversa Ocho reconocen servicios cercanos que se ubican en la zona de otro EBO.

Oferta

Profesionales (Tabla 7).

Del total de veinte centros se contabilizan 303 profesionales de 29 profesiones diferentes, perteneciendo dieciocho a la rama de la medicina y once a otras tantas profesiones. De los 303 pertenecen al sector público 249 y al privado 54.

Grupos. Del total de los veinte centros identifican trece grupos de prevención y promoción donde intervienen integrantes de la comunidad con la guía de por lo menos un profesional o un equipo, con una temática específica entre ellos. Hay cuatro con la temática de Adulto Mayor, de psicología infantil por franjas etarias tres, adolescentes dos y Violencia Domestica, Hipertensión, Salud Mental y Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (SERENAR), uno de cada uno.

Tabla 7**Profesionales según diferentes profesiones y dependencia laboral Públicas o Privadas**

<u>Profesionales</u>	<u>Total</u>	<u>Pu</u>	<u>Pri</u>	<u>Profesionales</u>	<u>Total</u>	<u>Pu</u>	<u>Pri</u>
Med. Gral.	50	32	18	Otorrino	5	5	0
Pediatras	38	32	6	Fisioterapeuta	5	5	0
Aux. Enf.	34	29	5	Diabetologos	5	4	1
Ginecólogos	21	17	4	Higien. Dental	5	5	0
Lic. Psic	17	15	2	Oftalmólogo	4	3	1
Reg. Med.	16	13	3	Reumatólogo	2	2	0
Cardiólogos	15	10	5	Est Fisioterapia	2	2	0
Lic. Enf	12	9	3	Cirugía niños	1	1	0
Asís Social	11	11	0	Psiqui Infantil	1	1	0
Dermatólogos	11	7	4	Urólogos	1	1	0
Parteras	10	10	0	Neumólogos	1	1	0
Odontólogos	10	10	0	Nefrólogos	1	1	0
Nutricionista	9	8	1	Psiquiatra	1	0	1
Médico de Flia	9	9	0	Geriatra	1	1	0
Cirujano	5	5	0				

Relación entre el total de profesionales por profesión y dependencias laborales Públicas o Privadas

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs 2009

Ofertas de servicios y actividades de prevención y diagnóstico (Tabla 10 A-B)

De las ofertas para actividades e intervenciones se toman en cuenta solo las que son informadas en la entrevistas dejando de lado aquellas que se sabe de su existencia pero no son informadas y para mejor análisis se dividen en las que se realizan intramuros y extramuros.

En las intramuros que suman cincuenta y una las de mayor oferta son Farmacia, PAP y vacunas. La de menor oferta (Libreta de conducir) se caracteriza además por ser de dependencia privada y por el contrario esas dependencias no presentan plan aduana. En las de extramuros, la actividad especificada es la de educación para la salud en instituciones educativas. Las de temáticas específicas son mayoritariamente las relacionadas al sexo femenino y las otras presentes son las programadas desde el nivel central MSP. Se destacan las actividades realizadas desde los servicios provenientes del programa APEX- Cerro, cuyas modalidades se presentan como únicas ofertas, entre ellas: Cine Foros, actividades de relación intergeneracional, actividades culturales con adolescentes.

Tabla 10

A- Servicios de Salud – Ofertas de Servicios y Actividades de Prevención y Diagnosticas Intramuros

Serv- Act.	Nº	Serv- Act.	Nº	Serv- Act.	Nº	Serv- Act.	Nº
Farmacia	9	PAP	9	Vacuna	8	Laboratorio	7
Planificación Fliar	6	E.C.G.	3	RX	2	Ecografía	2
Colposcopia	2	Plan Aduana	2	Libreta de Conducir	1		

Ofertas desde los Servicios de Salud de Servicios (Serv.) y Actividades (Act.) de prevención y diagnosticas Intramuros.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs 2009

B- Servicios de Salud – Ofertas de Actividades de Promoción y Prevención Extramuros

EDUCACION PARA LA SALUD			
Instituciones ^a	Total de intervenciones ^b	Temas ^c	Total de servicios PNA que identifican la actividad
Escuela	4	Preparto	1
Liceo –UTU	4	Semanas temáticas	1
CAIF	1	Mujeres	1
AJUPEN	6	A.M	1
		Cine foro	1
		Expresión Libre	2

Servicios que realizan actividades extramuros de promoción y prevención

^b Total de intervenciones en cada institución especificadas desde lo Servicios de Salud

^c Temas desarrollados en Intervenciones en las diferentes instituciones

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs 2009

Derivaciones de servicios no prestados. Las derivaciones se realizan en aquellos casos que el servicio no cuenta con la posibilidad de ofrecer solución al problema presentado. En caso que la necesidad no coincida con la oferta de la zona se deriva a un servicio fuera de esta.

Los servicios públicos entrevistados ejemplifican veinte y dos derivaciones a servicios de igual dependencia de la zona, por ende al primer nivel de atención. Estas derivaciones son recibidas en mayor número por el CSC (veinte), dos a la policlínica Santa Catalina y el resto uno cada uno al Móvil, policlínica Casabó, también se mencionan como lugar de derivación de situaciones problemas, el que no es un servicio de salud propiamente dicho. El SOCAT (Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial), INAU, ANEP, poder judicial y comuna Mujer de la IM.

De las derivaciones a servicios fuera de la zona de igual dependencia nombran trece, en los que se destacan servicios de segundo nivel de atención (Pereyra Rossell cinco; Hospital Maciel Tres; Servicios el BPS Uno; Procardia, Saint Bois, Filtro, Policlínica Tiraparé, INVE 18 (uno cada uno). Las derivaciones realizadas por el Espacio Adolescente se destacan por no ser mencionados en otras dependencias de temáticas específicas, entre ella a policlínica de trastorno del lenguaje, adiciones en Hospital Maciel y CSC y abuso sexual. Se identifica que no hay ninguna derivación, por lo menos directa e identificada a servicios privados.

Los servicios privados realizan todas las derivaciones hacia fuera de la zona del Cerro específicamente a los Servicios Centrales u otros privados en este último caso la coordinación se realiza también desde el servicio central.

Acceso a la atención

Atención individual.

- Obtención de número

Tiempo: Mayoritariamente los números se otorgan una hora antes o en el momento previo a la consulta.

En los servicios Privados se otorgan previamente en el momento solo si hay números sobrantes.

Otras variaciones van desde un día antes hasta una vez por mes principalmente especialidades y en aquellos casos que la demanda es mucho mayor como para solventarla en cada consulta las que a su vez son semanales y brindadas en algunos servicios como los casos de atención a los AM, la atención psicológica a niños y las brindadas específicamente adolescentes.

En el caso de las consultas pediátricas en todos los servicios que las brindan, las próximas fechas para controles se marcan al retirarse del control o se otorgan una semana previo a la próxima consulta, otorgándose número para el mismo día si la situación lo amerita.

Forma: En los servicios públicos la obtención se hace personalmente En los privados puede ser telefónicamente y en una de ellas por Internet.

¿Quién llama al usuario para la consulta? En la mayoría lo llama el profesional que realizará la consulta. Las situaciones diferentes se dan en Pediatría dado que en todos los servicios enfermería (auxiliares) realiza los controles antropométricos.

En las consultas de Ginecología y Diabetes en los Servicios públicos y algunos privados enfermería es quien llama y realiza controles antropométricos previos.

En una de las policlínicas vecinales son las vecinas quienes llaman y en el BPS es enfermería quien atiende previo y posterior a la consulta médica.

Como situación exclusiva en el SAP, cuando se realizan las fichas para los ingresos, no se otorgan números y el ordenamiento para la realización de la misma es realizado por los propios usuarios que llegan a solicitar el acceso al servicio, en la entrevista se destaca el hecho que esto se realiza hace muchos años nunca ocasiono problemas.

Como se accede:

A los Grupos Los usuarios llegan a los grupos por deseo propio y por derivación o consejo `profesional En todos los que hay grupos se expresa que se puede llegar a ellos también por otros medios aunque son poco comunes.

A los servicios de prevención y diagnóstico: Los usuarios llegan a los laboratorios por orden médica y al Móvil por difusión desde la IM y la propia población. En el BPS al ingreso se vincula al usuario con todas las ofertas de servicios.

De las derivaciones necesarias a otros servicios, se destaca a los de la misma dependencia a los que ofrecen laboratorio, PAP, RX, Colposcopia y Eco grafía.

La vacunación es la única oferta que por disposición del MSP no necesita derivación, asistiendo a la población sea usuario de la misma u otra dependencia.

Derivación de los Resultados de exámenes paraclínicos. El total de los veinte entrevistados, expresan unánimemente que los resultados los retira el usuario. Cinco especifican que van a la Historia Clínica (H. Cli.) pasado determinado tiempo de no retirados.

Seguimientos. De los veinte entrevistados, seis expresan que no se realizan seguimientos. En el resto varían las formas En todos los servicios privados se llama a los usuarios con resultados de exámenes patológicos especialmente de laboratorio.

En el resto de los Servicios Públicos se nombran un total once diferentes situaciones de seguimiento: PAP Patológicos, Enfermedades de transmisión sexual, crónicos, problemas sociales (BPS), Patologías Pediátricas.

En el servicio Especializado derivado de la lucha Antituberculosa, luego de la tercera inasistencia al tratamiento.

En los servicios relacionados con APEX-Cerro (AM, Adolescente, SAP, Pol Tito Borjas) Se realizan especialmente con el apoyo de estudiantes avanzados seguimientos familiares.

Registros. De las veinte entrevistas trece expresan llevar registros. Solo en el Móvil los guardan en fichas por apellido y en una policlínica vecinal las Historias clínicas son por Grupo familiar, el resto utiliza las Historias Clínicas individuales.

Varía la forma de identificación de las Historias Clínicas Si bien la mayoría lo hace por número de Cedula de Identidad, en una de las Policlínicas Vecinales es por fecha de nacimiento y en el servicio especializado por número otorgado en central.

En uno de los servicios privados Historia Clínica es electrónica, ordenada por cédula de identidad y en el resto por número de socio o matrícula.

Procesamiento de los datos .El total de los veinte servicios entrevistados llevan datos que resumen por mes y los derivan a lugares de dependencia.

En el caso de todos los servicios vecinales las comisiones respectivas de vecinos llevan las estadísticas y las derivan a la RAP.

Relación con los usuarios. En relación con la presencia de oficina de atención o lugar de demanda y/ o propuestas del usuario, de los veinte servicios en ocho expresan no tenerla, cinco N/C y el resto (cuatro) expresan que tienen buzón de sugerencia aunque no es usado, en el resto la relación es personal, los recibe la comisión barrial y uno de los servicios privados comparte el lugar de queja con el servicio del que depende.

Antecedentes estadísticos – 2008. De la recolección de datos de los servicios los relacionados con cifras estadísticas del año 2008 según oferta y demanda, fue lo que presentó más dificultad.

Los servicios CMI de BPS, UPECA, el servicio con convenio Vecinos, APEX –Cerro, IM y las dos policlínicas de la Intendencia fueron quienes aportaron inmediatamente las cifras. En el resto se derivó la búsqueda de información en las dependencias Centrales, a las que se debe recurrir en más de una oportunidad, sin lograr la obtención de todos los datos.

Para la mejor obtención de cifras se optó por búsquedas complementarias como Internet, Informes centrales posteriores Entrevistas a otros informantes que pudieron alcance las mismas. Otros son deducidos las cifras anuales de las mensuales dadas.

De las cifras en búsqueda por Internet o desde los servicios centrales RAP e IM, se encuentra que no se desglosa por servicio, unificándose de todas las de referencia con las del CSC, servicio al que son derivadas.

Como cifras aproximadas se obtuvo:

Un total de 551.809.220 usuarios en dieciocho de los veinte servicios en el 2008 de toda la zona de inclusión. (Tabla 5)

Relacionado las consultas a las diferentes profesiones de las cuatro con mayor oferta y demanda, se identifican los totales de consultas aproximadas: Medicina General 160151 Pediatra 148994 Ginecología 58890 Enfermería 134802. (Tabla 8); mientras que del resto de las profesiones se identifican las cifras informadas (Tabla 6).

Relacionado con el número de actividades de promoción y prevención grupales, en los servicios (Tabla 9) se obtuvieron cifras del CSC (Visitas domiciliarias, tabaquismo y Programa Adolescente) y Nuevo Amanecer (solo Visita domiciliaria), Adulto Mayor, el resto no brinda información.

De las actividades de promoción y prevención intra y extramuros (Tabla 13) de los datos obtenidos se destaca el total aproximado de 88340 consultas en vacunación.

Tabla 5
Total de consultas realizadas en el 2008 por Servicio de Salud

Policlínica	2008
☞ Casabó	18099
☞ CSC	55.164.0403
Tobogán	
La Boyada	
*^ Móvil	10.083
*^ Especialista	648
☞ La Paloma	24 364
☞ Tito Borja	2514
*^ CUDAM	6348
*^ Española	18264
☞ UPECA	8142
# Casa de Galicia	16869
☞ CMI	27140
*^ Maracaná Sur	4848
*^ COVICENOVA	4800
*^ Nuevo Amanecer	5496
*^ Santa Catalina	15 600
*^ Adolescente	2000
*^ SAP	2384
☞ AM	570
TOTAL	551.809.220

Total de consultas realizadas en el año 2008 y en cada Servicio de Salud
Los datos obtenidos directamente de los Servicios de Salud se clasifican en:

☞ Cifras totales

*^ Aproximación desde la cifra otorgada

De los servicios centrales

De las restantes no se obtiene información

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs 2009

Tabla 8
Total de consultas a las diferentes profesiones en el 2008 por servicio de salud

Servicio ^a	Profesiones ^b			
	Med. Gral	Pediatría	Ginecología	Enfermería
Casabó	2712	2091	3286	7387
CSC	109539	115913	39888	100403
Tobogán				
La Boyada				
Móvil	2235	2212	1689	2466
Especialista				
La Paloma	2512	5660	2531	10446
Tito Borja	Flia 899	434	713	
CUDAM Aprox.	3468	1344	840	
Española	9 600	1584	3600	
UPECA	10880	4740	734	8196
Casa de Galicia	10299	1749	998	
CMI	1983	10177	3171	
Maracaná Sur Aprox.	3132	888	1044	1584
COVICENOVA				4320
Nuevo Amanecer	2892	2202	396	
Santa Catalina				
SAP				
Adolescente				
AM				
TOTAL	160151	148994	58890	134802

Total de de consultas de las profesiones de mayor oferta y demanda (Medicina General (Med. Gral.), Pediatría, Ginecología y Enfermería)

^{a, b} Desglose por Servicio de salud y profesión

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs 2009

Tabla 6**Total de consultas a las diferentes profesiones en el 2008 por servicio de salud**

Servicios	Profesiones												
	Odon ^a	Psi ^b	Psic ^c	Nut ^d	A.S. ^e	Es M ^f	Dib ^g	Fis ^h	Oto ⁱ	Car ^j	Cir ^k	Cir ^l	Equ S ^{ll}
Casabó	1467	786		410									
CSC	30429	32591			8323	70552							
Tobogán													
La Boyada													
Móvil	1431												
Especialista													
La Paloma	2044	561		443	127								
Tito Borja		395						73					
CUDAM Aprox.										312			
Española							1200			2280			
UPECA									1796	4440			
Casa de Galicia						2774					160	889	
CMI		1515		1329									
Maracaná Sur Aprox		864	552		384								
COVICENOV A													
Nuevo Amanecer													
Sta Catalina													
SAP		2384											
Adolescente													2000
AM													570

Identificación del número de consultas por servicios de salud y especialidades

b,c,d,e,f,g,h,i,j,k,l,ll Especialidades detalladas en los Servicios de Salud

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs 2009 y búsqueda de información 2009 – 2010

Tabla 9**Número de actividades grupales de Promoción y Prevención por servicio en el 2008**

Servicio	A.M.	Visitas domiciliarias	Tabaquismo	Adolescente
AM	45			
CSC		7524	1056	2295
Tobogán				
La Boyada				
Nvo Ama		144		

Relación entre servicios de Salud con las actividades grupales de promoción y prevención realizada en cada servicio
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs 2009

Tabla 13**Cantidad de Actividades individuales de Prevención y Diagnóstico por servicio en el 2008**

Policlínica	Servicios						
	Educativos	Salud Bucal	Mujer	Vacunas	PAP	Eco	RX
Casabò	269	5286	326	6885			
CSC	149735			66732	13543	8851	26451
La Boyada							
La Paloma	38			6191	29		
UPECA							
CMI			432	8 532			
Nvo Aman	48						

Relación de los Servicios de Salud con actividades temáticas individuales realizadas
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas en los Servicios de Salud en zona de referencia de los EBOs 2009

ANEXO 9

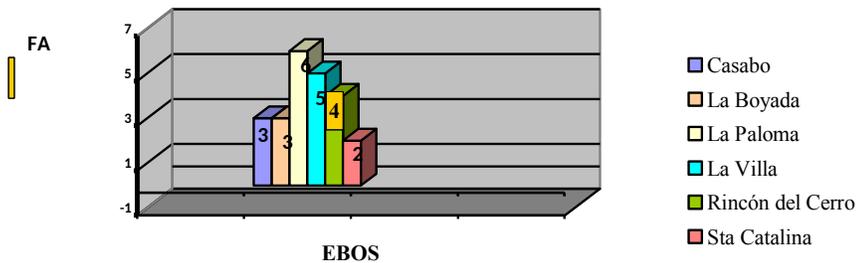
PROCESAMIENTO DE DATOS
POBLACION

Aspectos Socio –Demográficos. Se realizaron veintitrés entrevistas, los datos más destacados de esta población hacen referencia a que catorce denominan como lugar de pertenencia al Cerro.

Desglosado según la pertenencia a los territorios de los EBOs, tres pertenecen a Casabó, tres a La Boyada, seis a La Paloma, cinco a Villa del Cerro, cuatro a Rincón del Cerro y dos a Santa Catalina. (Grafico 3)

Grafico 3

Servicios de Salud Entrevistados por territorio de EBO



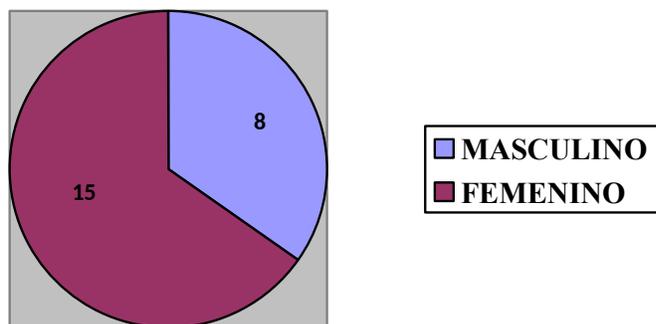
Total de Servicios de Salud entrevistados por territorio de los EBOs

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

Los sexos están representados mayoritariamente por el sexo femenino (Gráficos 4 y 5)

Grafico 4

Sexo de población entrevistada



Distribución de los entrevistados según sexo Masculino y Femenino

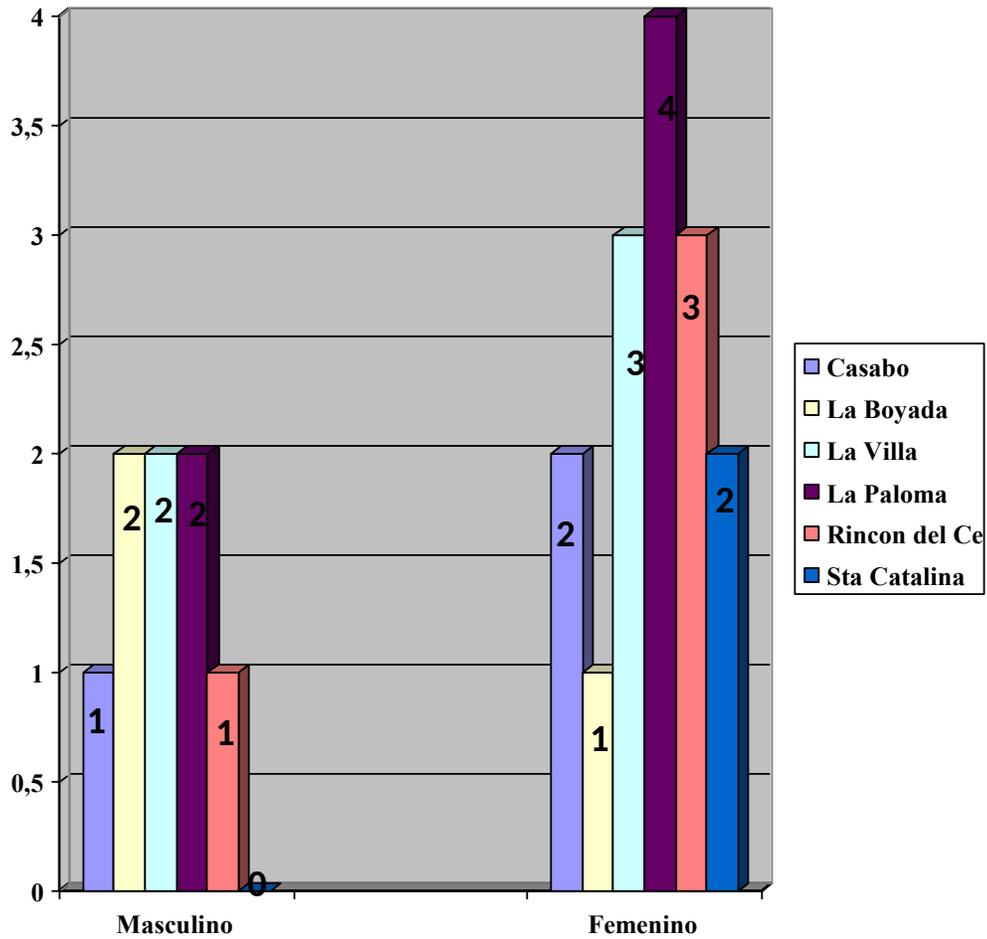
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

Las edades oscilaron entre veintiséis y cincuenta y tres años. (Grafico 5)

Ubicándose según las franjas: Entre 25 a 34 años 5 - 35 a 44 años 12 - 45 a 54 años 6

Grafico 5

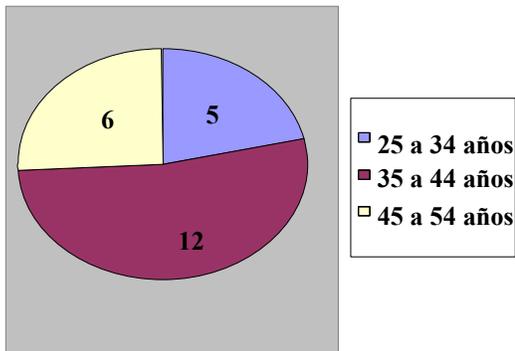
Sexo de Población por territorio EBO



Total de integrantes de cada Sexo por territorio de EBO

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

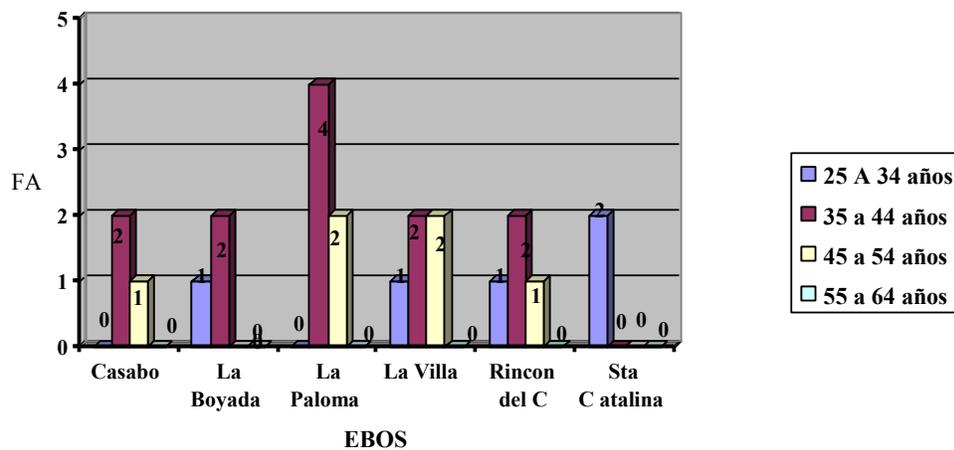
Grafico 2
A Edad de los entrevistados



Total de integrantes encuestados según grupos etarios

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

Grafico 2
B Edades de los entrevistados por territorio de EBO



Total de entrevistados según grupos etarios por territorio de EBOs

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

Del total, cinco no trabajan, dos por estar estudiando, una es ama de casa, uno no contesta y uno es desempleado desde hace aproximadamente cuatro años, después de un problema grave de salud.

De los dieciocho, que trabajan son: Obreros 11, comerciantes tres, trabajan en la salud, tres y administrativos uno.

Mientras que cinco ha incursionado en el tercer nivel de educación, cuatro de ellos no lo completaron. El resto se reparte equitativamente, entre primaria (de los cuales dos no la completaron), liceo (de los cuales dos lo cursaron competo) y UTU (solo uno la completó).

En la familia de origen en la infancia de los entrevistados, 13 estaban presentes los padres, en 8 los abuelos, 12 vivieron con hermanos y solo dos con otros familiares o no familiares. El número de integrantes oscilaba de dos a once, encontrándose la mayoría en la franja entre dos a cuatro integrantes.

La composición familiar actual, varía desde los que viven solos hasta cinco integrantes incluyendo el entrevistado. Perteneciendo la mayoría a la franja que tienen entre cuatro y cinco integrantes.

Entre los veinte que tenían hijos, sumaron cuarenta y dos, cuyas edades oscilan, desde menos de un año hasta treinta y dos. De ellos quince conforman la mayor franja ubicada entre doce y diecisiete años.

Salud

Cobertura (Grafico 6). Del total de las veintitrés entrevistas.

Catorce tenían cobertura privada. De estas: Ocho contaban con servicios de salud en la zona, dos con servicios de salud fuera de la zona y cuatro no contesta.

Se destaca que del total identificaron que su cobertura se debe a su trabajo, mientras que uno expresa por el FONASA. Los once restantes no hacen comentario al respecto.

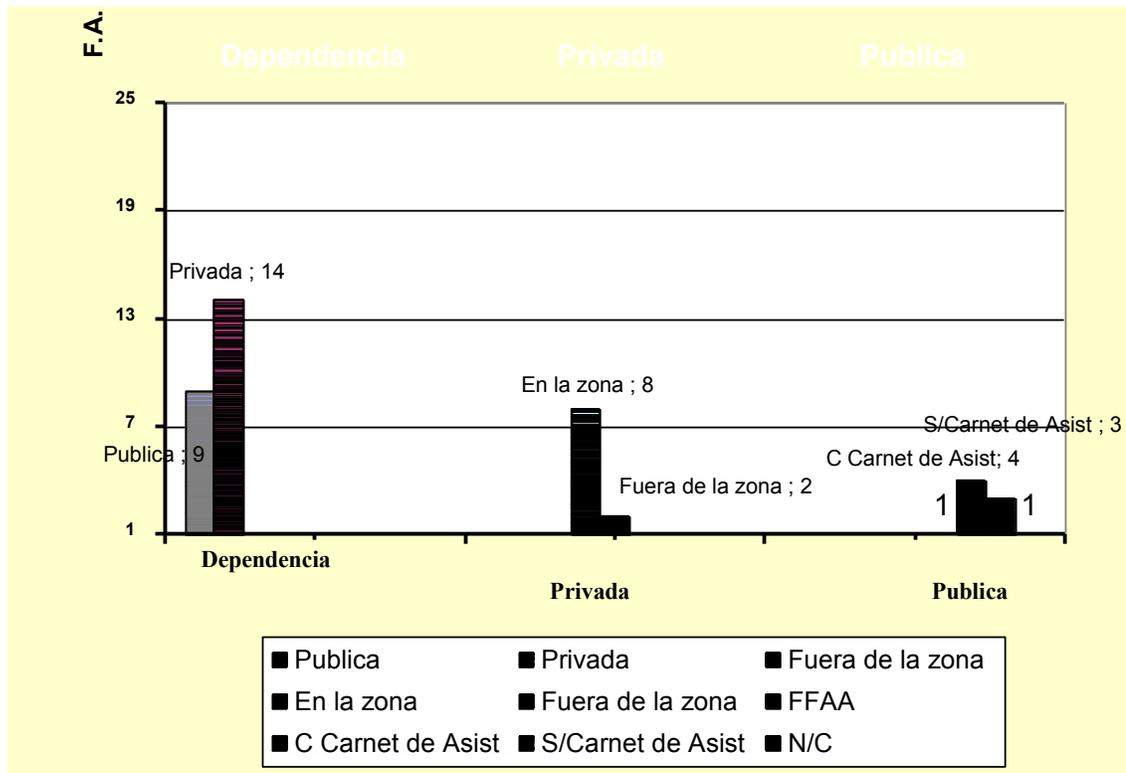
De las veintitrés entrevistas, nueve expresaron tener cobertura pública. De ellas una pertenecía al Militar, cuatro contaban con carnet de asistencia. Tres no contaban con el carnet de asistencia y en una no contesta.

De los comentarios se destacan las expresiones “No se” en relación a su cobertura de salud y “No tengo”.

Tiempo desde la última concurrencia (Grafico 1). En el total de veintitrés entrevistas, expresaron no haber concurrido previo a la entrevista entre: 1 y 2 años Quince más de dos años siete y en una se refiere un tiempo de once años.

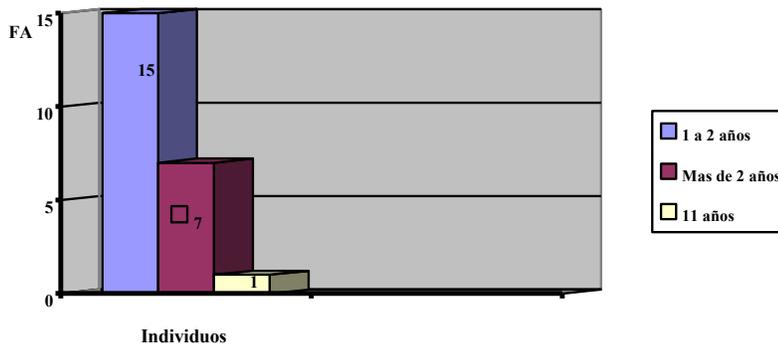
Referido a los **Motivos de concurrencia:** Dieciocho no contestan Cinco se refirieron a gripe, Hemorroides, dolor de espalda, traumatólogo, caída.

Grafico 6
Cobertura de Salud



Total de entrevistados según cobertura de Salud Publica o Privada
 Distribución de entrevistados según su cobertura de salud sea fuera o dentro de la zona de residencia
 Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

Grafico 1
Tiempo de no concurrencia a un servicio de Salud



Relación entre la cantidad de individuos y las franjas de años de no concurrir a un Servicio de salud
 Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

Servicio de salud identificados (Tabla 4). Del total de veintitrés entrevistas expresaron conocer un total de cuarenta y seis servicios de salud, equivaliendo a un promedio de dos por entrevistado.

Quienes tenían cobertura Privada identificaron veintiocho servicios de Salud los que relacionados con el territorio de cada EBO pertenecen al Casabó tres, a La Boyada cuatro, a La Paloma seis, a La Villa nueve, a Rincón del Cerro tres y a Santa Catalina tres.

De los veintiocho servicios reconocidos veintitrés son procedencia pública

Desglosados nombran al CSC: Ocho (Denominando como: Dispensario cuatro, CSC dos, Coordinado una, Curva una), a La Paloma cuatro, al Tito Borja tres, al Casabó dos (La Plaza una, Casabó una), a COVICENOVA, Maracaná, Maracaná sur, Paso de la Arena, Policlínica Barriales de la Intendencia y Santa Catalina una vez cada una.

Son de procedencia privada Cinco (denominadas como La Española tres, Casa de Galicia y Mutualistas una cada una)

Quienes tenían cobertura pública identificaron dieciocho servicios de salud, los que relacionados con cada territorio de los EBOs reconocieron del Casabó dos, La Boyada dos, La Paloma tres, La Villa cinco, Rincón del Cerro cinco, Santa Catalina Una.

De estos dieciocho, eran de procedencia pública diecisiete. Desglosados nombran del CSC seis (identificados por la dirección una, como Policlínica del Cerro una, Coordinado dos y dispensario dos), La Paloma tres, Casabó dos, Tito Borja dos, Paso de la Arena una, Maracaná una, APEX una y Santa Catalina una. De procedencia privada solo una Casa de Galicia.

Motivo de consultas (Tabla 12). Del total de veintitrés entrevistas refirieron treinta motivos de consulta

Comentarios “cuando me enfermo”, “no esperar a estar enfermo”, “Cada 6 meses”, “En seguida”

Tabla 4

Servicios de Salud identificados por territorio de EBO

EBO	Nº de Servicios	Cobertura	
		Publica	Privada
Casabó	5	2	3
La Boyada	6	2	4
La Paloma	9	3	6
La Villa	14	5	9
Rincón del Cerro	8	5	3

Relación de los Territorio de los EBOs, el número de servicios y la Cobertura Pública y Privada de los entrevistados
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

Tabla 12

Motivos de consulta a los Servicios de Salud

MOTIVOS	Nº de Respuestas
Estar mal	5
Muy mal	4
Según edad:	4
Dolor:	3
Exámenes y control:	3
Relacionado con la enfermedad	2
Al Tiempo	2
No van:	2
Relacionado con el trabajo	1
N/C	1
Algo	1
Inquietud	1
Problemas	1

Motivos de consultas según categorías expresadas , cantidad de referencias en cada categoría y porcentaje.
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

Prevención

Odontólogo. Del total de veintitrés entrevistas responden relacionado a su concurrencia al Odontólogo diecisiete. No concurren cinco y uno concurre una vez.

MOTIVOS N/C diez, dolor tres. Control dos. Prótesis dos. El resto con una respuesta “Sacarme para ponerme”, “Cuando tenía sociedad”, “Pocas veces”, “Carnet de Salud”, “Arreglos” y “Problemas”.

TIEMPO N/C doce, menos de seis meses tres, seis meses a un año y uno a dos años dos cada una, más de dos años cuatro

Entre los **Comentarios** se destacan: La identificación como dentista Dos, “Ahora”, “Siempre lo postergo”, “Cada Mucho”, “De vez en Cuando”, “Problemas de dinero,” “Ya no son míos” Una cada una.

Vacuna. Relacionado a cuanto hace que recibió la última dosis de vacuna - N/C cinco - Menos de 1 año Seis - 1 a 2 años Cuatro - Menos de dos años Una - 2 a 5 años tres - El resto Más de 5 años, más de 13 años 11 años y 18 años con una respuesta cada una.

Entre los **Comentarios** se destacan “Con el Carnet de salud” Cuatro “De la gripe” Dos. “Por viaje” y “Hepatitis por el trabajo” “Por Embarazo” Dos cada una y BCG Una.

Carnet de salud. Se han realizado el Carnet de Salud dieciséis, de los cuales lo tienen vigente nueve. Tres de estos nueve, expresan como motivo de vigencia el trabajo. Lo tienen vencido siete Expresaron la razón cinco (“Empleada doméstica”, “Jubilada”, “Espera ser enviada del trabajo”, “Trabaja por la cuenta”, “No se lo piden”)

No se lo han realizado siete De estos, tres expresaron como motivos que “Estudia”, “Trabaja por la cuenta”, “Trabaja en la Universidad”

PAP - Mamografía. Trece entrevistadas dos nunca se realizaron el **PAP.** Se lo realizaron hace menos de 6 meses: una - De 6 meses a 1 año: cuatro, Entre 1 año a 2 años: cinco – en más de 2 años: una.

En relación con la **Mamografía** nunca se la realizaron cuatro. Se lo realizaron entre 6 meses a 1 año tres, 1 a 2 años tres, más de dos 2 años dos y 10 años una.

Vivencias -Concurrencia

Servicios de Salud (Tabla 1 1). Expresaron, no haber concurrido a los servicios de salud cuatro. Sobre los **Motivos** solo uno manifestó: “Estas todo el día te dan para un mes”. Han Concurrido diecinueve, de los cuales quince lo hicieron a servicios públicos por **Motivos** propios ocho, como acompañante seis y N/C una. Asistieron a servicios privados

cuatro, por Motivos Propios tres, “ya no tiene cobertura”
Mientras que en una entrevista N/C.

Concurren fuera de la zona o no concurren seis (“Plaza Lafone”, “Hospital Militar”, “No es de ir”), N/C Tres. Sobre los Motivos -N/C Tres, -No es de ir en general Una, - Como acompañante Dos (esposa, hija).

Concurren en la zona diecisiete - Privada tres -Publica nueve N/C Cinco

Los Motivos

- Propios seis (Dolor, molesta para trabajar una, Ginecólogo cuatro, Dermatólogo una)
- Como acompañante nueve (de Hijos seis, Cuñada una, Sobrino una, Vecina una)
- Propios y acompañante dos Dentro de los propios, por la columna uno y N/C uno. Como acompañantes, de hijo una y hermano uno.

Tabla 11

Características de las concurrencias a los Servicios de Salud

Características De la Concurrencia	Públicos					Privados			N/C
	Nº	Nº	Motivos			Nº	Mot		
			Propios	Acompañante	N/C		Propios	N/C	S/C
Concurren	19	15	4	8	6	4	3	1	1
No concurren	4								
En la Zona	17	9	6	9		3	2		

Identificación del total de concurrentes a los servicios de salud según dependencia Pública o privada y los motivos
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

Vivencias -Experiencias

Propias Del total de veintitrés narran experiencias: - Propias siete, como acompañante seis, Propias y acompañante cuatro y N/C seis.

Los principales comentarios fueron sobre la ESPERA, realizan comentarios relacionados con el tiempo cinco (“La espera”. “Espera agachado por dolor”. “Espera larga”. “Esperas, llego la tecnología y es igual”, “si no hay nadie no puedes esperar”, “antes era más rápido”), con el número de usuarios uno “Cantidad de usuarios que tiene el médico para atender”, con el estado de ánimo cuatro “Se ponen ansiosos” “No tienen otra cosa para hacer y apurarse” “El público tiene paciencia saben que tienen que esperar, se comprende” “Gente anciana se pone molesta”.
El Trato Dos “Brutalidad” “Malo” “Embarazada me dejaron sin ropa interior con la puerta abierta”

De otra persona. Quince narran experiencias o comentarios de otras personas de las que identifican a cinco (Vecina Dos, Compañero/a Dos, Primo) y sin identificación específica diez.

De las experiencias realizan comentarios relacionado: Con el tiempo espera, cinco (“La Espera”, “Ha escuchado tienen que esperar”, “Espera”, “Espera larga”, “Esperar mucho”) La “Colas” Dos (“Vecina va a las cuatro de la mañana”, “Colas para Farmacia”) Con el mal trato, cinco (“Con herida abierta No lo querían atender “Lo vamos a dejar, así no hace más daño a la sociedad” Muere “La zona es rica en este sentido de muertes de este tipo” “Ginecóloga “prepio” a la paciente” “El Dr. la atiende como un número no levanta la cabeza” “Atención por orden de llegada sin ver motivos de la urgencia”). Con problemas económicos, una (“De repente no tienes dinero”). Con la buena atención, una (“Muy bien, buena atención”). Con los administrativos, una (“la parte administrativa no escucha”)

Expectativas. Expresan como expectativas a la hora de acudir a un centro de Salud, relacionadas con el modo de atención, ocho (“Doctor interesado”, “Que no sea uno más”, “que me atienda como yo”, “Vocación”, “Sacar dudas”, “Atención Humana”, “Calidad”, “Sentimientos”, “Si vas mal y te atienden mal te enfermas más (si vas con presión la presión te sube)”, “Que se preocupen”), con actitudes, ocho (“Es tan sencillo saludar”, “Que te atiendan”, “Que atiendan como un paciente”, “Ahora te atienden como un número”, “Que te preguntaran” “Ser escuchada”, “Que la consulta fuera diferente, es más seca”)y con el tiempo, dos (“Consulta rápida”, “No esperar”.)

De las expectativas personales expresaron siete, satisfactorias tres, insatisfactorias tres y N/C una.

De las expectativas como acompañantes expresaron diez de las cuales fueron satisfactorias cinco, insatisfactorias cuatro y N/C una

De las seis expectativas personales y acompañantes fueron satisfactorios una, insatisfactorias dos y N/C tres

Vivencias -Vínculos

Vínculo con el personal. Responden con quienes se vinculan en los servicios de salud, catorce los que identifican un total de dieciocho vínculos con el personal de los servicios con diferentes roles,

-Médicos Cinco - Ginecólogo Uno - Pediatra Uno - Limpieza dos - Administrativos Cuatro
- Información Uno - Enfermería Dos - Auxiliar de Enfermería Uno - Farmacia Uno - N/C Siete

Relacionado con el TRATO - N/C Nueve Los catorce restantes expresan Comentarios Positivos siete (“Bueno”, “Sin problema”, “Muy especial”, “Humanos (médicos)”, “Excelente (pediatra)”, “Te sentís cómoda”, “El médico bueno” Negativos ocho (“Malo del personal no médico”, “Chocante como acompañante”, “Mal trato si uno fuma”, “Hay gente que se queja como te atienden”, “Algunos mal carácter”, “Incomodo, como un número, el resto no me gusto”, “Como que fueran superior”, “Negación a la atención, por no pertenecer a la cobertura de la policlínica vecinal”

Imparciales dos (“No soy de ir”, “Ninguna experiencia”).

Impresiones.

Los Comentarios sobre La ESPERA fueron veintidós.

Relacionando la espera con lo público o lo privado: Tres (“En salud pública uno sabe que tiene que esperar”, “Demasiada, es salud pública y uno tiene que esperar”

Relacionado con el tiempo de espera: Siete (“ Hay que esperar mucho”, “ Esperar muchas horas”, “Muchísima”, “1 hora 45 minutos”, “ Relativamente larga”, “Antes, más rápido” “Bastante Largo”, “A veces te comes horas”

Relacionado a cuando hay que esperar: Dos (“Esperar el número”, “Para que te atiendan estas todo el día o te dan número para un mes”)

Relacionado a los Sentimientos que causa la espera: Cinco (“Intolerable uno no aguanta”, ”La gente se queja”, “La gente ansiosa”, “En el privado la gente se pone ansiosa”, “No espero mucho”.

Sobre el AMBIENTE fueron nueve

Relacionado con lo visto: Cuatro (“La cantidad de pacientes,” “Ves de todo Mamas con niños y Señoras con bastones esperando”, “La mayoría están sentadas”)

Relacionado con la sensaciones: Cinco (“No agradable”, “Como que no tienen vocación de atender”, “Atención obligada”, “Convulsionado”, “Desagradable”

Sobre OTROS ASPECTOS diez (“Consecuencias Graves”, “Ancianos molestos por dolor”, “Colas para número”, “colas para farmacia”, “No atención de Urgencias por atender el orden”

Conceptos

¿Que entiende por Salud? Expresaron Treinta y dos conceptos, los que la relacionan con el bienestar once, la amplitud del concepto seis, a los cuidados cuatro, a la relación física y/o mental tres, con el medico tres, con el organismo dos, la falta en salud psicológica o mental dos, al mantenerse solo uno, a diferentes grados de enfermedades la higiene y con la definición conceptual una cada una. Del total dos expresan no saber

Como comentarios sobre la definición expresan “Lo importante es estar sano, uno pierde la perspectiva de estar en la rutina”, “Taj!!! Bravo eso Che!!!! “, “Eso No nunca lo pensé”, “Todos los órdenes de la vida la salud está presente todos los días en cada momento”

Actividades –Conductas

Actividades que considera que benefician su salud. Sobre la realización de actividades que benefician su salud N/C Diez, “no” nueve, “no nada de eso” dos, “no me siento mal nunca” uno, en el momento ejercicio o alguna cosa que complementa la salud uno

Si les gustaría realizar ejercicio u otra actividad que beneficie la salud N/C diecisiete, los seis restantes responden que les gustaría y dan siete motivos: Relacionado con el tiempo

dos (“No tengo tiempo, me gustaría”, “No le dan los tiempos”), que le gustaría o tendría que hacer dos (“Le gustaría”, “Tendría que hacer ejercicio”), que lo han hecho dos (“Gimnasia”, “Lo hacía me sentía bien”, “Si ha hecho”) y que lo piensa hacer uno (“Me voy anotar en un gimnasio”)

Relacionado con actividades que benefician a la salud trece responden un total de veintidós actividades (Caminan ocho, Alimentación tres, Religión tres, Ejercicios tres, Dejaron de fumar dos, Flores de Bach, Me cuido mi salud mental, Ando en bicicleta uno de cada una y N/C Diez.

Conocimiento – Saberes populares

¿Cuál conoce? (Tabla 14). De las veintitrés entrevistas - N/C seis, diecisiete conocen o identifican como terapias un total de cuarenta y cinco formas, las que identificadas en categorías según sus expresiones se distribuyen:

Tabla 14

Conocimientos o saberes populares Identificados como terapias alternativas

<u>PRACTICAS</u>	<u>N°</u>	<u>REMEDIOS NATURALES</u>	<u>N°</u>	<u>OBJETOS</u>	<u>N°</u>	<u>PRACTICAS RELIGIOSAS</u>	<u>N°</u>	<u>TERAPIAS ALTERNATIVAS</u>	<u>N°</u>
Empacho	4	Grasa de pollo	4	Color rojo	4	Santiguado:	4	Terapia alternativa	2
Afeitarse los viernes	1	Dientes de Ajo	3	Manitos	3	Estampitas:	2		
Abajo del ombú	1	Hoja de tártago	3	Cuchillo en curva:	2	Rezos	3		
		El Lirio	2	Pulseras	1	Simpatías			
		Aceite de Oliva	1						
		Huevo	1						
		Pescado	1						
		Plantita	1						

Expresiones sobre conocimientos vinculados a Terapias alternativas según categoría de análisis

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

Tabla 15

Motivo del uso de terapias Alternativas

DIAGNOSTICO MEDICO	Nº	DIAGNOSTICO NO MEDICO	Nº
Dientes	4	Mal de ojo	2
Para el hipo	3	No sé bien el motivo	1
Dolores de cabeza, de muelas	3	Envidia	1
Afecciones Respiratorias	2	Descarga	1
Garganta		Protección	

Relación de los motivos de uso de las terapias alternativas con los diagnósticos médicos y no médicos

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a integrantes de la población según criterios de inclusión 2010-2011

En que consiste. De los diecisiete que identificaron conocimientos relacionados con terapias alternativas cinco N/C en que consistían.

Para que se utilizan (TABLA N° 15). Se expresan para lo que sirven las actividades reconocidas como terapias alternativas las que divididas según las categorías son:

¿Lo uso? . De las actividades identificadas como terapias alternativas, cinco expresan haberlas usado, cuatro no lo han usado, dos que lo han usado el esposo o la esposa, una que lo han usado con él y uno con su hijo.

Los Comentarios al respecto “Uno agota recursos”, “Son eficaces”, “Creo más en la medicina”, “En la zona hay muchos curanderos”, “A veces los médicos dicen, “remedio, no es empacho”, “Conoce mucha gente que la usa”, “Cuándo niña”, “Se lo hizo una vecina Lo alivió”, “El empacho es muy elocuente típica en todo el mundo”, “Ha visto se lo contaron”

Niñez – Hijos o menores a su cargo. Relacionado con los Controles de Salud en su niñez, veinte expresan que los llevaban. Los Comentarios al respecto son: “Con poca seguridad”, “madre enfermera”, “No sabe dónde”, “Hacia convulsiones”, “Hasta por las dudas, vacunas al día desde que nací”, “No sé si tan periódicamente como yo”, “Asma” “Controles de salud”

Uno no recuerda si lo llevaban y a dos no lo llevaban.

Relacionado con las terapia alternativa.

Diecinueve, reconocen que en su niñez les realizaron terapias alternativas Nombrando cuales o realizando comentarios como El Empacho (tirar el cuerito) dos, empacho doce, mal de ojo nueve, involucran a la abuela uno y uno a la madre, curandera de chica, “ a veces los médicos no me daban “una, paños con alcohol en la panza uno, paletilla uno Santiguar uno, Medicación uno - No Recuerda uno - N/C dos - No sabe uno.

Hijos o menores a su cargo. Veinte expresan que llevaron, llevan o llevarían a sus hijos o menores a su cargo a los controles médicos. Diez que además de los controles, los llevaron, llevan o llevarían a Terapias Alternativas realizando como comentarios al respecto “Cuando es fiebre lo llevo enseguida al médico”, “Dejaron de existir” (refiriéndose a curanderas), “Empacho”, “Cuando era chico”, “Las curanderas dejaron de existir, busque”, “Solo cuando chicos”. Mientras que responden que no optan por las terapias alternativas, nueve y cuatro N/C.

ANEXO 10

CATEGORIAS DE ANALISIS

SERVICIOS del PRIMER NIVEL de ATENCION

1. Accesibilidad Geográfica: Distribución territorial y procedencia

2. Accesibilidad Económica-Financiera: Inversión del Sistema Sanitario, subsidios en los gastos de salud para los usuarios

3. Accesibilidad Organizacional o Burocrática y Legal: Organización interna de los servicios para brindar atención a la población
Procedencia. Coordinación gerencial. Registros. Datos Estadísticos

4. Disponibilidad: Recursos materiales, humanos y de servicios de salud, relacionados con la atención en los servicios de salud.
Franjas etarias. Ofertas en general. Horario Profesionales. Grupos de promoción y prevención. Prevención y diagnóstico (Intramuros y Extramuros). Derivaciones de servicios no prestados. Resultados. Seguimientos.

5. Demanda Prestaciones de los servicios de salud.
Acceso la obtención de números

6. Accesibilidad Cultural Universo simbólico.

Tiempo de pertenencia. Denominaciones de las policlínicas. Llamados a consultas.

ANEXO 11

CATEGORIAS DE ANALISIS

POBLACION

1. **Accesibilidad Geográfica:** Distribución y procedencia de la demanda
Reconocimiento de los Servicios de la Zona

2. **Accesibilidad Económica-Financiera:** Factores económicos de la población que influyen en la accesibilidad
Disponibilidad económica

3. **Accesibilidad Organizacional o Burocrática y Legal:** Percepción, vivencias y saberes de la población desde las experiencias en relación con la Organización interna de los servicios de salud. Vínculos

4. **Disponibilidad:** Percepción, vivencias y saberes de la población desde las experiencias en relación con la disponibilidad de los servicios de salud.

5. **Demanda:** Percepción, vivencias y saberes que intervienen en la solicitud de prestaciones en los servicios de salud

6 **Accesibilidad Cultural:** Universo simbólico.
Reconocimiento de las policlínicas. Experiencias Expectativas

7 **Actividades –Conductas:**
Actividades relacionadas con la Prevención y cuidado a la Salud

8. **Vivencias**
Recuerdos relacionados con los Servicios de Salud propios o ajenos

9 Saberes populares

Sub categorías: **Prácticas** Empacho, Santiguado, No afeitarse los viernes, Abajo del ombú, Simpatías **Religiosas** Estampitas, Rezos **Remedios Naturales:** Grasa de pollo, Dientes de Ajo, Hoja de tártago, Lirio, Aceite de Oliva. **Objetos:** Color rojo Practica Alternativas, Religiosas, Remedios Naturales, Objetos

9. **Trasmisión generacional:** Experiencias de La niñez y las actuales con niños a su cargo

10. **Concepciones sobre Salud Derecho:** Conceptos y/o pensamientos sobre Salud y Derecho a la Salud