

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

Desde lejos no se ve: una aproximación a las condiciones de accesibilidad a la salud en jóvenes de sectores sociales vulnerables del sur de la Ciudad de San Luis (Argentina).

Velazquez, Rocío.

Cita:

Velazquez, Rocío (2021). *Desde lejos no se ve: una aproximación a las condiciones de accesibilidad a la salud en jóvenes de sectores sociales vulnerables del sur de la Ciudad de San Luis (Argentina)*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/54>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/hqX>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

DESDE LEJOS NO SE VE: UNA APROXIMACIÓN A LAS CONDICIONES DE ACCESIBILIDAD A LA SALUD EN JÓVENES DE SECTORES SOCIALES VULNERABLES DEL SUR DE LA CIUDAD DE SAN LUIS (ARGENTINA)

Velazquez, Rocío

Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina.

RESUMEN

Al intersectar las categorías de vulnerabilidad social-juventudes-accesibilidad a la salud y procurando rescatar la perspectiva de jóvenes de contextos sociales vulnerables del sur de la ciudad de San Luis, nos preguntamos: ¿cuáles son sus condiciones de accesibilidad a los servicios públicos de salud? En función de las características del problema de investigación tomamos la decisión teórica de utilizar una estrategia metodológica cualitativa para indagar en profundidad diversos aspectos de nuestro objeto de estudio. Para el análisis de las condiciones de accesibilidad a la salud acudimos a las clásicas dimensiones: geográfica, económica, organizacional y cultural. Además, a partir de la perspectiva que proponen Stolkiner et al., (2000) incluimos las dimensiones relacional y subjetiva de la accesibilidad. Advertimos que ante la necesidad de demandar atención médica, las y los entrevistados experimentaban dificultades de distinta índole para el ejercicio real del derecho a la salud. Si bien el Estado garantizaba la oferta de servicios sanitarios, las posibilidades de acceder estaban determinadas por sus condiciones de vulnerabilidad social.

Palabras clave

Accesibilidad - Salud - Juventudes - Vulnerabilidad social

ABSTRACT

CAN'T BE SEEN FROM AFAR: AN APPROXIMATION TO THE ACCESSIBILITY CONDITIONS TO HEALTHCARE IN YOUTHS FROM VULNERABLE SECTORS IN THE SOUTH OF THE CITY OF SAN LUIS (ARGENTINA)

When intersecting the categories of social vulnerability-youth-accessibility to healthcare and attempting to highlight the perspective of young people from vulnerable social contexts from the south of the city of San Luis, we wonder: which are their conditions of accessibility public healthcare? Based on the characteristics of our research problem we decided to utilize a qualitative methodological approach to deeply investigate diverse aspects in our object of study. For the analysis of accessibility conditions to healthcare we resorted to classical dimensions: geographical,

economical, organizational and cultural. In addition, based on the perspective proposed by Stolkiner et al., (2000) we included the relational and subjective dimensions to accessibility. We notice that during their demand for medical attention the interviewees experienced difficulties to exercise their right to healthcare. Even though the State provides healthcare, the possibility to access it was determined by their conditions of social vulnerability.

Keywords

Accessibility - Healthcare - Youth - Social vulnerability

Introducción

Desde la premisa de apostar por la producción de conocimientos que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de nuestras comunidades, surge esta aproximación a partir de los resultados del trabajo de investigación llevado a cabo para acceder al grado de magíster en Sociedad e Instituciones de la Facultad de Ciencias Económicas, Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de San Luis.

Puntualmente, nos interesaba rescatar la perspectiva de jóvenes de contextos sociales vulnerables del sur de la ciudad de San Luis y conocer sus condiciones de accesibilidad a los servicios públicos de salud.

En función de las características del problema y los objetivos de investigación, tomamos la decisión teórica de implementar una estrategia metodológica cualitativa en tanto nos permitía conocer la forma en la que el mundo era comprendido y experimentado desde la perspectiva de los agentes sociales y considerando especialmente el contexto de producción de esos sentidos.

El instrumento elegido para el acceso a los datos fue la entrevista semiestructurada ya que nos permitía indagar en profundidad y de manera detallada las ideas y representaciones sobre el proceso de salud, enfermedad y atención en el encuentro con los servicios públicos de salud de las y los jóvenes en estudio. Nuestra muestra estuvo conformada por 11 jóvenes, de los cuales siete se identificaron como mujeres y cuatro como varones. Tenían entre 15 y 21 años de edad y residían en tres barrios

del sur de la ciudad de San Luis. Para realizar las entrevistas obtuvimos el consentimiento informado de cada uno de las y los jóvenes interesados en participar.

Nuestro punto de partida teórico

La intersección de las categorías juventudes-vulnerabilidad social y accesibilidad a la salud fue la apuesta teórica para abordar la complejidad de nuestro problema de investigación. Partimos de reconocer a las juventudes como una construcción socio-histórica y cultural, siempre múltiple y situada. En este sentido, al pensarla como una categoría que se construye en el juego de las relaciones sociales, sostenemos que el sujeto joven se constituye en y por una trama material y simbólica dentro de formaciones sociales concretas (Castro, 2004; Chaves, 2010; Vommaro, 2015).

Por otra parte, enmarcado en principios éticos de justicia social redistributiva, de equidad y de derecho a la salud nos resultó propicio pensar el acceso como:

La disponibilidad de servicios de salud completos, apropiados, oportunos y de calidad cuando se necesitan, pero en un sentido más específico, el acceso implica tomar en cuenta las preferencias culturales y étnicas, tener idoneidad lingüística y sensibilidad en materia de género, y basar las medidas e intervenciones en las necesidades de las poblaciones según se hayan definido (OPS, 2003, p. 6).

Ahora bien, al momento de indagar las condiciones de accesibilidad a la salud en nuestro país, tuvimos en cuenta que el funcionamiento de nuestro sistema sanitario está asentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país y con independencia de que cuenten, adicionalmente, con algún tipo de aseguramiento social o privado. Asimismo, no podíamos perder de vista las particularidades de nuestro sistema de salud: su segmentación, fragmentación y heterogeneidad. Características que se desprenden del hecho de que en Argentina la oferta en materia de salud puede esquematizarse en tres subsectores que integran el sistema sanitario nacional desde su conformación: el privado, el de las obras sociales, y el público que ofrecen servicios con desigual calidad en la atención y destinados a distintos tipos de usuarios/as (Moro, 2012). Específicamente, nuestra indagación se centró en el acceso a los servicios del subsector público de salud al que acudía la gran mayoría de las y los jóvenes entrevistados, ya que al carecer de otro tipo de cobertura se comportaban como demanda natural y básica de este subsector.

En ese sentido, nuestro interés analítico también estuvo atravesado por las acciones del Estado en tanto garante de las condiciones de vida digna para sus habitantes, incluidas las relativas al “disfrute del más alto nivel posible de salud”. Siguiendo a O’Donnell (2008), reconocemos en el Estado:

El ancla indispensable de los derechos de la ciudadanía (...) Ese anclaje es especialmente importante para los sectores postergados, discriminados y/o excluidos, quienes no tienen la po-

sibilidad de “fugarse” del Estado mediante la contratación de diversos servicios o beneficios privados.

A su vez, para la indagación de las condiciones de accesibilidad a la salud, partimos de una concepción amplia de esta categoría (Comes *et al.*, 2007) dado que nos interesó incluir en el análisis no sólo el proceso desarrollado desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, sino que además intentamos incorporar algunos aspectos de las experiencias de encuentro y desencuentro de las y los jóvenes con las diferentes instituciones del subsector público.

Por ello, basamos nuestro análisis en el modelo de las clásicas dimensiones propuestas para el abordaje de la accesibilidad a la salud tales como: geográfica -relativa a la distribución y localización de los servicios de salud-; económica o financiera -referida al poder adquisitivo del usuario para afrontar los gastos derivados de los servicios médicos-; organizacional -relativa a cuestiones burocráticas tales como la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema- y cultural -referida a las acciones y hábitos de cuidado de la salud de los sujetos- (Comes, 2003; Mauro *et al.*, 2006; Ballesteros, 2013; Landini *et al.*, 2014).

Además, a partir de la perspectiva que proponen Stolkiner *et al.*, (2000) incluimos lo que podemos denominar dimensión relacional en la que analizamos el vínculo que se despliega entre usuarios y profesionales de las instituciones sanitarias, y la dimensión subjetiva relativa a las vivencias, sentires y representaciones puestos en juego por las y los jóvenes a la hora de acceder a los servicios de salud.

¿Qué nos encontramos?

A partir de la información recabada durante las entrevistas a las y los jóvenes junto con los datos aportados por integrantes de una entidad gubernamental que desarrollaba actividades deportivas, culturales y educativas en los barrios de referencia, pudimos aproximarnos a las condiciones sociosanitarias de las vidas de los 11 sujetos que integraron la muestra.

Se ubicaban en una posición muy desfavorable en relación a otros jóvenes del mismo período histórico y de la misma ciudad. Tal como pudimos apreciar en los relatos, sus trayectorias vitales transcurrían en escenarios sociales donde se condensan múltiples desigualdades; esas que son estructurales, que persisten (Tilly, 2000) y son omnipresentes (Chaves, 2014). Las mismas que configuran condiciones de vulnerabilidad social desde las cuales la accesibilidad a los derechos se dificulta sin el amparo del Estado (Capriati, 2015; Pecheny, 2013).

Asimismo, observamos que al habitar la zona de vulnerabilidad social (Castel, 1997) quedaban expuestas/os en mayor medida a factores de riesgo que potenciaban las probabilidades de contraer enfermedades, a la vez que incrementaban el deterioro de su calidad de vida. En este sentido, las desigualdades a las que estaban expuestas/os actuaban en sí mismas como factores de riesgo para la salud de estas y estos jóvenes (Ayres *et al.*, 2008).

Al incluir una perspectiva de género, advertimos que las chicas eran triplemente vulneradas. Las desigualdades que las atravesaban no son sólo eran socioeconómicas y etarias sino también de género, lo que las posicionaba en un lugar aún más desfavorable respecto a sus pares varones. Al asumir el rol de “proveedoras del bienestar” (Batthyány, 2008), quedaban excluidas del mercado laboral/educacional o bien, enfrentaban mayores dificultades que sus pares masculinos al intentar compatibilizar las tareas de cuidado con las educativas y laborales.

En términos generales y en consonancia con lo afirmado por varios estudios (Ballesteros y Freidin, 2015; Cejas *et al.*, 2007; Kornblit *et al.*, 2005; Maceira *et al.*, 2012), las y los jóvenes consideraban que su estado de salud era relativamente bueno. Entre los principales motivos de consulta relevados destacamos aquellos síntomas o dolores persistentes que no podían ser remitidos a través de la automedicación; el control del embarazo, el parto y posteriormente las consultas sanitarias por las y los hijos; y en menor proporción, las lesiones producidas en accidentes viales y por episodios de agresión con arma blanca.

A partir de estas primeras aproximaciones advertimos que el vínculo con el subsector público de salud se establecía generalmente por motivaciones ligadas a la cura y/o restablecimiento del estado de salud más que por cuestiones relativas a la prevención. Detectamos que una vez alterado el estado de salud y ante la necesidad de demandar atención médica, las y los entrevistados experimentaban dificultades de distinta índole para el ejercicio real del derecho a la salud. Apreciamos que, si bien el Estado garantizaba la oferta de servicios sanitarios, las posibilidades de acceder estaban determinadas por las condiciones de vulnerabilidad social de las y los jóvenes. En este sentido, identificamos la presencia de barreras que dificultaban y en algunos casos impedían el acceso a la salud.

“Mansa vuelta”

Respecto a la dimensión geográfica constatamos que, al no contar con seguros de salud, 10 de los 11 integrantes de la muestra asistían únicamente a los servicios sanitarios dependientes del subsector público; y dentro de ellos privilegiaban el acceso a los establecimientos más cercanos a sus lugares de residencia. Estos eran: un Centro de Atención Primaria de la Salud -ubicado aproximadamente a 10 cuadras- equipado con consultorios de medicina general, pediatría y enfermería- y un Hospital de Día -a 2.5 km.- que contaba con servicios de laboratorio, guardia, farmacia y los consultorios de fonoaudiología, radiología, odontología y salud reproductiva.

Sólo en casos de emergencias médicas o bien, para la realización de estudios o intervenciones complejas recorrían aproximadamente 6 km. hasta llegar al Hospital San Luis. Preferentemente, el traslado solían realizarlo a través del transporte público, en motocicleta o directamente a pie.

En el caso de las jóvenes embarazadas debían recorrer una distancia aproximada de 13 km. hasta la Maternidad provincial. Por

ello, para realizar los controles del último trimestre de gestación y luego parir en el único centro de salud pública habilitado para tal fin, la mayoría de ellas debía tomar cuatro colectivos de línea y contar con al menos 3 horas tanto para el traslado de ida como el de vuelta.

“Tardamos como 2 horas. Como una hora por lo menos o más hasta la Tercer Rotonda; y el otro micro dura como 3-5 minutos, porque es ahí nomás. Me sacan un turno a las 10:30 y nosotros nos vamos a las 8 hs. de acá”, expresó T., mujer de 16 años.

En esta dimensión comprobamos que, si bien el Estado provincial garantizaba la oferta de centros sanitarios distribuidos en distintos puntos de la ciudad, existían barreras geográficas que condicionaban su acceso. Sobre todo, respecto a los servicios de salud gineco-obstétrica donde la accesibilidad estaba limitada por la distancia geográfica de la Maternidad provincial respecto de sus lugares de residencia. Es decir, si bien las jóvenes lograban acceder, el recorrido hacia el destino implicaba una serie de rodeos que incidían negativamente en la accesibilidad.

“Cuando hay plata”

Respecto a la dimensión económica o financiera observamos que en caso de realizar tratamientos medicamentosos contaban con la provisión de los mismos desde la farmacia del centro de salud. Sin embargo, aquellos procedimientos cuya cobertura no estaba garantizada por el subsector público, corrían el riesgo de no concretarse por la existencia de dificultades económicas para afrontar los gastos derivados de esas prácticas médicas.

J.-varón de 21 años-, nos contó que como parte de la terapia por una lesión de arma blanca en sus intestinos le indicaron que se “cuidé con la comida”, pero la alimentación saludable es un privilegio de clase y J. no podía acceder a ella. Afirmó: *“me tengo que cuidar, de pedo que puedo comer un bife con zapallitos, pero eso es cuando hay plata... ya cuando no hay plata mi mamá hace guiso, otra cosa y yo le doy firmón”*.

Constatamos así que la posición económica que estos jóvenes ocupaban dentro de la estructura social operaba como una barrera en su acceso al derecho humano de la salud. Así, fuimos visualizando de qué manera las desigualdades que atraviesan las vidas de estas y estos jóvenes van configurando escenarios de vulnerabilidad en los que quedan expuestos a mayores riesgos que atentan contra su bienestar psicofísico.

“La hacen re larga”

Sobre la dimensión organizacional o burocrática destacamos que las mayores dificultades reportadas se relacionaban con el tiempo que debían destinar ya sea para la obtención de turnos como de espera para recibir la atención médica.

Es en este punto donde reconocían las principales barreras en el acceso y sugerían la necesidad de implementar mejoras que apuntaran a brindar una atención médica ágil y oportuna.

“Tardan en todos los hospitales, tardan en atenderte. Como que vos vas, te dicen a las 11:00 y te atienden como a la 1:00. Te

atienden re tarde y por ahí la gente putea”, manifestó T., mujer de 16 años.

Por otro lado, algunas jóvenes expresaron que cuando han intentado acceder a los servicios de atención en guardia médica, se ha visto restringido su acceso al derecho a la salud por no concurrir en compañía de alguien mayor de edad. Si bien está contemplado por la legislación vigente que ante ciertas situaciones que impliquen riesgo inminente para la vida del paciente sea requerido el acompañamiento de algún adulto -previo consentimiento del joven-, nunca se debería dejar de brindar la atención médica requerida. Así, podemos inferir que estas situaciones constituyen barreras concretas en la accesibilidad de adolescentes y jóvenes a estos servicios sanitarios.

“Un ibuprofeno no mata a nadie”

En cuanto a la dimensión cultural advertimos que junto con la atención en los servicios de salud convivían prácticas de autoatención (Menéndez, 2009) en las que las y los jóvenes hacían uso de diferentes saberes y prácticas ancladas en los marcos de sentidos circulantes en sus comunidades. Así, sus reacciones ante los primeros síntomas de malestar físico iban desde esperar (“*nada, trato de estar tranquila. Si no me voy a acostar, que se me pase*”, S. -mujer de 16 años-), hasta consultar directamente con un médico profesional (“*Y... directamente me voy al médico y me hago ver. Es lo más posible. No me medico sola, voy al médico*”, C. -mujer de 20 años-), pasando por la autoadministración de fármacos (“*Me automedico. Sé que está mal pero un ibuprofeno no mata a nadie y bueno, capaz que una amoxicilina, ponelo*”, B. -mujer de 21 años-). Esta última era la práctica más frecuente.

Constatamos que tal como afirma (Menéndez, 2009), la autoatención era siempre la primera actividad que realizaban ante los padeceres detectados y que solían ser las mujeres quienes frecuentemente asumían estas tareas. Si bien eran ellas quienes se encargaban de la autoatención, cuando lo hacían solían priorizar a los integrantes del grupo familiar descuidando así el propio proceso de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2009; Sacchi *et al.*, 2007; Stolkiner *et al.*, 1998).

“De encuentros y desencuentros”

En este punto destacamos la perspectiva relacional que Stolkiner *et al.*, (2000 en Comes *et al.*, 2007) incluyen en su conceptualización de la accesibilidad al definirla como “vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Comes *et al.*, 2007, p. 203). En este sentido, al problematizarla como un encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, nos resultó interesante incluir sus experiencias con los diversos actores del subsector público de salud.

Observamos que, por un lado, manifestaban generalmente sentirse cómodas/os al ser tratados/as con cordialidad y ante alguna duda, se animaban a consultar o pedir alguna explicación; estas demandas solían ser respondidas por las y los profesionales.

“*Bien, me trataron bien. Como que me explican, o sea, si estoy enferma me explican de qué se trata la enfermedad y como que me trato de cuidar yo*”, expresó A., mujer de 15 años.

Además, emergieron relatos de violencia médica que se desplegaron en distintos servicios médicos y cuyas víctimas preferenciales eran mujeres. Tal es el caso de B. de 21 años y madre de dos niños, quien durante una fría noche de invierno tuvo una emergencia con el menor de ellos.

“*Me retaron porque llevé al nene en una moto. Pero tenía el pecho cerrado y lo primero que agarrás es lo primero con lo que vas, o sea. ¿En qué querés que lo llevara? Si era la una de la mañana, ya no pasaba el colectivo, no tengo plata para un remis. No tengo plata para vivir y quieren que vaya en un remis*”, afirmó.

Siguiendo a Fleury (2013) sostenemos que estos episodios implicaban la reproducción en el ámbito sanitario de las relaciones de subordinación social ancladas en el género y en la estructura socioeconómica de la que formaban parte.

“Mejor me voy a quedar callada”

En cuanto a lo que denominamos dimensión subjetiva de la accesibilidad, reflexionamos sobre las modalidades de reacción de las y los jóvenes frente a las inequidades que se reproducían en las condiciones de acceso a los servicios del subsector público de salud.

Las situaciones que percibían como injustas y, por ende, generaban mayor malestar eran por un lado, los prolongados tiempos de espera para recibir atención y por otro, la violencia médica.

“*Por ahí te hacen dar un montón de vueltas pero me siento cómoda (...). No me da para decirles... pienso mejor me voy a quedar callada, así hago todo esto rápido y me voy. Yo tengo miedo de que yo la puedo putear o insultar, y después capaz que me hagan todas las cosas mal*”, relató T., mujer de 16 años.

“*Estoy acostumbrada a hacerme atender ahí y si tengo que esperar, espero*”, manifestó por su parte R., mujer de 15 años.

En mayor medida advertimos indicios de aceptación de este tipo de desigualdades, lo que nos permitió inferir la incidencia del *habitus* de clase (Bourdieu, 1980) y la influencia de los mecanismos de soportabilidad social (Scribano, 2007) en tanto dispositivos que operan inhibiendo las posibilidades de cuestionar el orden social que, si bien es injusto, se presenta como natural y, por tanto, inmodificable. En este sentido, sostenemos que sus posibilidades de reacción estaban moldeadas por las características de sus subjetividades en tanto anudamientos de distintas dimensiones, a partir de lo cual lo social, lo cultural y lo psicológico proceden a la manera de coordenadas en articulación compleja y multicausal (Bonvillani, 2009).

La valoración diferencial que realizaban del sector estatal -aún cuando en la mayoría de los casos no habían tenido la posibilidad de acceder a los servicios sanitarios de los otros subsectores- podría estar expresando más que la preferencia por este subsector, aquello que han internalizado como lo espera-

ble en función de las posiciones que estos sujetos ocupan en la estructura social. Además, identificamos al menos otras dos condiciones que obturaban la posibilidad de resistir al orden establecido. La primera tiene que ver con la asimetría de poder que se despliega en el vínculo entre ellas/os y las/os profesionales de la salud, en tanto que la segunda condición refiere a la dependencia que mantienen con los servicios del subsector público. En este sentido, podemos pensar que al no poder elegir a qué servicios acceder - dado que no cuentan con otro tipo de cobertura médica- las posibilidades de resistir a la violencia médica se acotan, y más aún cuando el bien que está en juego es la propia vida.

Así, la expresión “me quedo con el público” denuncia, por un lado, la reproducción del *habitus* de clase y por otro, la incidencia de los mecanismos de soportabilidad social que indicarían que lo posible para estas y estos jóvenes de sectores sociales vulnerables era la aceptación pasiva ante estas situaciones atravesadas por la violencia de la desigualdad.

Por otra parte, si bien no fueron las situaciones más reiteradas, apreciamos la emergencia de deseos, pensamientos y acciones que pueden ser interpretados como actos de resistencia. Estos intentos eran variados y podían incluir desde las tentativas de acceder a los servicios del subsector privado de salud -con la expectativa de encontrar una mejor atención- hasta reacciones más activas ante situaciones de violencia institucional.

Un párrafo aparte merece el malestar subjetivo que emergió en las entrevistas realizadas y que refería a las condiciones socioeconómicas que impactaban de lleno en las subjetividades de estas y estos jóvenes: vivencias de agotamiento emocional, intranquilidad, desesperanza y tristeza, entre otras, dieron cuenta del sufrimiento mental por el que transitaban. No obstante, excepto una joven, ninguna/o manifestó acceder a servicios públicos de atención psicológica. Si bien esta temática no estuvo explicitada inicialmente dentro de los objetivos de este estudio -y por ende no fue lo suficientemente explorada-, nos resulta oportuno enfatizar la necesidad de avanzar en indagaciones que hagan foco en aspectos relativos a la accesibilidad en el ámbito de los servicios públicos de salud mental tanto en jóvenes de contextos de vulnerabilidad social, así como en poblaciones más amplias.

Conclusiones

A partir de esta investigación comprobamos que el acceso diferencial al ejercicio pleno del derecho a la salud es una expresión de las desigualdades estructurales que atraviesan las trayectorias vitales de las y los integrantes de nuestra muestra de estudio. En este sentido, advertimos que las barreras que describimos en cada una de las dimensiones de la accesibilidad a la salud revelan inequidades que configuran condiciones de vulnerabilidad social desde las cuales el ejercicio de los derechos se dificulta sin el amparo del Estado.

Por ello y desde una perspectiva de derechos, sostenemos que la justicia social es una condición indispensable para la promo-

ción de la salud integral en entornos psicosociales saludables que garanticen el derecho de toda persona al desarrollo de una vida con respeto y dignidad, con vínculos sociales y con igualdad de oportunidades.

En función de nuestros hallazgos y siguiendo a Stolkiner (2006) coincidimos en que el estudio de la accesibilidad requiere incluir el análisis de las subjetividades de quienes utilizan los servicios sanitarios del subsector público, a fin de diseñar estrategias estatales que efectivamente garanticen el derecho a la salud. En este sentido, es necesario abordar la complejidad que se entretiene en los saberes y las prácticas de las personas a las que se dirigen los servicios de salud ya que estas pueden operar tanto como barreras, así como facilitadores de acceso.

En definitiva, y lejos de brindar respuestas acabadas, compartimos los resultados de nuestra indagación con la intención de realizar un aporte en la comprensión de las condiciones de accesibilidad a los servicios del subsector público de salud en jóvenes de sectores sociales vulnerables y en ese sentido, contribuir desde la universidad pública con los procesos de transformación de aquellas realidad que se nos presentan como injustas, ya que tal como señalaba Ramón Carrillo (s.f):

“Sólo sirven las conquistas científicas sobre la salud si estas son accesibles al pueblo”.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayres, J., França-Júnior I., Calazans, G. y Saletti-Filho, H. (2008). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud. Nuevas perspectivas y desafíos. En Czeresnia, 104 D. y De Freitas, C. (comps.) Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Editorial Fiocruz.
- Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, UBA. <http://cdsa.academica.org/000-038/625.pdf>
- Ballesteros, M. y Freidin, B. (2015). Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. *Salud Colectiva*, 11(4), 523-535. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/793>
- Batthyány, K. (2008). Género, cuidados familiares y uso del tiempo. Informe final de investigación. UNIFEM, INE, Montevideo. https://www.academia.edu/3033432/G%C3%A9nero_cuidados_familiares_y_uso_del_tiempo
- Bonvillani, A. (2009). Subjetividad política juvenil. Estudio comparativo en jóvenes cordobeses de procedencias sociales contrastantes. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Córdoba. Inédita.
- Bourdieu, P. (2002). *Sociología y cultura*. Editorial Grijalbo.
- Capriati, A. (2018). Llueve sobre mojado. Desigualdades sociales y vulnerabilidades en salud en la adolescencia y juventud. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12(12), 117- 133. <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/278>

- Castel, R. (1991) La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En Acevedo, M. y Volnovich, J (comp.). El espacio institucional. http://terras.edu.ar/biblioteca/16/16TUT_Castel_Unidad_1.pdf
- Castro, G. (2004). Los jóvenes: entre los consumos culturales y la vida cotidiana. *Kairós, Revista de Temas Sociales*, 8(14). <https://www.revistakairos.org/los-jovenes-entre-losconsumos-culturales-y-la-vida-cotidiana>
- Cejas, C., Olaviaga, S. y Stechina, M. (2007). ¿Qué piensan los jóvenes acerca de la salud, las 107 instituciones y sus derechos? Documento N° 59. CIPPEC. Argentina. <http://www.cippec.org/publicacion/que-piensen-los-jovenes-acerca-de-la-salud-lasinstituciones-y-sus-derechos/>
- Chacón, M. (2015). El barrio y su gente. Informe técnico. Programa Médicos Comunitarios. Inédito.
- Chaves, M. (2014). Cotidianeidad juvenil en la pobreza: una lectura desde las desigualdades omnipresentes. XI Congreso Argentino de Antropología Social. Rosario. <http://www.fahce.unlp.edu.ar/extension/formacion-en-extension/chavescotidianeidad-juvenil>
- Comes, Y. (2003). La accesibilidad: una revisión conceptual. Documento del Proyecto de investigación P077 - UBACyT. <https://pdfslide.net/documents/accesibilidad-docyamila.html>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones UBA*, XIV, 201-209 <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a19.pdf>
- Fleury et al. (2013), S., Bicudo, V. y Rangel, G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Revista Salud Colectiva*, 9(1), 11-25. Universidad Nacional de Lanús. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000100002
- Kornblit, A., Mendes Diz, A., Di Leo, P., Camarotti, A. y Adaszko, A. (2005). Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. Editorial Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Salud%20y%20enfermedad%20desde%20la%20perspectiva%20de%20los%20j%C3%B3venes%20Un%20estudio%20en%20j%C3%B3venes%20escolarizados%20de%20la%20Ciudad%20de%20Buenos%20Aires.pdf>
- Landini, F., González Cowes, V. y D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*, 30(2), 231-244. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030313>
- Maceira, D. (Coord). (2012) Necesidades y Acceso a los Servicios de Salud de la Población Adolescente en el Norte Argentino. <http://www.danielmaceira.com.ar/wpcontent/uploads/2014/07/MaceiraEquipo-Salud-Investiga-Adolescencia-.pd>
- Mauro, M; Solitario, R; Garbus, P. y Stolkner, A. (2006). La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - UBA. <https://www.aacademica.org/000-039/179.pdf>
- Menéndez, E. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la Salud Colectiva. Lugar Editorial
- Moro, J. (2012). Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local. En Chiara, M. (Comp). Salud, política y territorio en el gran Buenos Aires. Editorial Universidad Nacional de General Sarmiento.
- O'Donnell, G. (2008). Algunas reflexiones acerca la democracia, el Estado y sus múltiples caras. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 42, 5-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533673001>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2002). La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Publicación Científica y Técnica No. 589. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
- Pecheny, M. (2013). Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGBT y lagunas de conocimiento: ¿qué sabemos y qué preguntamos? *Temas em Psicologia*, 21(2), 961- 972. DOI: 10.9788/TP2013.3-EE10ESP
- Scribano, A. (2007). Primero hay que saber sufrir...!!! Hacia una sociología de la "espera" como mecanismo de soportabilidad social. Scribano, A. y Linderos, P. (Comps.). *Sensibilidades en juego: miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones*. CEA-CONICET. <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/1424/Sensibilidades%20en%20Juego.p%20df?sequence=1&isAllowed=y>
- Tilly, C. (2000). La desigualdad persistente. Editorial Manantial.
- Vommaro, P. (2015). Juventudes y políticas en la Argentina y en América Latina: tendencias, conflictos y desafíos. Editorial Grupo Editor Universitario.