

Las transformaciones en la accesibilidad a la salud a partir de la pandemia desde la perspectiva de usuarias y usuaries en Mendoza.

Paulina Serú y Claudia Anzorena.

Cita:

Paulina Serú y Claudia Anzorena (2024). *Las transformaciones en la accesibilidad a la salud a partir de la pandemia desde la perspectiva de usuarias y usuaries en Mendoza. III Congreso Internacional de Ciencias Humanas. Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín, Gral. San Martín.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/3.congreso.eh.unsam/311>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/esz9/15T>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

Las transformaciones en la accesibilidad a la salud a partir de la pandemia desde la perspectiva de usuarias y usuaries en Mendoza

Paulina Serú

INCIHUSA/CONICET Mendoza

serupaulina.n@gmail.com

Claudia Anzorena

INCIHUSA/CONICET Mendoza

claudia_anzorena@yahoo.com.ar

ACCESO A LA SALUD; SERVICIOS DE SALUD; POBLACIONES VULNERABILIZADAS; ESTRATEGIAS COLECTIVAS; TECNOLGIZACIÓN

Resumen

Esta ponencia explora percepciones y estrategias de cuidado de la salud de usuarias/es del sistema de salud en zonas vulnerables del Gran Mendoza, construidas a partir en sus experiencias de encuentro y tránsito por el sistema entre 2020 y 2023. Partiendo de que las desigualdades sociales afectan las formas de acceso, se ha entrevistado a usuarias/es de la salud pública para analizar las transformaciones en la accesibilidad que se dieron a partir del contexto de pandemia-post pandemia.

Los resultados muestran que la pandemia provocó cambios en las formas de accesibilidad, entendida como el encuentro entre usuarias/es y sistema de salud, pero no en beneficio de las/es usuarias/es. La tecnologización y automatización de los mecanismos no fue acompañada de una ampliación en las prestaciones. Asimismo, esta nueva modalidad trajo consigo lógicas de estandarización y percepciones de deshumanización. Ante esto, usuarias/es y comunidades han desarrollado estrategias para ampliar el acceso. Se concluye que es urgente fortalecer el sistema de salud pública, ya que la falta de respuestas del Estado aumenta la vulnerabilidad y empeora las condiciones de vida. Además, es necesario orientar las estrategias para facilitar el encuentro entre personas -como sujetos con derechos- y servicios, robusteciendo prácticas democráticas.

Introducción

En el cuidado de la salud las formas como las personas ingresan y navegan el sistema son parteaguas de desigualdades de clase, género, geográficas, generacionales, etc. La accesibilidad, como encuentro entre usuarixs y servicios de salud, se inserta tanto en condiciones estructurales como en contextos excepcionales como el que configuró la pandemia por COVID19. Las transformaciones en los modos de atender requeridas por el ASPO-DISPO impactaron en los servicios modificando sus condiciones de accesibilidad,

durante y después de la pandemia. A continuación, se indagan percepciones y estrategias de cuidado de la salud que usuarias/es de zonas vulnerabilizadas de Gran Mendoza construyeron a partir de sus experiencias de encuentro con el sistema de salud, durante el 2020 y hasta el 2023. El corpus de análisis se conforma por seis entrevistas semiestructuradas realizadas en la Provincia de Mendoza a usuarias/es del sistema de salud público que viven en territorios vulnerabilizados. El trabajo se estructura en tres partes que exponen distintas transformaciones en las formas de accesibilidad a la salud según la perspectiva de usuarias/es. Primero, abordamos dificultades en la accesibilidad inicial, posteriormente, obstáculos y tensiones en el tránsito y finalmente, la configuración de estrategias colectivas ante estas dificultades, obstáculos y tensiones.

Accesibilidad inicial

La accesibilidad inicial hace referencia al ingreso al sistema de salud, es el primer contacto entre los discursos y las prácticas de usuarixs y servicios. Nos detendremos en tres situaciones que conforman distintas aristas de esta accesibilidad (Stolkiner y Otros, 2000).

1. La gestión del turno: transformaciones que no ampliaron el acceso

Gran parte del ingreso inicial se concreta mediante el acceso a un turno. Previo a la pandemia las personas iban al efector de manera espontánea para ser atendidxs ese mismo día, con la pandemia se introdujo el uso de tecnología para la gestión remota de los turnos. Los relatos coinciden en que, independientemente del medio utilizado, ingresar al sistema siempre implica esperar, ser paciente, insistir, resignarse. Esto puede entrar en conflicto con las propias condiciones de vida y exigir que, para acceder, la persona instrumente artilugios, aun en contextos de precariedad. A las precariedades de la vida de usuarias/es, se suma la precariedad de las estructuras con las que opera el sistema: salarios bajos, malas condiciones edilicias, insumos faltantes, destrato, sobrecarga horaria. Así, en las dificultades del acceso inicial chocan las insatisfacciones de usuarias/es, administrativxs, técnicxs y profesionales de la salud, y las culpas caen sobre los eslabones más precarios del sistema.

Del análisis se desprende que los cambios en los modos de acceso no han comprometido una ampliación en las condiciones de los servicios, lo cual lleva a que persistan y se refuercen, aún bajo mecanismos modernos, ágiles o tecnologizados, los viejos sentidos de espera, perseverancia y paciencia principalmente hacia los sectores vulnerabilizados. Más allá del acostumbramiento o voluntad de adaptación que las personas puedan tener, esto se ha vuelto un motivo de frustración y alejamiento.

2. Los procesos de tecnologización como deshumanización

Las instituciones de salud utilizan documentos estandarizados para clasificar a las personas según dolencias, edad, género, antecedentes, etc. (Yañez, 2017). Esta estandarización se ha

reflejado en los formularios de turnos remotos que, post-pandemia, pasaron a mediar casi todos los trayectos del sistema. El problema surge cuando la situación propia no cabe en ninguna de las opciones o no se cumple los requisitos como para seleccionarla, y tampoco existe alguien que informe, comprenda u oriente en cómo seguir. Al mediar con una aplicación una instancia tan decisiva para el ingreso, como es el acceso al turno, el sentimiento de deshumanización cobra centralidad y emerge la percepción de que se ha burocratizado el circuito. Agrava este sentimiento la introducción de penalidades automatizadas para quienes no asisten a un turno programado, coartando aún más las opciones de las usuarias.

Con todo, existe una escisión entre la vida de las usuarias y los discursos y prácticas con los que opera el sistema (Smith, 2005; Yañez, 2017). Las personas usuarias sienten que sus condiciones materiales de vida no son tenidos en cuenta. A su vez, la presencia de dispositivos de control y castigo en los sistemas de turnos vuelve al cuidado de la salud una responsabilidad individual que se abstrae de los determinantes estructurales, materiales e históricos. Mecanismos como este muestran que el cuidado de la vida pierde importancia frente a la ponderación del control, la intervención y la medicalización (Castiel y Álvarez-Dardet, 2010).

3. El estatus legal de la práctica

En la dimensión simbólica de la accesibilidad juegan un papel fundamental las representaciones sociales sobre el derecho a la salud (Comes et.al. 2007, p. 203). La idea de si se tiene o no derecho a la atención motiva encuentros y desencuentros entre usuarias y servicios. El conocimiento sobre la legalidad del procedimiento médico juega un papel fundamental para acercar los discursos a las prácticas de las personas, favoreciendo el efectivo ejercicio y acceso al derecho. Asimismo, el estatus legal de algunas prácticas condiciona su acceso, especialmente en la atención de personas trans y en el acceso al aborto. En aquellas prácticas cuya legitimidad es endeble, el maltrato o la posibilidad de experimentarlo lleva a que las/es usuarias/es pospongan la atención médica. Por su parte, la ampliación legal, el mayor acceso a información y las transformaciones culturales, dan a usuarias/es herramientas con las que ir al encuentro con el sistema mejor posicionadas sabiendo qué tienen derecho a exigir y cómo deben ser tratadas.

Obstáculos y tensiones en el tránsito

Converger con la atención médica requiere de las usuarias una ingeniería cotidiana para reorganizar tareas de cuidado y laborales que quedan en suspenso. Entre las propias condiciones de vida y las condiciones que impone el sistema, la forma en que las usuarias navegan los servicios refleja criterios de valoración estratégica, que son móviles y se activan según el escenario que los servicios representan. Uno es la agilidad y la efectividad: prefieren

aquellos servicios y canales por los cuales resuelven más rápido, aunque implique mayores traslado o reorganizar rutinas. Otro criterio es la calidad y calidez en el trato dentro del consultorio: prefieren trasladarse, articular distintos efectores, buscar referencias y movilizar contactos, antes que ser tratadas de manera impersonal, fría o violenta. Así, las representaciones sobre lo que “sirve” o “no sirve” en un servicio, se vinculan con la efectividad en la resolución y la calidad en el trato. Estos criterios y estrategias les ayudan mejorar el tránsito por el sistema, pero también implican mayor esfuerzo material y emocional en la gestión de la salud.

Estrategias colectivas

Las usuarias llegan al sistema portando experiencias, recursos y conocimientos que emanan de sus comunidades y que son clave en la construcción de la accesibilidad.

En primer lugar, se destaca el rol de las organizaciones sociales, referentes barriales y espacios comunitarios. Éstas construyen acceso por medio de la gestión de recursos: conseguir turnos y medicamentos, pedir unidades sanitarias o movilizar influencias para que éstas vayan al territorio. La gestión de recursos acorta trayectos y habilita, aunque coyuntural y esporádicamente, nuevas condiciones en los servicios. Cuando existe articulación con los efectores, los/es/as referentes comunitarias actúan como caja de resonancia para la promoción y difusión de la información.

En segundo lugar, las redes vinculares de las personas usuarias (conocidxs, familiares, vecinos/as/es o contactos dentro de los efectores) funcionan socializando experiencias, propagando información e incluso habilitando puertas. Así, el capital social de las usuarias es una pieza fundamental para facilitar el acceso. Tener *un conocido* es una puerta de entrada alternativa que acorta trayectos y tiempos de espera. Las redes vinculares también construyen accesibilidad socializando conocimiento recabado a partir de experiencias propias y ajenas, mapean servicios y corren recomendaciones sobre cómo pedir turno, cómo es el trato, dónde solicitar medicamentos y tratamientos, dónde hay disponible tal recurso. Según las entrevistadas el acceso al derecho a la salud no hubiese sido posible, o hubiese resultado más dificultoso, sin la existencia de estos actores y recursos colectivos.

Reflexiones finales

El sistema de salud estableció nuevas condiciones a partir de un escenario de excepcionalidad: la pandemia introdujo cambios en las formas del encuentro entre usuarias/es y sistema de salud, pero no en beneficio de las/es usuarias/es. Las modificaciones impulsadas en los mecanismos de ingreso y tránsito no estuvieron centradas en facilitar el encuentro, sino en la “comodidad” de quiénes financian y ofrecen el servicio. La automatización de los mecanismos no fue acompañada de una ampliación ni un mejoramiento

en las prestaciones. Además, trajo consigo lógicas de estandarización y percepciones de deshumanización. Según las/es usuarias/es, la falta de contemplación de sus contextos de vida pareció ser el eje articulador en la organización del sistema, que no considera el valor de sus tiempos y que espera de ellas/es un esfuerzo de adaptación a una oferta limitada en prestaciones, prestadores y horarios. Ante esto, tanto usuarias/es como sus comunidades han desarrollado estrategias para modelar las formas de accesibilidad. En un contexto de precariedades individuales y sociales, resulta urgente fortalecer al sistema de salud pública, porque no contar con respuestas del Estado aumenta la vulnerabilidad y empeora las condiciones de vida.

Bibliografía

Ballesteros, Matías S., Freidin, Betina y Wilner, Agustín (2017). Esperar para ser atendido: Barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud. *En Pecheny, Mario y Palumbo, Mariana. Esperar y Hacer esperar. Buenos Aires (Argentina): Teseo.*

Castiel, Luis. D, y Álvarez-Dardet Díaz, Carlos. (2010). *La salud persecutoria: Los límites de la responsabilidad*. Lugar Editorial.

Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelia; Stolkiner, Alicia (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, vol. XIV, 2007, pp. 201-209. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>

Smith, Dorothy. (2005). *Institutional Ethnography. A Sociology for People*. Altamira Press.

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

Yañez, Sabrina. (2017). Una reflexión sobre la etnografía institucional como herramienta de análisis feminista. *Actas del V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (ELMeCS)*, 1-15.