

En Pecheny, Mario y Palumbo, Mariana, *Esperar y Hacer esperar*. Buenos Aires (Argentina): Teseo.

## **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.**

Ballesteros, Matías S., Freidin, Betina y Wilner, Agustín.

Cita:

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.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/matias.salvador.ballesteros/42>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pkrn/kxx>



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>.*

## 2

### 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*

MATÍAS SALVADOR BALLESTEROS, BETINA FREIDIN Y AGUSTÍN WILNER<sup>1</sup>

#### **Introducción: desigualdad social, desventaja temporal y cuidado de la salud**

El objetivo de este capítulo es doble: primero, mediante el análisis de una encuesta nacional mostramos de qué modo la espera para el acceso a los servicios de salud está socialmente estratificada, considerando distintos indicadores de demora para efectivizar una consulta médica; segundo, mediante el análisis de datos cualitativos provenientes de grupos focalizados con mujeres de clase popular, indagamos cómo las personas con mayores desventajas estructurales viven los tiempos de espera, sus consecuencia para la atención/des-atención de la salud, y los recursos que

---

<sup>1</sup> Matías Salvador Ballesteros (UBA-CONICET) matiballesteros@yahoo.com.ar; Betina Freidin (UBA-CONICET) freidinbetina@gmail.com; Agustín Wilner aguswilner@gmail.com (UBA).

algunas logran movilizar para poder acelerar los tiempos de acceso a la consulta médica y a la realización de estudios y tratamientos<sup>2</sup>.

Algunos autores proponen que el tiempo sea considerado un determinante social de la salud, en tanto constituye un recurso multidimensional que afecta las posibilidades de desarrollar hábitos de vida saludables y el acceso al sistema de salud (Strazdins et al., 2015). La capacidad de disponer de tiempo personal para el cuidado de la salud, incluyendo las consultas médicas, no es igual para todos; por el contrario, constituye una ventaja estructural para los sectores sociales más favorecidos (Phelan et al., 2010). Una de las características de las sociedades capitalistas contemporáneas es la intensificación de las actividades y la aceleración social y del ritmo de vida, siendo la “falta de tiempo” una experiencia compartida por gran parte de la población (Boersma, 2015: 17). Si bien la falta de tiempo –o la “pobreza de tiempo”– no es una condición privativa de los grupos con mayor desventaja estructural, son ellos quienes tienen menor control sobre cómo transcurre su tiempo, y por lo tanto, poseen menor capacidad de agencia temporal en su vida cotidiana. Por ejemplo, tienen menor control y flexibilidad en su actividad laboral, así como escasa capacidad para comprar el tiempo de otros para liberar tiempo personal, como sí pueden hacerlo los sectores medios y altos (Boersma, 2015).

Si, por un lado, el tiempo personal es un recurso estructural desigualmente distribuido según las relaciones de clase, género y étnicas, los múltiples tiempos de espera que impone el sistema de salud para ser atendido, por el

---

<sup>2</sup> Presentamos un análisis preliminar de los datos cualitativos reunidos hasta la fecha en el Proyecto UBACyT 2014-2017, “*Desigualdad social, cultura y salud: recursos y prácticas cotidianas frente al imperativo del cuidado*”, dirigido por B. Freidin en el Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires. Junto con los autores de esta ponencia, Mercedes Krause y Pablo Borda, integrantes del equipo de investigación, participaron del trabajo de campo. Florentina Pastene y Juan Manuel Mompó también participan del estudio.

otro, representan una barrera para el acceso a los servicios. Varios estudios muestran que los tiempos en la sala de espera, y entre la solicitud y la obtención de un turno, son una de las principales barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina (Findling et al., 2004; Báscolo et al., 2007; Chiara et al., 2010; Checa et al., 2011; Maceira et al., 2014; Ponce, 2015). Los tiempos de espera no son iguales para todos sino que existe una estratificación social de la espera (Ballesteros, 2016). Estudios cuantitativos internacionales y nacionales documentan que los grupos con mayor desventaja estructural para disponer de tiempo personal para realizar consultas médicas son los que más deben esperar para ser atendidos. Aunque la barrera temporal es algo más “democrática” que la financiera, ambos tipos de barreras afectan más a las personas de menos recursos (Ballesteros y Freidin, 2015). La espera puede ser considerada como un “precio no financiero” para acceder a los servicios de salud que afecta a los grupos con menores recursos socioeconómicos. La espera no sólo varía entre los distintos efectores públicos sino que también difiere al interior de cada uno de ellos, como lo documentan estudios realizados en distintos países europeos con sistemas de salud de acceso universal (Laudicella et al., 2012). Las diferencias al interior de los servicios puede ser explicada por la mayor capacidad de los individuos de mayor status socioeconómico para ejercer presión sobre los tiempos de espera (Siciliani, 2014). Por otro lado, en sistemas de salud altamente fragmentados como el argentino, los tiempos de espera diferenciales pueden incidir en el subsector y el tipo de servicio de salud a través del cual las personas buscan ser atendidos.

En una entrevista reciente, Auyero (Damián, 2014), retomando las formulaciones de Bourdieu sobre las relaciones de poder que estructuran la valoración del tiempo de los otros, describe la espera como una forma de dominación política cuando el proveedor de un servicio o bien es el Estado y los beneficiarios los sectores sociales más relegados, aunque la dinámica de esperar no necesariamente implica pasividad por

parte de los dominados. Auyero refiere a la *sobredeterminación del lugar* como un elemento crítico para entender la dinámica de la espera, siendo el hospital público –y especialmente la sala de guardia cuando una urgencia está en juego– un escenario donde poder observar distintas respuestas. Acomodarse a las reglas del juego que impone la guardia para no esperar más para ser atendido es una de ellas, no estar dispuesto a esperar es otra (Damin, 2014: 409 y 411). Si bien es la capacidad de resistir a la temporalidad impuesta por los establecimientos de salud es muy limitada para los sectores populares que sólo tienen cobertura pública, veremos en este capítulo que aquellos que cuentan con más recursos materiales y capital social buscan ejercer agencia temporal para acelerar el acceso a la atención médica.

## Metodología

Combinamos información cuantitativa de fuentes secundarias con datos cualitativos de grupos focalizados con mujeres de clase trabajadora (ver detalle en la sección correspondiente). Comenzamos analizando cómo los tiempos de espera para la atención están estratificados socialmente. Para ello, utilizamos datos de la Encuesta de la Deuda Social Argentina del año 2013 (EDSA 2013) realizada por el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica. Por las características del muestreo probabilístico empleado, la EDSA 2013 permite realizar estimaciones de los hogares urbanos de medianos y grandes aglomerados del país (Salvia y Adaszko, 2014). El cuestionario de la EDSA 2013 incluyó un módulo sobre utilización y acceso a los servicios de salud. Nosotros nos centramos en dos preguntas de este módulo. Una permite identificar a la población que debió aguardar más de una hora en la sala de espera la última vez que consultó al médico. La segunda indaga sobre los días de espera entre la solicitud de un turno para atenderse con un médico especialista y la atención efectiva. Las dos preguntas con las que trabajamos son: 1. “¿Debió esperar más de una hora

para que lo atiendan?” y 2. “La última vez que pidió un turno con un médico especialista ¿Cuántos días tuvo que esperar para ser atendido?”. A partir de ellas armamos tres variables. La primera variable se desprende de la primera pregunta y la denominamos “Espera mayor a una hora en la última consulta médica”. Con relación a la segunda pregunta, elaboramos dos variables. Por un lado, dicotomizamos las respuestas entre quienes tuvieron que esperar hasta 30 días y entre quienes debieron esperar más tiempo. Denominamos a esta variable “Espera mayor a treinta días entre la solicitud de un turno y la atención con un médico especialista”. A su vez, esta pregunta permite registrar la opción de “no pidió turno con un especialista”, que nos permitió diferenciar a quienes consultaron a un médico especialista mediante la solicitud de un turno y quienes no los hicieron. Denominamos a esta variable “Atención con un médico especialista mediante la solicitud de un turno”. Para analizar los datos utilizamos el paquete estadístico SPSS 17.0. Respecto de los datos cualitativos, realizamos un análisis temático de los contenidos de las conversaciones grupales referidos a los tiempos de espera para acceder a los servicios de salud.

### **La estratificación social de la espera para acceder a la consulta médica<sup>3</sup>**

En el Cuadro 1 presentamos los resultados de los tiempos de espera en la última consulta médica según nivel educativo, quintil de ingreso per cápita del hogar, sexo, grupo etario, tipo de cobertura de salud y tipo de aglomerado de residencia. Puede observarse que los tiempos que las personas tienen que aguardar en la sala de espera están estratificados socialmente. Es más frecuente que deban esperar más de una hora quienes tienen un nivel educativo de hasta primario incompleto (61%), pertenecen a los hogares de menor quintil de ingreso per cápita (64%),

---

<sup>3</sup> Los datos de esta sección fueron extraídos de Ballesteros (2016).

cuentan únicamente con cobertura pública (64%) y residen en el Conurbano Bonaerense (54%), en otras áreas metropolitanas (47%) o en el resto urbano del interior (52%). En cambio, es menos frecuente que lo hagan quienes cuentan con nivel educativo superior completo (32%), pertenecen a hogares del quinto quintil de ingreso per cápita (32%), cuentan con la cobertura de una prepaga (28%) y residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (29%).

**Cuadro 1. Tiempo de espera en la última consulta al médico según características socioeconómicas y demográficas. Población de dieciocho años y más de grandes y medianos aglomerados de Argentina en el año 2013 (1).**

		Tiempo de espera	
		Hasta una hora	Mayor a una hora
<b>Nivel educativo**</b>	Primario incompleto	39 %	61 %
	Secundario incompleto	43 %	57 %
	Superior incompleto	57 %	43 %
	Superior completo	68 %	32 %
<b>Quintil de ingreso per cápita del hogar**</b>	1er	36 %	64 %
	2o	42 %	58 %
	3er	53 %	47 %
	4o	56 %	44 %
	5o	68 %	32 %
<b>Sexo*</b>	Hombre	55 %	45 %

	Mujer	51 %	49 %
<b>Grupo etario+</b>	18-29	55 %	45 %
	30-44	54 %	46 %
	45-59	50 %	50 %
	60 y más	51 %	49 %
<b>Cobertura de salud**</b>	Prepaga	72 %	28 %
	Obra social	56 %	44 %
	Solo pública	36 %	64 %
<b>Aglomerado de residencia**</b>	Ciudad de Buenos Aires	71 %	29 %
	Conurbano bonaerense	46 %	54 %
	Otras áreas metropolitanas	53 %	47 %
	Resto urbano interior	48 %	52 %
<b>Total</b>		52 %	48 %
		(1786)	(1620)

(1) No se consideró a la población que no consultó con un médico durante el último año. Prueba chi<sup>2</sup>: \*\*p < 0,01, \* p < 0,05, + p > 0,05.

**Fuente:** elaboración propia con base en la EDSA 2013

Con relación a las variables demográficas se observa que la relación es débil. En el caso del sexo, vemos que las mujeres deben esperar en mayor proporción más de una hora que los hombres (49% frente a 45%). Si bien la relación es estadísticamente significativa (trabajando con un 95% de confianza), la misma es débil. Con relación al grupo etario, las diferencias no son estadísticamente significativas.



En el Cuadro 2 también puede observarse que los tiempos de espera entre la solicitud de turno y la atención están socialmente estratificados. Vemos que nuevamente es más frecuente que deban esperar más tiempo quienes tienen hasta primario incompleto (28%), pertenecen a hogares del primer quintil de ingreso per cápita (25%), cuentan únicamente con cobertura pública (25%) y residen en otras áreas metropolitanas (27%), el resto urbano del interior (19%) o el conurbano bonaerense (18%). A su vez, quienes menos tienen que esperar son las personas que cuentan con estudios superiores (15%), pertenecientes a hogares del quinto quintil de ingreso (13%), que cuentan con cobertura de una prepaga (16%) u obra social (16%) y que residen en la Ciudad de Buenos Aires (9%). No se encontraron diferencias significativas por sexo y grupo etario.

**Cuadro 2. Días de espera para la atención con turno con un médico especialista según características socioeconómicas y demográficas. Población de dieciocho años y más de grandes y medianos aglomerados de Argentina en el año 2013 (1).**

		Tiempo de espera	
		Hasta un mes	Mayor a un mes
Nivel educativo**	Primario incompleto	72 %	28 %
	Secundario incompleto	79 %	21 %
	Superior incompleto	83 %	17 %
	Superior completo	85 %	15 %
Quintil de ingreso per cápita del hogar**	1er	75 %	25 %
	2o	76 %	24 %
	3er	81 %	19 %

	4o	85 %	15 %
	5o	87 %	13 %
Sexo+	Hombre	82 %	18 %
	Mujer	81 %	19 %
Grupo etario+	18-29	82 %	18 %
	30-44	81 %	19 %
	45-59	80 %	20 %
	60 y más	82 %	18 %
Cobertura de salud**	Prepaga	84 %	16 %
	Obra social	84 %	16 %
	Solo pública	75 %	25 %
Aglomerado de residencia**	Ciudad de Buenos Aires	91 %	9 %
	Conurbano Bonaerense	82 %	18 %
	Otras áreas metropolitanas	73 %	27 %
	Resto urbano interior	81 %	19 %
Total		81 %	19 %
		(2681)	(620)

(1) No se consideró a la población que no pidió turno ni la que no respondió. Prueba chi2: \*\*  $p < 0,01$ , +  $p > 0,05$ .

**Fuente:** elaboración propia con base en la EDSA 2013.

Cabe señalar que las variables independientes utilizadas están correlacionadas entre sí. La población residente en la Ciudad de Buenos Aires es la que tiene mayores niveles educativos y mayores ingresos, y en mayor proporción

cuenta con la cobertura de una prepaga u obra social. Por lo tanto, las mayores demoras en la atención para la población con menor ingreso y menor nivel educativo podría explicarse debido a que es menos frecuente que cuenten con la cobertura de una obra social o prepaga, por lo que es más frecuente que se atiendan en el sector público donde la espera suelen ser más prolongadas. Sin embargo, en un trabajo previo (Ballesteros, 2016) realizamos regresiones logísticas que nos permitieron sostener que luego de controlar por el aglomerado de residencia y por el tipo de cobertura de salud, el nivel educativo y el quintil de ingreso per cápita del hogar continúan estando asociados con mayores demoras en la atención. Si bien se debilita la relación entre las variables, poseer un menor nivel educativo y pertenecer a un hogar de bajos ingresos continúa estando significativamente asociado a mayores tiempos de demora para la atención.

Las desigualdades en los tiempos de espera por nivel de ingreso y nivel educativo para la población que cuenta con la misma cobertura de salud y/o que se atiende en el sector público se han documentado en trabajos realizados en otros países (Laudicella et al, 2012; Siciliani, 2014). La literatura postula dos explicaciones complementarias, distinguiendo las desigualdades generadas “entre” establecimientos de salud (“*across*”) y “al interior” de un establecimiento de salud (“*within*”). El primer tipo de explicación (entre establecimientos) señala que la población de mayores ingresos y nivel educativo tiende a vivir en zonas con mayores recursos, por lo que es más probable que cuente con mejores servicios públicos y por ello deban esperar menos cuando utilizan este sector. Si bien en las regresiones logísticas nosotros controlamos por el aglomerado de residencia, la variable es limitada ya que algunas categorías agregan distintos aglomerados, e incluso al interior de un mismo aglomerado existen grandes diferencias entre los barrios en las características de los servicios de salud. Por otro lado, debido a las fuertes diferencias en las prestaciones que ofrecen

las distintas obras sociales y prepagas, e incluso al interior de ellas por la existencia de distintos planes, es posible que los sectores de mayor ingreso y nivel educativo tengan obras sociales o prepagas que brinden mejores servicios. Ello les posibilitaría conseguir la atención requerida con menor demora en comparación con la población de menores recursos que cuenta con una obra social o prepaga. El segundo tipo de explicación (al interior del establecimiento) puede generarse a partir de que las personas con mayores niveles educativos y mayores ingresos tengan una mayor capacidad para articular sus necesidades y demandas, una mayor disposición a quejarse, y una mayor capacidad para comprender las lógicas institucionales de los establecimientos y/o mayores chances de conocer a alguien en el hospital a partir de sus redes sociales. Mediante estos mecanismos es posible que puedan acortar las demoras (Laudicella et al, 2012: 1339; Siciliani, 2014: 2).

Destacamos que la desigualdad social en los tiempos de espera tiene distintas consecuencias. La población que menos recursos tiene para cuidar la salud, entre ellos tiempo disponible y capacidad de planificación de su vida cotidiana a mediano plazo (Boltanski, 1974; Llovet, 1985; Phelan et al. 2010), es la que más debe esperar más para ser atendida. Es por ello que una de las consecuencias más evidentes de esta problemática es que los tiempos de espera para la atención son una de las principales barreras de acceso en el sistema sanitario argentino (Findling et al., 2004; Báscolo et al., 2007; Checa et al., 2011; Maceira et al., 2014; Ponce, 2015; Ballesteros y Freidin, 2015). Pero además, también puede incidir en las características de las modalidades de atención. Por ejemplo, demoras demasiado prolongadas entre la solicitud de un turno y la atención con el especialista pueden desalentar esta modalidad de resolver las necesidades de salud con turnos médicos programados (Gutiérrez et al., 2001; Lorenzetti, 2011; Ballesteros, 2016) y promover la búsqueda de atención por guardia (Otero, 2006; Ballesteros, 2016). La EDSA 2013 puede captar esta

problemática. La pregunta sobre los días de demora entre la solicitud del turno con un médico especialista y la atención permite registrar la opción de “no pidió turno con especialista”. El análisis de esta respuesta puede mostrarnos cuán frecuente es dicha modalidad de acceso a la consulta médica para responder a las necesidades de salud entre distintos grupos sociales. En el Cuadro 3 vemos que es más frecuente haber solicitado un turno con un especialista entre la población con estudios superiores (71%), perteneciente al quinto quintil de ingreso per cápita del hogar (63%), que cuenta con la cobertura de una prepaga (73%) y residente en la Ciudad de Buenos Aires (83%).

**Cuadro 3. Solicitud de turno según características socioeconómicas y demográficas. Población de 18 años y más de grandes y medianos aglomerados de Argentina en el año 2013 (1).**

		Solicitó turno		
		Sí	No	
<b>Nivel educativo**</b>	Primario incompleto	60 %	40 %	
	Secundario incompleto	50 %	50 %	
	Superior incompleto	54 %	46 %	
	Superior completo	71 %	29 %	
<b>Quintil de ingreso per cápita del hogar**</b>	1er	50 %	50 %	
	2o	51 %	49 %	
	3er	56 %	44 %	
	4o	58 %	42 %	
	5o	63 %	37 %	

Sexo**	Hombre	50 %	50 %	
	Mujer	61 %	39 %	
Grupo etario**	18-29	48 %	52 %	
	30-44	54 %	46 %	
	45-59	54 %	46 %	
	60 y más	69 %	31 %	
Cobertura de salud**	Prepaga	73 %	27 %	
	Obra social	60 %	40 %	
	Solo pública	44 %	56 %	
Aglomerado de residencia**	Ciudad de Buenos Aires	83 %	17 %	
	Conurbano bonaerense	49 %	51 %	
	Otras áreas metropolitanas	54 %	46 %	
	Resto urbano interior	56 %	44 %	
Total		56 %	44 %	
		(2986)	(2362)	

(1) No se consideró a la población que no respondió la pregunta. Prueba chi2: \*\* p <0,01.

**Fuente:** elaboración propia con base en la EDSA 2013.

Es decir, son los grupos estructuralmente más desfavorecidos los que con menor frecuencia solicitan turno para consultar con un especialista médico. La no solicitud de turno como modalidad de atención de la salud está influenciada por varios factores. Por un lado, las percep-

ciones diferenciales de los procesos de salud-enfermedad-atención. Teniendo en cuenta los distintos tiempos y lugares que ocupa el cuidado de la salud en la vida cotidiana de la población (Boltanski, 1974; Llovet, 1985; Menéndez, 2009), ello puede ser uno de los motivos que genere que los grupos con menores recursos consulten en menor medida bajo esta modalidad. Por otro lado, es posible que para los sectores estructuralmente más desfavorecidos la modalidad de solicitar un turno con un especialista sea una opción menos viable para resolver las necesidades de atención de su salud, teniendo en cuenta que tienen que esperar más para ser atendidos que otros sectores (como vimos en el Cuadro 2). Experiencias previas (propias o de conocidos) de espera demasiado prolongadas para la atención a partir de turnos solicitados pueden conducir a que la opción más viable sea recurrir directamente al servicio de guardia (Otero, 2006; Ballesteros, 2016), y que en algunos casos se busquen otras alternativas y/o se retrase la consulta médica hasta situaciones límites (Gutiérrez et al., 2001; Lorenzetti, 2011; Ballesteros, 2016). Por otro lado, en el Cuadro 3 también se observan que existen diferencias según la edad y el sexo, de forma tal que es menos frecuente que las mujeres (39%) y la población de mayor edad (31%) no solicite turno con un médico especialista. En cambio, es más frecuente que los hombres (50%) y la población más joven (52%) no soliciten turno. Es posible que ello se deba a las mayores necesidades de salud de las mujeres y la población de mayor edad, pero también a que los hombres y la población más joven tienden a postergar la realización de consultas médicas, especialmente las preventivas (Kornblit, 1997; Freidin y Krause, 2016).

## Vivencias y consecuencias de la espera para acceder a los servicios de salud

El análisis cuantitativo presentado en la sección anterior arrojó una serie de asociaciones estadísticas que dan cuenta de la desigualdad social en la espera para acceder a los servicios de salud. Los datos de las encuestas nacionales analizadas permiten describir cuáles son los grupos sociales que tienen mayores “desventajas temporales”: los de menores ingresos y educación formal, los que cuentan sólo con cobertura pública, y los que no residen en la CABA. En esta sección nos basamos en el análisis cualitativo preliminar de los datos reunidos en grupos focalizados para poder observar *cómo* las personas con mayores desventajas estructurales viven los tiempos de espera, sus *consecuencia* para la atención/des-atención de la salud, y los *recursos* que algunas logran movilizar para poder acelerar los tiempos de acceso a la consulta médica y a la realización de estudios y tratamientos.

Hasta la fecha realizamos cinco grupos focalizados con mujeres de 18 a 60 años que residen en un barrio de sectores populares localizado en el norte del conurbano bonaerense. Si bien reconstruimos aquí las visiones y experiencias de espera de las mujeres, los relatos reunidos en los grupos no sólo refieren a su caso personal sino también al cuidado de sus hijos y parejas, y en algunos casos reflejan las experiencias de vecinos y otros miembros de sus redes interpersonales.

Como veremos, los tiempos de espera son fundamentales a la hora de decidir el servicio dónde buscar atención. El abanico de opciones se encuentran principalmente dentro del sector público en los distintos efectores del Municipio (Centro de Atención Primaria, Postas sanitarias y Hospitales) y de otras localidades cercanas o la CABA; los servicios de la seguridad social y la medicina prepaga son una opción para muy pocas de las mujeres que participaron de los grupos que cuentan con estas coberturas por su condición de



trabajadoras formales o la de sus marido; y las menos aún que pueden acceder a la atención privada recurren a consultorios y clínicas cercanas como gasto de bolsillo para lograr una atención más rápida. Cuando la capacidad de elegir el efector se ve sumamente restringida por falta de recursos materiales para contrarrestar la espera de los efectores públicos o de la seguridad social, la consecuencia es “*aguantar*” el malestar y/o postergar el cuidado preventivo.

### ***Las múltiples esperas en los servicios de salud del sector público***

Los tiempos de espera que imponen los servicios de salud obstaculizan de diferentes modos el acceso al cuidado médico y de otros especialistas, incluyendo las consultas y la realización de estudios y tratamientos. Cuando se trata del hospital público del Municipio, el mecanismo para conseguir un turno requiere generalmente ir a la madrugada o la noche anterior a hacer la fila para estar entre los primeros lugares, ya que los turnos se asignan hasta que se completa el cupo y no hay posibilidad de pedirlos por teléfono. La escasez de la oferta de atención en determinadas especialidades (como traumatología infantil) y turnos para prácticas médicas (cirugías) en los hospitales cercanos restringe aun más las chances de acceso frente a la gran demanda de atención. De este modo, a la incomodidad y el padecimiento que genera el procedimiento burocrático para acceder al turno se agrega la incertidumbre de poder conseguirlo aún después de esperar horas:

Carla- [para] ciertas cosas tenés en el Centro de Salud, [pero para] algo más complejo tenés que ir al hospital y a las cuatro y media dan número en el hospital. Te dan treinta, cien números en todo el hospital. Cuatro y media los empiezan a dar, imagínate que tenés que ir a dormir allá al hospital para conseguir un turno.

Laura- En el caso mío, yo como tenía que sacar turno con el cirujano, yo no conseguí turno, porque ya había gente del día anterior. Ya empiezan a ir al hospital [zonal], empiezan a ir a las diez de la noche, y dan solamente cien números, y el turno para el cirujano, dan cinco turnos nada más. (Grupo 2)

Gabriela- Y traumatólogo también, es uno de los problemas que hay por acá en la zona, solamente está en el hospital [de otra localidad], traumatología infantil.

Valeria- Cuesta horrores conseguir los turnos para hacerte... tenés que amanecer ahí directamente, dormirte ahí. (Grupo 3)

Los relatos muestran cómo los mecanismos administrativos para el acceso a los turnos hospitalarios resultan en tiempos de espera que afectan negativamente la accesibilidad a la atención médica (Chiara, 2016). A esta barrera institucional para la atención en los hospitales del Conurbano bonaerense se agrega la heterogeneidad que existe entre Municipios en la oferta de prestaciones en los establecimientos, sean estos de gestión local o provincial, producto de un complejo conjunto de factores políticos, presupuestarios y de gestión (Chiara et al., 2009). La disparidad genera restricciones en el acceso a determinadas especialidades por la escasa o nula oferta de algunos especialistas en los hospitales dependientes del Municipio en el que llevamos a cabo el estudio.

Existe un mecanismo institucional para reducir el tiempo de espera y la incertidumbre para el acceso a la atención hospitalaria que consiste en que los pacientes sean derivados directamente desde el Centro de Atención Primaria (CAPS) del barrio a un especialista del Hospital zonal. Así es que Laura del Grupo 2, luego de intentar infructuosamente conseguir turno con el cirujano para realizarse una operación de vesícula indicada por su médica clínica meses atrás, estaba esperando que el médico que la atendió la última vez en la “Salita” gestionara directamente el turno en el Hospital. Pero no siempre los médicos activan

este mecanismo de derivación para agilizar el acceso, y por otra parte, a veces las mujeres van a consultar directamente al Hospital.

La demora para ser atendido dificulta la continuidad del cuidado médico ya que los plazos extensos, sea para la asignación de los turnos para la realización de estudios o para las consultas médicas, generan que muchas veces los estudios de laboratorio o imagen se venzan y que los pacientes tengan que volver a hacérselos. Se inicia así un nuevo ciclo de demora y un mecanismo institucional de desaliento para la continuidad de la atención con los distintos perjuicios para la salud que el retraso puede ocasionar, trátase de un chequeo de prevención primaria, del control de una condición de salud crónica o de una intervención quirúrgica. Por ejemplo, en el Grupo 2, Carla comenta que para lograr acceder a una cirugía en el Hospital del Municipio de gestión provincial, *“a veces pasa también que tenés todos los estudios, y cuando te dan un turno ya están todos vencidos los estudios. (...) A mí me ha pasado de ya tener los estudios y que se venzan, porque te duran un mes o dos meses, más de eso no te duran. (...) Yo me re-cansé de ir... te ganan por cansancio (...). Te agota, te cansa (...) No hay cirujano ese es el problema. Tener los tenés [a los estudios] ¿Y quién te opera?”*.

Cuando se trata de estudios preventivos o chequeos de rutina, las mujeres cuentan que si se tienen que esperar meses pueden llegar a olvidarse del día del turno para la realización del examen. Carolina en el Grupo 1 es elocuente cuando comenta que las órdenes médicas *“mueren”* en su cartera, experiencia que comparten varias de las restantes mujeres del grupo:

Carolina:- Yo tengo un problema [hipotiroidismo e hipertensión], que yo sí hago los controles preventivos, les pido para hacerme un chequeo, y después mueren mis órdenes ahí en mi cartera. (...) O sea no es que no voy, acá lo que pasa es que te dan los turnos tan largos, o sea yo cada tanto una vez al

año me suelo pedir para hacerme un chequeo. Y cuando vas a sacar el turno para los análisis te lo dan de acá a, no sé, dos meses. Y el día del coso me olvidé, ya no fui.(...)

Alicia- Sí, yo también. Por ahí el tiempo, todas esas cosas, es ir a la mañana, a la madrugada a sacar un turno, después te olvidás, como dice Carolina, lo que sacaste te olvidás, y ya después decís otra vez a la madrugada ir, y tampoco vas, y entonces así se te va pasando.

Marta- Sí, lo mismo. Yo hace poco tenía un turno para hacerme todos unos estudios [chequeo ginecológico] que me iba a hacer, y ahí está, se venció, se quedó al olvido, y no me fui. Mi hija se enojaba, me dice, “mami, tenés que ir a hacerte”. Hace como tres años que no me hago nada. (Grupo 1)

A este conjunto de circunstancias negativas que conducen a discontinuar la atención se suma que parte de los estudios de control se realizan en el CAPS mientras otros requieren de tecnología más compleja y se envían para su análisis al laboratorio del Hospital zonal. En ocasiones, los resultados de estos estudios tardan en llegar o bien nunca arriban, generando un tiempo perdido para los pacientes:

Carolina: El anteaño me hice, fui, me hice el análisis, porque hacían esos análisis en el Centro de Salud. Nunca llegaron los análisis, estuvo como un año, no llegaban nunca los análisis ahí. Y después ya llegó el otro año de nuevo que me lo volví a hacer, y ya ni sé, porque ya no pregunté más, creo que no llegaron nunca los análisis. Porque venían del hospital de [la localidad], te sacaban sangre acá [en el CAPS] y después te los traían, te mandan los resultados. (Grupo 1)

En estos casos el trabajo en red de los distintos efectores del subsector público muestra importantes falencias para la atención primaria de la salud (APS) en el nivel territorial. Si bien la conformación de redes de servicios en APS busca superar la fragmentación en la atención y generar eficacia y equidad para los usuarios, así como eficiencia para el funcionamiento del sistema sanitario en los distintos niveles de atención (Chiara, 2016: 13; Bianco y Grigaitis,

2005), los testimonios reunidos en los grupos dejan ver que esta meta es difícil de alcanzar producto de fallas en la coordinación asistencial. Este concepto refiere a “la capacidad que alcanzan los servicios de salud para procurar (de manera concurrente) un objetivo asistencial en común al paciente, sin que se produzcan desajustes que terminen perjudicándolo, todo esto de manera independiente de cuál sea el lugar en el que el paciente sea atendido” (Chiara, 2016: 14). Vemos en nuestro estudio que las fallas organizativas del trabajo en red redundan negativamente en la discontinuidad de la atención médica para los pacientes.

En contraste con el mecanismo de acceso a los turnos para la atención hospitalaria, en el CAPS del barrio los turnos se solicitan por teléfono a través un número gratuito, o los asignan directamente los médicos cuando se trata de pacientes que ya tienen una historia clínica para su seguimiento. Sin embargo, los turnos telefónicos suelen demandar un tiempo prolongado de espera para efectivizarse. Para cuadros que requieran una atención más rápida existe la denominada demanda espontánea a la que la población adulta puede acceder un día por semana sin turno previo. La posibilidad de lograr una consulta bajo esta modalidad también tiene un margen de incertidumbre ya que depende de la cantidad de pacientes que concurran ese día y de los recursos médicos disponibles, priorizándose la atención pediátrica y la estacionalidad epidemiológica:

Verónica- Pero creo que es miércoles nada más, o sea, un miércoles cada semana atiende el clínico, pero hasta cierto punto, o sea, a catorce personas que hay demanda y le dan un número y...

Gabriela- Porque no estaban atendiendo además ahora [en invierno], por el tema de que los chicos tenían mucho problema de broncoespasmo, entonces no daban lugar, o no daba abasto para los grandes. (Grupo 3)

Las mujeres también pueden concurrir al CAPS sin turno a hacerse un PAP dos días a la semana que están pre-determinados, aunque mediante esta modalidad no pueden elegir el profesional con el cual realizarse el estudio.

En el Grupo 5 surgió una discusión acerca de las prioridades de atención en el Centro de Salud, y sobre cuándo se puede esperar y cuándo no desde la perspectiva de los usuarios. Cuando una de las participantes plantea que para sacar turnos para consultas preventivas (*“cuando vos estás sana”*) en el CAPS demoran meses *“por ejemplo, si yo voy mañana temprano, para hacerme mañana la consulta [por demanda espontánea] para que me den la orden y qué sé yo, no me atienden en el día. ¿Entendés? Tengo que llamar por teléfono, ¿no es cierto?, y te dan después, no sé, a un mes, a dos meses, tres meses...”*, otra le responde que la demora es importante cuando estás enferma o te sentís mal pero no cuando te sentís bien, y otra concluye que el problema es más general ya que a nadie le gusta esperar. El diálogo pone en contrapunto la racionalidad de los servicios públicos y la de los usuarios. Desde la racionalidad organizativa, el tiempo de espera impuesto para acceder a un turno funcionaría como un mecanismo para racionar recursos: se impone mayor tiempo de espera a aquellos pacientes cuya necesidad de atención es menos urgente (Laudicella et al., 2012). Mientras algunas participantes acuerdan con este criterio, otras por el contrario priorizan las necesidades del paciente (Buetow et al., 2002) que demanda cuidado preventivo en el primer nivel de atención con menor tiempo de espera para que sea más eficaz.

En varios grupos se planteó que el tiempo de espera para las consultas programadas en el CAPS constituye un problema que si bien se agudiza con determinados especialistas como odontólogos y psicólogos por la falta de profesionales, también es habitual con los médicos clínicos y generalistas aunque su número sea considerablemente mayor, incluyendo a los médicos residentes:

Gabriela: Mi marido tenía que llevar los estudios, iba a preguntar, ya en noviembre me dijeron que en febrero, a fines de febrero tenían turno para el clínico. (Grupo 3)

Las Postas Sanitarias creadas para facilitar el acceso y la continuidad de la atención en APS funcionan en distintas zonas del barrio, especialmente en aquellas de mayor vulnerabilidad sanitaria, con médicos de planta y residentes del CAPS. Abren sus puertas sólo dos días de la semana por la mañana y priorizan la atención materno-infantil. Algunas participantes de los grupos señalan que además de la ventaja de la cercanía a sus domicilios, en las Postas otorgan turnos con plazos más cortos que en el CAPS (cuando se los obtiene a través del número telefónico del Municipio). Sin embargo, también existe una dificultad temporal para acceder a los turnos. Al limitado horario de atención se agrega que los turnos se entregan un solo día del mes a la mañana muy temprano (con excepción de la atención de los niños que ya son pacientes a los que los médicos le otorgan en la consulta el próximo turno de seguimiento), y una vez que éstos se acaban los vecinos deben esperar al próximo mes para solicitarlo. En el diálogo que presentamos a continuación vemos que no siempre se puede estar desde muy temprano para obtener el turno debido a las obligaciones cotidianas de las mujeres, como llevar los hijos al colegio, aún viviendo frente a una de las Postas:

Gabriela- Acá nos da los primeros días de cada mes los turnos, pero te dan para quince días, tenés que venir acá temprano.

Betina- Pero vos estás enfrente.

Gabriela-Sí.

Betina- O sea, tenés que cruzar temprano.

Gabriela- En realidad sí, pero por los chicos, viste, que tenés que llevarlos al cole y eso y a veces perdés...

Betina- El turno.

Gabriela-El turno, porque no todas [las que están esperando] te dejan, viste, llevar y venir de vuelta. (...)

Betina- ¿A qué hora tenés que venir, qué sería temprano para que XX [la referente de salud de la posta] te dé turno?

Gabriela-Y, a las cinco de la mañana.

Betina- Ah, bien temprano.

Gabriela-Sí, sí porque ya estás ahí, a las cinco o seis.

Betina- ¿Y cuántos turnos dan?

Gabriela-Y para todo el mes, una sola vez. (Grupo 3)

La mayoría de las mujeres que participaron de los grupos cuando además de ocuparse del trabajo doméstico y del cuidado de los miembros del hogar están insertas en el mercado de trabajo, lo hacen como trabajadoras en casas de familias en barrios cerrados y countries cercanos o en la Ciudad de Buenos Aires. Los condicionamientos de género en los arreglos hogareños y la escasa posibilidad de ejercer agencia temporal para flexibilizar el horario laboral como trabajadoras del servicio doméstico (Boersma, 2015) lleva a que muchas veces las Postas Sanitarias no constituyan un recurso territorial para acelerar los tiempos de atención. Pese a la accesibilidad geográfica, el mecanismo de acceso al turno y los horarios y días limitados de atención también constituyen barreras para la atención primaria de la salud.

Si bien la espera para conseguir turnos programados constituye una barrera organizativa de los servicios de salud del primer nivel de atención, la espera resulta más dramática en la guardia hospitalaria en situaciones agudas y de incertidumbre sobre el cuadro clínico en cuestión. Una de las participantes del Grupo 5 se explaya sobre el padecimiento y la violencia institucional que experimentó con la espera impuesta por el personal administrativo en la guardia del hospital para atender a su esposo cuando tuvo un episodio de vértigo posicional. Aunque la ambulancia del Municipio llegó muy rápido a su domicilio y los médicos realizaron el diagnóstico, no le brindaron mayor atención ni lo trasladaron a un centro médico. Como los síntomas del esposo empeoraron, fue la familia la que lo llevó a la guardia del hospital más cercano porque estaban muy asustados por la posible gravedad del cuadro:



Margarita: Ya le daban vuelta los ojos, le daban vuelta los ojos, se moría, para mí se moría ahí. Entonces llamo a mi hijo y lo llevamos al hospital [provincial]. Y le digo [a la mujer de la ventanilla] tiene un ataque. ¿Ataque de qué?- me dice. No sé, un ataque de qué no sé, le digo, pero está muy mal, le digo, tomale la presión aunque sea, le decía yo. Mirá, para la presión, un momentito, para la presión tiene veinticuatro antes que él, primero. Le digo pero se está muriendo, le decía yo, porque de verdad parecía que se estaba muriendo. Le digo a mi hijo: no lo van a atender acá. Fuimos otra vez al hospital [de su Municipio] (...). Pero lo atendieron por lo menos en la guardia (...). Después se quejan porque la gente, si vos vas con alguien muy mal, desesperado, claro, le querés patear la puerta, le querés romper... porque te da eso si... o sea, a nadie le gusta andar a las patadas [varias acuerdan], pero si vos vas desesperada con alguien... Yo me di vuelta y me fui (Grupo 5).

El relato deja en evidencia la discrepancia entre la vivencia de la urgencia y la desesperación de los familiares, y la valoración médica del caso para asignar prioridades en la atención de guardia. La instancia administrativa que impone el tiempo de espera e intermedia entre los pacientes y sus familiares y el personal médico es vivida en este caso como un maltrato (Lopera Betancur et al., 2010; Wellstood, 2005). La violencia institucional puede conducir a una respuesta pragmática de aceptación por parte del paciente y sus acompañantes como lo plantea Auyero (Damin, 2014:409), ya que “la resistencia abierta les puede costar muy caro (...) [en] una sala de espera [de un hospital público]: si vos te haces un poco el loco, no sabés esperar, vas a tener que esperar un poco más”. Ahora bien, no siempre se está dispuesto a aceptar las reglas del juego que imponen algunos establecimientos hospitalarios cuando se cuenta con mínimos recursos materiales y apoyos en las redes familiares y vecinales para lograr una atención más rápida y un mejor trato del personal administrativo. La decisión de irse de la guardia y trasladarse a otro efector puede

entenderse como una forma de resistencia “desde abajo” a las distintas formas de maltrato y demoras en la atención que experimentan los usuarios.

### ***“Aguantarse” o movilizar recursos para esperar menos***

Del extracto anterior del Grupo 5 observamos que una de las alternativas desplegadas por las familias ante la demora para ser atendido en los hospitales públicos es concurrir a otra guardia, ya sea del mismo Municipio o de otro en el conurbano. Algunas personas también optan por trasladarse a la Ciudad de Buenos Aires. Estas opciones son viables siempre que se disponga de auto en el grupo familiar o éste sea facilitado por los vecinos, o bien se pueda costear un remis. En otro fragmento del mismo grupo vemos cómo se activa el recurso del desplazamiento a otro efector que brinda una mejor y más rápida atención para contrarrestar la demora en una situación de gravedad que requería de una pronta intervención quirúrgica:

Susana- Mucha gente que los atendieron mal o no los atendieron en [el hospital provincial], yo tengo vecinos que se han ido a [otro Municipio], y les hicieron todo rápido!, análisis, ecografía, todo.(...)

Teresa- En el Pirovano [en CABA] vos vas y te atienden, o sea, te atienden lo más bien.(...) Nosotros la llevamos de urgencia a mi mamá para que la operaran porque tenía fibroma y quistes. Y mi mamá andaba con muchos dolores y acá en el hospital [Provincial Zonal] le habían dado tres meses para la operación. Entonces no, nosotros agarramos y la llevamos. Y le hicieron unos estudios, todos en el momento, y la operaron. (Grupo 5)

Ante los tiempos de espera que impone la sala de guardia, otra opción es llamar al servicio público de ambulancias, aunque para lograr que vayan a su casa tengan que exagerar los síntomas. A la lógica médica de ponderación de las urgencias para enviar ambulancias cuando los vecinos las

solicitan y la disponibilidad de unidades móviles, se suma la inseguridad en algunas zonas del barrio: como hubo casos de robos a las ambulancias estas evitan entrar en dichas zonas. Este factor de segregación socio-territorial genera mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad para algunos vecinos. Si bien algunos exageran los síntomas para lograr que su pedido sea efectivo, otros se “aguantan” el malestar como vemos en el siguiente diálogo:

Margarita- Muchas veces te la aguantás.

Gisella- O llámás al [Sistema de emergencia del partido]. Aunque ahora no sé si funciona.

Susana- Tenés que exagerar, porque según lo que vos tenés, vienen. Si vos decís que mi papá está tirado en el piso o tiene presión [alta], por ahí viene a la hora, pero si no por una cosa otra... no viene, no viene.

Marina- No, no vienen. El año pasado le robaron a la ambulancia. (Grupo 5)

Algunos también se “aguantan” los malestares si no consiguen turnos programados en los servicios públicos en un tiempo razonable y no pueden costear consultas privadas. Sin embargo, las familias que sí disponen de capacidad de pago de bolsillo para acceder a consultas y realizarse estudios de manera privada, e incluso comprar la medicación como gasto de bolsillo, optan por no esperar:

Gabriela: Porque en realidad si nosotros necesitamos yo me voy en una clínica.

Betina- Y pagás.

Gabreila- Y pago. (Grupo 3)

A pesar de que los grupos fueron realizados con población de clase trabajadora que en su gran mayoría no cuentan con la cobertura de obra social ni prepaga (20 de las 32 mujeres), la opción de recurrir al sector privado en clínicas y consultorios cercanos para acelerar los tiempos de espera fue mencionado como una posibilidad antes distintas

circunstancias. En el Grupo 3, por ejemplo, una de las participantes en una ocasión en la que se sentía muy mal por un problema en la vesícula se atendió en una clínica privada para que la diagnosticaran y trataran en el día; otra participante lleva a su hijo que tiene asma severo a un neumólogo en una clínica privada debido a que no hay oferta de esta especialidad en el Hospital provincial del Municipio y para atenderlo en el sector público debería viajar hasta otra localidad e ir muy temprano para sacar turno; y otra participante se realiza los estudios de chequeo que le exigen para practicar deportes de forma privada cuando los necesita rápido porque los resultados se los entregan en el día. En el mismo grupo una participante cuenta que en algunas ocasiones ella u otros integrantes de su familia se realizan estudios y consultas médicas en un centro privado cercano debido a que no deben esperar tanto tiempo ni afrontar la incertidumbre de no conseguir turno: *“vos llamás, sacás el turno y ya te lo dan, no para mañana, pero te lo pueden dar para el martes, miércoles, de la otra semana. Y es seguro que lo tenés al turno, no tenés que esperar tanto tiempo”*.

### ***La espera prolongada no es patrimonio exclusivo del sector público***

Como ya lo señalamos, la mayoría de las participantes no cuentan con otra cobertura de salud más allá de la universal del sector público. Sin embargo, cuando tienen acceso a una cobertura de obra social o de medicina prepaga también refieren a las demoras en estos subsectores. Estas experiencias no sólo generan comentarios críticos sino también que se relativicen los tiempos de espera en los servicios públicos: *“con la obra social pasa lo mismo”*, dice Mara en el Grupo 4, y *“las obras sociales hoy día también es como [el] municipal”*, comenta Gisela en el Grupo 5. Al tiempo de espera de los turnos se agrega en algunos casos el tiempo de traslado cuando el prestador de la obra social se encuentra a una distancia considerable del lugar de residencia. Se genera de

este modo un obstáculo temporal mayor—además de los costos del traslado— especialmente cuando tienen que llevar a los hijos. La demora se prolonga aún más si la obra social requiere de trámites de autorización de los estudios que en algunos casos deben hacerse en la CABA, frente a la atención burocráticamente más simplificada en el Centro de Salud. En estas circunstancias atenderse en este último servicio resulta la mejor opción:

Teresa- Yo en realidad [voy al CAPS] por no viajar hasta [Municipio X] porque yo tengo mi obra social, pero es un viaje ir hasta allá, y aparte que yo tengo mis nenas, mucho el viaje no me gusta.

Gisela- Aparte las obras sociales hoy día también es como municipal

Teresa- Sí

Gisela- porque... yo por ejemplo pedí para neumonólogo, dos meses tengo que esperar. El mes pasado pedí. Una prepaga tengo yo por mi marido. No te dan tampoco. Ginecología me dan para veintidós días, no es que me da mañana ni la semana que viene, así, está todo, viste...

Blanca- Y te cobran.

Betina- ¿Te cobran?

Gisela- Sí, poco, pero el estudio lo tengo que mandar a autorizar, tengo que ir a Capital, es todo un tema.

Margarita- Bueno, eso es lo que pasa con las obras sociales. Ahora todos los de la obra social te piden que vayas a Capital, porque todos están en Capital. Piden que te vayan como a aprobar el chequeo que vos te tenés que hacer. (GF 5)

### ***Valorización positiva de los recursos de salud del barrio para acelerar la atención***

Es importante mencionar que varias participantes relataron experiencias positivas en el CAPS y en las Postas que incluyen tiempos de atención que consideran aceptables. Los tiempos de espera aceptables incluyen poca demora en la atención por demanda espontánea ante cuadros agudos, pero también plazos cortos para la realización de exámenes

médicos preventivos. Por ejemplo, en el Grupo 4 una participante cuenta que todos los años se realiza el PAP en el CAPS del barrio y que “no hay excusa” para no realizárselo ya que ella se anota en la “Salita” y en el mismo día tiene turno para realizárselo:

Mara- Vas tal día a tal hora, sin turno, está el doctor, está la doctora, podés ir a hablar si necesitás.(...). Hay dos días en la semana que se hacen PAP, que vos vas a las ocho de la mañana y te anotás y te lo hacen. Y no necesitás haber pedido un turno con una doctora específica. Si vos querés con un doctor específico lo pedís con tiempo. Entonces las posibilidades están. (Grupo 4)

En el mismo grupo, otra participante comenta que accede a una atención muy rápida en el CAPS cuando tiene ataques severos de asma, adonde se atiende habitualmente pese a contar con cobertura de obra social: *“Siempre me han salvado la vida ahí (...) las chicas ya me conocen, las enfermeras. Y enseguida me ponen el oxígeno”*.

La formación en medicina comunitaria de varios de los médicos del CAPS, que cuenta con un programa de residencia en medicina general, también facilita un vínculo más personalizado a través de la participación de los vecinos en actividades extramuros. *“El laburo que hacen los médicos en el Centro de Salud es muy importante porque la verdad es que salen a caminar el barrio. Se han hecho un montón de cosas”* comenta una de las participantes del Grupo 4, a lo que otra agrega *“generan talleres, cuestiones educativas”*. En el Grupo 2, que realizamos con mujeres que estaban completando un bachillerato popular en una organización social del barrio, se planteó como algo muy positivo los Talleres de Salud que organizan desde el CAPS en el lugar una vez por semana. No sólo aprenden cuestiones referidas a la promoción de la salud (alimentación saludable, sexualidad, etc.) sino que también a través de estas actividades se construye un vínculo más personalizado y continuo con los médicos residentes que participan de dichas experiencias. Para las mujeres, esta

interacción constituye en sí misma un recurso para sortear los tiempos de espera para acceder a un turno en el CAPS, ya sea porque los médicos les “llevan” el turno el día del Taller o porque ante cuadros que revisten urgencia o por condiciones de salud que requieren de monitoreo médico permanente se presentan directamente sin turno en la Salita y son atendidas allí por los médicos residentes que las conocen:

Florencia- No, por ejemplo yo pedí turno con ellos [los médicos residentes que dictan el curso] y ya me trajeron el turno para el día 23, ya tengo turno. (...)

Laura- Yo prácticamente voy sin turno.

SI- Sí, a mí también me atienden sin turno. (...) Como ya me conocen, directamente me hacen pasar.

Mariana- Si es que no están con mucha gente te hacen pasar y te atienden un ratito después.

Betina- Aunque no tengas turno.

SI- Claro.

Florencia- Lo que pasa es que si no le pedimos acá...

Mariana- Si es algo urgente, por ejemplo ella estaba con un sangrado, una herida, mirá, XX [nombre de médico residente], en un ratito te hacen

Carla: Lo que pasa es que también, otra de las cosas, a nosotros porque trabajan acá y todo y ya tenemos un tratamiento con ellos, pero si tenés que sacar al 0800 para cinco meses tenés turno. (Grupo2)

Los relatos de las participantes dejan ver los beneficios para las mujeres de la articulación de las actividades en la comunidad y la tarea asistencial que llevan a cabo los médicos residentes del Centro de Salud. Articulación que redundan positivamente en la integralidad y continuidad en el acceso a los servicios de salud públicos, agilizando asimismo los tiempos de atención.

## Conclusiones

Los datos agregados muestran que son los grupos sociales de menores ingresos, menor nivel educativo formal y que cuentan únicamente con cobertura pública los que en mayor medida deben esperar más ser atendidos. A ello se suma la localización geográfica, ya que los tiempos de espera se reducen para la población residente en la CABA. El análisis preliminar de los datos cualitativos del estudio en curso con mujeres que residen en un barrio de clase trabajadora del norte del conurbano bonaerense muestran que los tiempos de espera constituyen una barrera para acceder a la atención especialmente en los hospitales cercanos pero también, aunque en menor medida, en el CAPS por la alta demanda de atención y la lógica organizacional de asignación de los turnos. Los días y horarios limitados de atención y el mecanismo para la obtención de los turnos también obstaculizan el acceso a la atención en las Postas Sanitarias. Las restricciones temporales en el acceso en el subsector público generan bien que los usuarios se trasladen a Hospitales de otras localidades y Municipios o a la ciudad de Buenos Aires para acelerar la atención, o bien un gasto de bolsillo para las familias con una mayor capacidad financiera relativa de acceder al sector privado en clínicas y consultorios cercanos para efectuar consultas y estudios diagnósticos de manera inmediata, o más rápido. Para acelerar el tiempo de espera en el acceso, las mujeres que participan en organizaciones barriales movilizan el vínculo más personalizado que construyen con los médicos del CAPS, cuyo equipo de salud desarrolla actividades en la comunidad que posibilitan interacciones más continuas con las vecinas y vecinos. Estas articulaciones se orientan a alcanzar una de las metas de APS, la continuidad e integralidad de la atención (Chiara, 2016; Bianco y Grigaitis, 2005). A través del vínculo más personalizado acceden a turnos programados en el CAPS saltando el mecanismo burocrático para obtenerlo, o a la atención sin turno previo



con los médicos residentes que ya las conocen reduciendo los tiempos de espera que impone la lógica organizativa del servicio.

## Bibliografía

- Ballesteros, M. S. (2016). Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Revista Gerencia y Política de Salud* 15 (30).
- Ballesteros, M.S. 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*, Oct.-Dic.; 11 (4): 523-35.
- Báscolo E., Yavich N., Urquía, M. (2007). Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Ene.-Jun.; 6 (12) 112-25.
- Bianco, J. y Grigaitis, L.(2005). Atención Primaria de la Salud: una reflexión desde las Ciencias Sociales. *Salud y Población*, 4: 14-21.
- Boltanski, L. (1974). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia.
- Boersma, M. K. (2015). Low incomes, fast lives? Exploring everyday temporalities of Filipina domestic workers in Hong Kong. *Time & Society*, 25(1): 117-137.
- Buetow, S., Adair, V., Coster, G., Hight, M., Gribben, B. y Mitchell, E. (2002). Qualitative insights into practice time management: does 'patient-centred time' in practice management offer a portal to improved access?, *British Journal of General Practice*, 52, 981-987.
- Checa, S., Erbaro, C., Schwartzman, E. y Tapia S. (2011). Calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes desde la perspectiva de género y

- derechos en servicios de salud adolescente de efectores públicos de caba. IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población; Ago 10-12; Bs .As., Argentina. IIGG, UBA.
- Chiara, M. (2016). Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional, *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 15 (30): 10-22
- Chiara M, Moro J, Ariovich A, Jiménez C. (2010). *La política sanitaria local en el Municipio de Malvinas*. Los Polvorines: ungs.
- Chiara, M., Di Virgilio, M.M. y Moro, J. (2009). Inequidad(es) en la atención de la salud en el gran buenos aires. Una mirada desde la gestión local. *Postdata*, 14:98-127.
- Damin, N. (2014). El Estado, la espera y la dominación política en los sectores populares: entrevista al sociólogo Javier Auyero. *Salud Colectiva*, 10(39): 407-415.
- Findling, L., Abramzón, M., Peterlini, C. (2004). Desigualdades en salud: de la teoría a los indicadores. Actas del II Congreso Nacional de Sociología ¿Para qué la sociología en la Argentina actual?; Oct 20-23; Buenos Aires, Argentina. Carrera de Sociología, UBA.
- Freidin, B., Krause, M. (2016). La atención de la salud y la percepción de riesgos: género, ciclo vital, y experiencias biográficas. En: B. Freidin (coordinadora), *El cuidado de la salud: mandatos culturales, experiencias biográficas y prácticas cotidianas en sectores medios de Buenos Aires*. Buenos Aires: Imago Mundi (en prensa).
- Gutiérrez, M.A., Gogna, M., Caromero, M. (2001). Estudio de caso. Programas de salud reproductiva para adolescentes en Buenos Aires, Argentina. En M. Gogna (coordinadora), *Programas de salud reproductiva para adolescentes*. Buenos Aires: Cedes.
- Kornblit, A.L. (1997). *Culturas juveniles*. Buenos Aires: Eudeba.

- Laudicella, M., Siciliani L., Cookson R. (2012). Waiting times and socioeconomic status: Evidence from England. *Social Science and Medicine*, 74 (9): 1331-1341.
- Llovet, J.J. (1984). *Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso*. Buenos Aires: CEDES.
- Lopera Betancur, M. A., Henao, M. L. G., Ramírez, M. C. M., y Pulido, C. F. (2010). Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1): 64-72.
- Lorenzetti, M. (2011). Relaciones interétnicas y prácticas de atención de la salud en el Chaco Salteño. *Corpus. Archivos virtuales de la alteridad americana*. Jul.-Dic.; 1 (2): 1-15.
- Maceira, D., Urrutia, M., Olaviaga, S., Cerrizuela, B., Chami, C., Díaz A., et al. (2014). Necesidades y acceso a los servicios de salud de la población adolescente en el norte argentino. *Revista Argentina de Salud Pública*. Sep.; 5 (20): 17-24.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Otero, R. (2006). Oferta, demanda y calidad de atención médica. *Revista del itaes*; 8(4): 9-13.
- Phelan, J.C., Link, B. G. y Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51: S28-S40.
- Ponce, M. (2015). El cuidado de la salud de los que cuidan. Las cuidadoras familiares. En E. López y Findling L (Eds.), *De cuidados y cuidadoras*. Buenos Aires: Biblos.
- Salvia, A. y Adaszko, D. (2014) Anexo metodológico. En: A. Salvia (Ed.), *Un régimen consolidado de bienestar con desigualdades sociales persistentes. Claroscuros en el desarrollo humano y la integración social*. Buenos Aires: Observatorio de la Deuda Social Argentina, Pontificia Universidad Católica Argentina.

- Siciliani, L. (2014). Inequalities in waiting times by socio-economic status. *Israel journal of health policy research*, 3(1).
- Strazdins, L., Welsh, J., Korda, R., Broom D. y Paolucci, F. (2015). Not all hours are equal: could time be a social determinant of health?. *Sociology of health and illness*, 38(1): 21-42.
- Wellstood, K., Wilson, K. y Eyles, J. (2005). "Unless you went in with your head under your arm": Patient perceptions of emergency room visits. *Social Science & Medicine* 61: 2363-73.