



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD**

**“Principales barreras organizacionales que influyeron en la accesibilidad de los usuarios a turnos en los Servicios de Traumatología y Oftalmología en el Hospital Regional Ushuaia durante el año 2015. Una aproximación a la perspectiva de los gestores”**

Maestranda: María Gabriela Etienot

Directora del Trabajo: Mg. Gabriela Blejer

Ushuaia, 23 de marzo de 2019

## **Agradecimientos**

Al Director Ernesto Báscolo y a todo el equipo docente de la Maestría.

A la Directora de esta tesis Gabriela Blejer por su cálido acompañamiento e incondicional dedicación.

A los compañeros y compañeras de la Cohorte 2015-2017 sin quienes no hubiera resultado posible llegar a esta instancia final.

A quienes formaron parte del trabajo de campo y a quienes diariamente comparten el día a día en el Hospital Regional Ushuaia.

A cada usuaria/o que compartió conmigo sus experiencias y desavenencias por el sistema de salud local.

A mi familia, por su comprensión y cercanía en la tarea de seguir aprendiendo.

## Tabla de contenido

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	7
Introducción.....	9
Justificación del problema .....	13
Planteamiento del problema.....	18
Objetivos .....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos .....	19
Descripción del contexto .....	20
Características Socio-demográficas de la Provincia de Tierra del Fuego.....	20
Características del Sistema Sanitario Provincial.....	23
Marco normativo .....	23
Estructura sanitaria local.....	24
Descripción de los servicios en estudio .....	27
Algunos indicadores de salud .....	29
Marco conceptual .....	30
De la cultura organizacional.....	30
De la Accesibilidad a los Sistemas de Salud. De las barreras de la accesibilidad. ....	35
De las Redes de Servicios de Salud.....	40
Metodología.....	43
Tipo de estudio .....	44
Universo o población objetivo. Criterio de selección. ....	45
Instrumentos de indagación y registro de datos.....	45
Fuentes de información.....	47
Técnicas de recolección de información .....	47
Análisis de Datos .....	47
Consideraciones éticas .....	49
Análisis e interpretación de datos. ....	49
Resultados .....	51
De la cultura organizacional.....	51
De la conformación agendas de turnos .....	53
De las modalidades de entrega de turnos .....	67

---

De las barreras de accesibilidad .....	78
Nuevos Nudos Temáticos .....	83
Consideraciones Finales .....	88
Propuesta de mejora para la gestión .....	93
Bibliografía .....	94
ANEXOS .....	96
Anexos 1: .....	96
Carta de información .....	96
Anexo 2: .....	97
Consentimiento informado .....	97
Anexo 3: .....	98
El problema en el Libro de quejas .....	98
Anexo 4: .....	99
Características del Servicio Social Hospitalario .....	99
Anexo 5: .....	102
Guía de entrevistas .....	102
Anexo 6: .....	103
Algunas limitaciones de este estudio .....	103

---

Listado de siglas

HRU	HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
HRRG	HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE
SS	SERVICIO SOCIAL
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
OPS	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
DG	DIRECTOR GENERAL
DM	DIRECTOR MEDICO
JT	JEFE TRAUMATOLOGIA
JO	JEFE OFTALMOLOGIA
JG	JEFE UNIDAD DE GESTION
UGA	UNIDAD DE GESTION DE LA ATENCION

“Escena cotidiana en los hospitales públicos, decenas de personas suelen apiñarse en pasillos y salas. Como intrusos suspicaces permanecen alertas al movimiento de los empleados, a la voz que llama su nombre o número, al paso de los profesionales.

Acceder a la atención implica un itinerario de búsqueda y obtención de turnos para habérselas con análisis clínicos, estudios radiográficos, interconsultas, derivaciones. Lo hemos denominado “carrera del paciente de hospital público”.

Este itinerario de esperas interminables, solicitudes de turnos, consultas, cuyo ciclo se inicia y reinicia permanentemente, tiene para quien sufre una marca obvia e irreductible: en el proceso, el padecimiento inicial amenaza permanentemente convertirse en enfermedad que se va cronificando (o agudizando, según los casos) a partir de la trayectoria impuesta por la consulta médica y el circuito burocrático-institucional de atención<sup>1</sup>”.

---

<sup>1</sup> Margulies S, Barber N, Adaszko A, Recoder ML. Acceso al sistema público de salud. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras de la UBA; 2003.

---

## **Resumen**

### **Fundamentos:**

Las dificultades en la accesibilidad a los turnos en el hospital más austral del país - Hospital Regional Ushuaia- ha sido reconocido por distintos actores locales convirtiendo un problema de gestión en un problema social. Los objetivos del presente estudio pretenden conocer los procedimientos utilizados para la conformación y distribución de las agendas de turnos así como las principales barreras organizacionales identificadas en dos servicios seleccionados.

La cultura organizacional y las redes integradas de salud en el ámbito local proporcionan un marco de análisis y desarrollo para su comprensión y abordaje.

### **Métodos:**

Con un diseño cualitativo se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas a los gestores del Hospital Regional Ushuaia que ocuparon espacios de decisión durante el año 2015. Se confeccionó una guía de entrevistas y se utilizó la técnica del análisis temático para la interpretación de los hallazgos.

### **Resultados**

Los entrevistados identifican aspectos de la cultura organizacional y de las redes integradas de salud que configuran las barreras halladas. En cuanto a la conformación de agendas y distribución de turnos se reconocen actores y rutinas más o menos formalizadas que inciden en la cuestión.

Aspectos vinculados a la cultura institucional, a los procesos para la elaboración de las agendas y entregas de turnos en los servicios de traumatología y oftalmología y la participación de nuevos actores sociales visibilizan principales barreras institucionales. Emergen nuevos nudos problemáticos, los cuales constituyen potenciales estrategias de institucionalización de innovaciones para la gestión.

### **Palabras claves:**

Cultura organizacional, redes de servicios de salud, barreras de accesibilidad.

---

**Abstract****Basics:**

The difficulties in the accessibility to shifts in the southernmost hospital in the country - Ushuaia Regional Hospital - has been recognized by different local actors turning a management problem into a social problem. The objectives of this study intend to know the procedures used for the conformation and distribution of shift agendas as well as the main organizational barriers identified in two selected services.

Organizational culture and integrated health networks at the local level provide a framework for analysis and development for their understanding and approach.

**Methods:**

With a qualitative design, five semi-structured interviews were carried out with the managers of the Ushuaia Regional Hospital, who occupied decision spaces during the year 2015. An interview guide was created and the thematic analysis technique was used to interpret the findings.

**Results**

The interviewees identify aspects of the organizational culture and the integrated health networks that make up the barriers found. Regarding the creation of agendas and distribution of shifts, actors and routines more or less formalized that affect the issue are recognized.

Aspects related to the institutional culture, to the processes for the elaboration of the agendas and deliveries of shifts in the traumatology and ophthalmology services and the participation of new social actors reveal the main institutional barriers. New problematic knots emerge, which are potential strategies for the institutionalization of innovations for management.

**Keywords:**

Organizational culture, health services networks, accessibility barriers.

## Introducción

El presente trabajo constituye el requisito final solicitado por la Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud del Instituto Lazarte dependientes de la Universidad Nacional de Rosario dictada durante los años 2015-2017 en la ciudad de Ushuaia.

Constituye un profundo desafío para la autora ya que es el resultado de un largo proceso de búsquedas y de nuevos aprendizajes en torno, no solo a la gestión de los servicios de salud sino también a la adecuada utilización de una metodología de investigación que permita aproximarse a nuevos conocimientos.

La salud es uno de los derechos fundamentales para todo ser humano y es considerado un factor insustituible que influye en el bienestar social, el desarrollo, la economía y la educación de los pueblos. Dichos aspectos obligan a las instituciones hospitalarias a ofrecer atención médica oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria<sup>2</sup>.

De esta forma, conocer las perspectivas del sistema sanitario, especialmente en salud pública, es preocupación medular en los gobiernos de todos los países debido a que, como señala González y otros “los organismos públicos cargan sobre su espalda percepciones de ineficiencia, lentitud de respuesta y falta de capacidad para atender las demandas sociales<sup>3</sup>”.

En particular, en salud pública, estos argumentos se demuestran con los estándares de calidad expresados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud donde se destaca como principales deficiencias del sistema de salud el trato inadecuado e incorrecto que se brinda a los pacientes, la deficiente información por parte de las áreas administrativas y médicas del hospital, la falta de equipo y espacios físicos inadecuados y, en general, la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud<sup>4</sup>.

Para Mario Testa la Política de Salud es “una propuesta de distribución del poder y la estrategia como la forma de implementación de una política”. “La estrategia no es una manera de alcanzar la meta, sino una manera de ponerse en situación de

---

<sup>2</sup> González, I. B., Melo, N. A. P., & Limón, M. L. S. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 8-19.

<sup>3</sup> González, I. B., Melo, N. A. P., & Limón, M. L. S. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios gerenciales*, 31(134), 8-19.

<sup>4</sup> Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Metodología y herramientas para la mejora continua Secretaría de Salud, México (2007)

aproximarse a alcanzar la meta: ganar espacio, ganar tiempo, establecer condiciones favorables a nuestro propio desempeño<sup>5</sup>.

Dicho esto, vale mencionar que el lector encontrará en el desarrollo de este trabajo, el análisis de algunas de las principales barreras organizacionales que afectan la accesibilidad de los usuarios a los turnos en los servicios de traumatología y oftalmología del Hospital Regional Ushuaia que describen la realidad local y algunos caminos posibles para establecer condiciones que favorezcan la transformación de las barreras identificadas.

Obtener un turno con un profesional de la salud puede transformarse de una necesidad en una tarea casi imposible en hospitales con gran cantidad de demandas, escasa información respecto de las características de los usuarios y sus necesidades, reducida cantidad de profesionales en relación a la población de referencia así como los déficits de la organización para la administración de los recursos. Así también, la inexistencia de la opinión de los usuarios en la organización de los servicios de salud constituye un elemento clave subvalorado hasta el momento.

“La calidad de la atención en salud es un tema que adquiere cada vez más relevancia debido a la libertad con que opinan los usuarios acerca de los servicios recibidos, de los encargados de prestar servicios de salud y de las propias instituciones proveedoras de estos servicios. Esta situación está condicionada por los retos organizacionales y la creciente presión social determinada por la toma de conciencia de una sociedad más informada acerca de sus derechos<sup>6</sup>”.

En este trabajo se pretende abordar el problema desde su complejidad, con el objeto no solo de producir un nuevo conocimiento a través de la utilización de una metodología científica adecuada al campo de la salud, sino también de aportar sugerencias que permitan intervenciones sobre el problema desde un enfoque de mejora de la gestión.

Se pretende aportar elementos para la problematización de las dificultades de accesibilidad al sistema hospitalario de salud sirviendo como puntapié para futuras investigaciones y para el diseño de nuevas políticas más equitativas, participativas

---

<sup>5</sup> TESTA, M. (1986). Pensamiento estratégico, lógica de programación, estrategia y programación. Buenos Aires [sn].

<sup>6</sup> Ortiz Espinosa, R. M., Muñoz Juárez, S., Del Campo, M., Lechuga, D., & Torres Carreño, E. (2003). Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. Revista panamericana de salud pública, 13, 229-238.

y centradas en los usuarios de los servicios de salud en la ciudad más austral de nuestro país.

La posibilidad de reconocer las necesidades de transformación de los sistemas de salud se fundamenta en un verdadero conocimiento de la institución y sus particularidades en torno a la gestión de los procesos de trabajo y de los problemas que se presentan.

“La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del sistema, en cuáles son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción<sup>7</sup>”.

Gastão Wagner Sousa Campos propone una nueva herramienta para la gestión complementaria de las formas tradicionales adoptadas en el campo de la salud. Afirma el autor “no se trata de una propuesta que busque suprimir otras funciones gerenciales, sino un modo complementario para realizar la coordinación, planificación, supervisión y evaluación del trabajo en equipo<sup>8</sup>”.

En general, estas funciones son ejercidas con un importante grado de distancia entre los ejecutores de las funciones de gestión y los operadores de actividades finales. Se podría afirmar que el recurso del Soporte Paideia “procura escapar a la tendencia común de varias escuelas de gerencia que intervienen sobre los trabajadores y no de manera interactiva con ellos. En realidad, se considera que el saber gerencial no escapó a la tendencia predominante en la ciencia de suponer una relación casi aséptica entre aquellos que ejercen funciones de conducción y los ejecutores de tareas. Una reiteración de la separación entre el sujeto del conocimiento y del poder y el objeto a ser conocido y manipulado<sup>9</sup>”.

Parafraseando al autor, es posible pensar que la práctica se constituye como criterio de verdad, como orientadora en los cambios de rumbo.

Considerando las capacidades de transformación en las instituciones y el aporte que significa el presente trabajo desde una disciplina como el Trabajo Social para la gestión en salud, resulta importante recuperar que la cuestión de la accesibilidad en las políticas sanitarias ha sido y es en la actualidad, motivo de investigaciones y numerosas producciones a nivel de instituciones académicas y colectivos profesionales a lo largo de todo el país y la región.

---

<sup>7</sup> Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y sociedad*, 23(2), 83-108.

<sup>8</sup> Campos, G. W. S. (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte Paideia en el trabajo en salud. *Salud colectiva*, 1, 59-67.

<sup>9</sup> Campos, G. W. S. (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte Paideia en el trabajo en salud. *Salud colectiva*, 1, 59-67.

El lugar desde donde se visualiza el problema de la accesibilidad a los turnos en el Hospital Regional Ushuaia es el Servicio Social (ver anexo 4) donde desarrolla sus intervenciones la autora. Éste se ubica espacialmente en el ingreso al nosocomio, por puerta principal lindante a la mesa de entradas-lugar físico de informes y de entrega de turnos. Parte del recorrido para llegar al Servicio Social se realiza entre las filas de personas que, en diversos días y horarios, se ubican para solicitar turnos o información en relación a los mismos.

Esta ubicación espacial geográfica, ha resultado de suma importancia en la identificación y construcción del problema de estudio, el cual será desarrollado en las páginas siguientes.

Si bien este trabajo reconoce limitaciones (ver anexo 6) en torno a la imposibilidad de extender algunas de sus conclusiones a otros servicios y efectores de la red de atención, se reconoce satisfactoriamente como un primer acercamiento a la realidad local. Este acercamiento no aspira a la determinación de conclusiones cerradas, sino por el contrario, pretende dar continuidad a los diálogos iniciados e incluir en los mismos a todos los actores implicados en los procesos objeto de estudio del presente trabajo.

El lector encontrará, a partir de la delimitación del problema-objeto de estudio, el planteamiento de los objetivos, breve descripción del contexto donde se inserta el problema, marco conceptual, metodología, algunas conclusiones y sugerencias como estrategia de mejora para la gestión.

*“No habrá cambios si no hay agentes empeñados en promoverlos.  
Construir sujetos más libres, más críticos y más señores de sus destinos.  
Construir coeficientes más amplios de ciudadanía”  
Souza Campos (1998)*

## Justificación del problema

El problema del acceso a los turnos en el Hospital Regional Ushuaia ha adquirido en el año 2015 una importante relevancia social atravesando el ámbito hospitalario y de otros efectores de salud para cristalizarse en distintos medios de comunicación local de tipo radial, gráfico y televisivo de la mano de nuevos actores sociales emergentes.

La manifestación del problema, que hasta el momento podía observarse en las extensas filas de pacientes a la espera de turnos, en el crecimiento del tiempo e intentos que demanda obtenerlo, en el surgimiento de los denominados “coleros” de parte de la misma comunidad, en el reconocimiento de un área de “gestión de turnos” y en algunas “quejas” acumuladas en un libro atravesó las barreras hospitalarias para deslizarse en diversos ámbitos de la sociedad.

Cabe aquí mencionar además, algunas situaciones de violencia vivenciadas por usuarios y agentes del hospital, algunas de ellas motivadas por las expectativas y desencuentros de quienes construyen y reconstruyen las relaciones sociales y los procesos de trabajo en los micro-espacios institucionales en tensión con las necesidades de acceso a la atención médica.

Resultan ilustrativas las siguientes apreciaciones de usuarios relevadas en el libro de quejas que se citan a continuación y que se reiteran con diversas particularidades a lo largo del libro, pudiendo reconocer en estos tres testimonios de usuarios algunos de los componentes del problema en estudio.

*“En el día de la fecha, vine a sacar turno a las 1 AM encontrándome con cinco personas adelante, las cuales cobran por los turnos a otras personas que no se hacen presente, las cuales les pagan por el servicio. Al ser una fila única los primeros lugares para las diferentes atenciones las poseen ellos sacando incluso hasta ocho turnos por persona para quienes ni están presentes. Considero que es una bajeza de estas personas por cobrar y de quienes adquieren sus servicios por pagar un trámite que es personal el cual deberían hacer ellos. Deberían controlar que los turnos sean dados adecuadamente y no pase esto. (GSS, pág. 28 Libro de Quejas).*

*Señor Director: me dirijo a usted a fin de reвер el tema de los turnos, cada vez que vengo es una odisea, hago la cola como corresponde vengo temprano como hoy 8.30 hs y llegado el momento se acomoda gente, que es primo, tío, abuelo, etc y*

*nosotros que venimos temprano otra vez tenemos que esperar y me parece una falta de respeto...sugiero que den números conforme lleguen las personas para evitar conflicto. (SL, pág. 53 Libro de Quejas)*

*Son las 12.30 hs y estoy desde las 11.00 hs haciendo la cola para traumatología. La cola llega hasta la entrada y no avanza, hay gente mayor, con niños, etc. ¡Así no funciona! si dan turnos una vez al mes es necesario que atiendan más personas o ustedes sabrán como agilizar el sistema. (MP, pág. 53 Libro de Quejas).*

Este último relato escrito por una usuaria confirma la existencia de una situación particular que forma parte del problema que se estudia, el cual se describe en las páginas siguientes.

Los mayores impactos del problema, como se desarrollará, se centraron en el actor clave de toda política de garantía de calidad en la gestión de sistemas y servicios de salud: los usuarios. Vale aquí diferenciar de manera general dos grupos de usuarios para valorar el impacto del problema, por un lado los usuarios que ejercen presión y trasladan sus demandas hacia la institución a través del libro de quejas, de organizaciones colectivas y/o manifestando verbalmente sus necesidades e intereses.

Este grupo apelaba a soluciones institucionales en relación a las demoras y a la multiplicidad de gestiones a realizar para obtener turnos con profesionales del hospital. Por otro lado, aquellos usuarios “que no demandan explícitamente al sistema de salud” y que por lo tanto no encuentran respuestas a sus necesidades de atención y ven afectada su salud en la medida que no acceden o acceden tardíamente a las consultas médicas.

“Las demoras en la asignación de turnos o en una sala de espera pueden hacer que se agrave el motivo que originó la consulta de los usuarios y, en algunos casos extremos, que estos busquen otras alternativas para resolver las necesidades de salud o abandonen los tratamientos. Es por esto que las demoras en la atención también dan cuenta de la calidad de los servicios e inciden en la satisfacción de los usuarios, además de que la atención en el momento y lugar en que se la necesita hace a las características del acceso<sup>10</sup>”.

Estas situaciones acarrearán una serie de desventajas injustas e innecesarias, en tanto exponen las distancias entre las denominadas dimensiones de la calidad en

---

<sup>10</sup> Ballesteros, M. S. (2016). Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30).

salud y la realidad de gran parte de la población. Dicha población, en general, está caracterizada por desventajas en el acceso a otros bienes sociales como empleo, educación y vivienda afectando negativamente sus condiciones de vida, desmejorando los indicadores de salud y ampliando inequidades en la distribución de la riqueza socialmente producida.

Si se aplica la Ley de atención inversa de Tudor, lo más probable es que quienes no contactan a los sistemas de atención sean grupos más vulnerables que quienes sí los contactan. Tal vulnerabilidad estaría asociada, entre otras razones, a la condición social, económica y cultural de estas poblaciones, motivando que las barreras que enfrentan sean más frecuentes y de mayor complejidad<sup>11</sup>.

Otro actor clave afectado corresponde al sector profesional, en tanto evidencian situaciones donde se reconoce la realización de diagnósticos tardíos, de intervenciones urgentes que podrían ser programadas y lo más crítico, la desatención de situaciones programadas que revestían un cierto grado de urgencia.

Por último, otro actor clave en el problema, es el sector del personal administrativo, quienes se constituyen como mediadores entre las necesidades de los usuarios y las disponibilidades de las agendas de turnos hospitalarios. En esta relación, de contacto directo cara a cara con los usuarios comunican la disposición/no disposición de turnos y abordan todos los efectos de esas interacciones, destacándose de manera creciente diversos episodios de violencia verbal y/o física, que ameritaron intervenciones complejas e impactos de diversa magnitud.

De lo descrito hasta aquí es posible asumir que la cuestión del acceso a turnos dentro del subsistema público de salud constituye para los gestores, en sus diferentes responsabilidades y jerarquías, un verdadero desafío a atender siempre y cuando dicho problema ingrese en sus agendas.

Asumiendo que para que esto ocurra es necesario, aunque no suficiente, la constitución de nuevos actores sociales capaces de exponer sus necesidades y problematizar los ordenamientos sociales e institucionales vigentes. En este sentido y a los efectos de visibilizar los intercambios de la institución con los usuarios es posible reconocer la presencia activa de las organizaciones de vecinos, del sindicato de profesionales de la salud, de representantes del poder legislativo

---

<sup>11</sup> La ley de cuidados inversos dice que el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población asistida. Enunciada por Julian Tudor Hart en 1971, el término ha sido ampliamente adoptado.

entre otros, quienes han intervenido públicamente instando y sugiriendo alternativas que contemplen verdaderamente las necesidades y expectativas de los usuarios.

Como se mencionó anteriormente, el libro de quejas como espacio de visibilización de problemas vivenciados por usuarios disconformes, constituyó un elemento central en el recorte del problema en cuestión, en la medida que aportó elementos particulares de una de las partes de la relación usuarios-institución. En otras palabras, las quejas vinculadas a dificultades explicitadas para la obtención de turnos en el periodo analizado, constituyen el mayor porcentaje de quejas registradas en el libro para tal fin.

Lo expuesto visibiliza en el ámbito local, una problemática histórica que no se ha atendido en las múltiples dimensiones que presenta, como así tampoco ha contemplado la diversidad y heterogeneidad de factores, elementos, actores, dinámicas y relaciones intervinientes en el problema, lo cual ha llevado a una verdadera transformación de un problema de gestión de servicios de salud a un conflicto social de mayor complejidad.

Apelar al concepto de sistemas de información en salud puede aportar a la reflexión sobre el tema. Para Hugo Spinelli los sistemas de información, persiguen los propósitos en las organizaciones de dar soporte a los objetivos y estrategias de la organización, proporcionar a todos los niveles de la organización la información necesaria para controlar la actividad de la misma, conseguir que se adapte a la evolución de la empresa-organización, utilizar la información como un recurso corporativo que debería ser planificado, gestionado y controlado para ser más efectivo en la organización y definir la evolución del sistema de información actual hacia el sistema de información necesario.

Los sistemas de información son entonces entendidos como sistemas abiertos y complejos, donde la totalidad supera a la suma de las partes, donde los límites reconocen relaciones y subsistemas de información epidemiológica, económica financiera y administrativa, sociodemográfica y social e información referida a la clínica.

Estos sistemas de información en salud, tienen la finalidad no solo obtener información sino de comprender las poblaciones sobre las cuales se interviene y

orientar las acciones para reducir las desigualdades sociales tomando a la salud desde las concepciones y los sistemas de información.

“Un sistema de información que pueda dar soporte a la gestión local debe articular los siguientes elementos: dato, información, conocimiento, comunicación y acción – DICCA-. Todos ellos orientados al concepto de ciudadanía social. Identificamos en la secuencia anterior componentes tradicionales como dato, información y conocimiento; y nuevos conceptos como los de comunicación y acción. Abordar a los Sistemas de Información en Salud con la lógica DICCA implica también una nueva perspectiva para la epidemiología. Es decir, una epidemiología orientada a la gestión, donde además se rescata la tradición histórica epidemiológica en América Latina ligada a un compromiso de denuncia de desigualdades en salud y orientada a políticas que las reduzcan<sup>12</sup>”.

Como se anticipó, el problema objeto de este trabajo no solo resulta complejo, sino también multicausal en su configuración. Intervienen, entre otros, aspectos relacionados con la organización de los sistemas y circuitos hospitalarios, los modos y acuerdos de conformar las agendas de turnos con los profesionales, los horarios para las entregas de turnos, la atención en ventanillas, los actores institucionales que intervienen, la información disponible o no disponible respecto de las características y preferencias de los usuarios, los canales de comunicación utilizados para transmitir las modalidades y condiciones para el acceso a los turnos, el funcionamiento de los diversos nodos de las redes en salud así como las representaciones de los usuarios y del resto de actores implicados respecto de la disponibilidad- accesibilidad a los servicios hospitalarios en el ámbito local.

---

<sup>12</sup> Alazraqui, M., Mota, E., & Spinelli, H. (2006). Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 2693-2702.

## Planteamiento del problema

El problema de investigación, se vincula con las diversas situaciones problemáticas que atraviesan los usuarios en sus búsquedas de turnos en el Hospital Regional Ushuaia durante el año 2015 en los servicios de Traumatología y Oftalmología.

Algunas de estas situaciones se corresponden con dificultades, demoras e intentos fallidos para hacer efectivo el acceso a los turnos con profesionales médicos.

El interrogante central del presente trabajo y que se constituye como pregunta de investigación es:

¿Cuáles son las barreras organizacionales que afectan la accesibilidad de los usuarios a los turnos en los servicios de Oftalmología y Traumatología del Hospital Regional Ushuaia?.

El problema de la accesibilidad a los servicios y sistemas de salud constituye una preocupación histórica y a la vez actual para las disciplinas que componen el campo de la Salud Pública.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud OMS afirmaba que: “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina recursos (Humanos y otros), de forma oportuna y efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

Las discusiones acerca de los modelos de organización de los sistemas y servicios de salud, de los modelos de financiamiento de los sistemas y de los modelos de atención de la salud constituyen una especificidad propia del campo político-sanitario en constante debate. Esto, evidencia las disputas, contradicciones y lógicas que determinan conflictivamente el gasto público en salud y las formas de distribución de los bienes del campo en términos de mayor o menor desigualdad.

La lógica imperante depositada en las ciencias de la administración y en los decisores de la institución se asienta en la necesidad de optimizar los recursos disponibles bajo la relación eficiencia-efectividad-eficacia. En este sentido, es que se manifiesta la tensión entre optimización de los recursos disponibles versus condiciones de acceso a los bienes y servicios de salud en la producción y reproducción cotidiana de las relaciones sociales.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- 1) Analizar las barreras organizacionales que intervienen en la accesibilidad de los usuarios a los turnos en los Servicios de Traumatología y Oftalmología en el Hospital Regional Ushuaia durante el año 2015.

### **Objetivos específicos**

- 1) Describir los procesos que se realizan para definir y decidir la oferta de turnos disponibles los servicios de Oftalmología y Traumatología.
- 2) Identificar las modalidades existentes en ambos servicios hospitalarios para el otorgamiento de los turnos.
- 3) Caracterizar las principales barreras organizacionales que influyen en el acceso a ambos servicios hospitalarios en el período seleccionado.

## Descripción del contexto

### Características Socio-demográficas de la Provincia de Tierra del Fuego

Situada en el extremo Sur del país e integrada por la parte oriental de la Isla Grande, las islas adyacentes, los archipiélagos de las Malvinas, Orcadas del Sur, Georgias del Sur y Sándwich del Sur y la Antártida Argentina, la Provincia tiene una superficie de 1.268.271 km<sup>2</sup>. Es la Provincia Argentina de mayor extensión geográfica y la única cuya mayor extensión no está situada en América sino en otro continente: la Antártida. Las Islas Malvinas, Georgias del Sur, Sándwich del Sur y los espacios marítimos circundantes forman parte integrante del territorio nacional argentino. Debido a que dichos territorios se encuentran sometidos a la ocupación ilegal y usurpación imperialista del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la República Argentina y por lo tanto la Provincia de Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur se ve impedida de ejercer su plena soberanía en estos territorios.

La provincia de Tierra del Fuego tiene 126.190 habitantes distribuidos en dos grandes centros: Departamento de Ushuaia con 56.825 habitantes y Departamento de Río Grande con 69.175 habitantes. En Antártida Argentina 190 habitantes. (INDEC: Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010). A continuación se incluye una tabla que permite contextualizar la población provincial en el contexto nacional.

Figura N° 1: Cantidad de habitantes por provincias en Argentina.

CIUDAD CAPITAL y SU CONURBANO	Cantidad de habitantes
Buenos Aires + La Plata	12.548.000 + 731.000
Córdoba	1.317.298
Mendoza	894.000
Tucumán	800.000
Salta	520.683
San Juan	461.000
Santa Fe	391.164
Corrientes	346.334
Resistencia	290.723
Posadas	275.028
Jujuy	257.970
Santiago del Estero	252.192
Paraná	247.139
Neuquén	231.198
Formosa	222.226
La Rioja	178.872
San Luis	169.947
Catamarca	159.139
Santa Rosa	102.860
Río Gallegos	95.796
Ushuaia	56.593
Viedma	52.789
Rawson	22.493
+ Trelew	+ 97.915

Fuente: Hallado en <http://www.cetam.fadu.uba.ar/wp-content/uploads/2017/01/Mobilitas-II.pdf> el 22 de Octubre 2017

Como se observa en la gráfica anterior, la ciudad de Ushuaia encabeza las capitales de provincia en Argentina con menor población. En el cuadro siguiente se considera las distancias en Kilómetros hacia la ciudad de Buenos Aires.

Figura N° 2: Distancia de las capitales a Buenos Aires

CIUDAD CAPITAL y SU CONURBANO	Distancia al AMBA por carretera en km
Santa Fe	469
Paraná	500
Santa Rosa	612
Córdoba	701
San Luis	790
Corrientes	909
Viedma	914
Resistencia	936
Posadas	1001
Santiago del Estero	1048
Mendoza	1051
Formosa	1099
San Juan	1116
La Rioja	1131
Catamarca	1131
Neuquén	1139
Tucumán	1249
Rawson + Trelew	1371
Salta	1464
Jujuy	1494
Río Gallegos	2507
Ushuaia	2876 y 200 en Chile + ADUANAS Y FERRY

Fuente: hallado en <http://www.cetam.fadu.uba.ar/wp-content/uploads/2017/01/Mobilitas-II.pdf>

La población está compuesta por un 35% de nacidos en nuestra provincia, 54% de personas que provienen de otras provincias.

Otra característica muy importante a tener en cuenta es la pirámide poblacional. El 30 % de la población es menor de 23 años y un 83 % son menores de 48 años (Censo 2010), donde su distribución según sexo es equitativa para estos grupos etarios (51 % hombres, 50% mujeres para toda la población). Esto le otorga características especiales inherentes a la toma de decisiones en políticas de salud pública dirigidas a una población joven, económicamente activa y en edad fértil.

El máximo crecimiento de la población se dio entre los años 1970 y 1991, superando a la media nacional en 8 veces y media, debido a la promoción industrial y a la excepción impositiva, dándose una migración calificada, integrada por profesionales, técnicos (abogados, arquitectos, contadores, médicos, enfermeros, maestros, técnicos electrónicos, maestros mayor de obra, etc.) y de operarios de fábrica, obreros de la construcción.

Del análisis de la evolución de la población en el transcurso de los años se puede decir que la misma, de una estructura tipo fronterizo a predominio masculino; en

pleno auge industrial de los años 1980–1991, se ha transformado en una población más equilibrada en relación a sexos, a la vez que se observa mayor arraigo, en los últimos años, lo que determina su envejecimiento, sumado a la migración de sus progenitores; envejecimiento homogéneo observado en todos los intervalos de clase observados en la pirámide.

Los principales recursos económicos provienen de la explotación de bosques, hidrocarburos, ganadería, pesca, turismo, turba, industrias electrónicas, servicios, comercios y construcción.

El 51% de las viviendas son de material (ladrillo, hormigón y piedras): del resto (el 49% de madera, chapas, cartón, etc.); 12% son móviles. Con excepción de Tolhuin aproximadamente el 1,3% la población de la isla no cuenta con agua potable. El 93 % de las viviendas disponen de conexión de red de gas natural, el 7 % restante utiliza gas envasado, kerosene, electricidad, leña o carbón.<sup>13</sup>

Las vías de comunicación son la vía terrestre, Ruta Nacional N° 3; la vía marítima dispone en Ushuaia de un puerto que permite la llegada de buques de carga y de transporte de pasajeros de gran porte nacionales e internacionales; y la vía aérea, con dos Aeropuertos Internacionales.

De lo planteado hasta aquí se ponderan dos aspectos centrales. Por un lado comprender los impactos que la condición insular y de aero-dependencia de la provincia imprime en la población (determinantes de la vida y la salud) y en la organización, caracterización y exigencias al sistema Público de Salud. En el caso de no contar con los servicios de salud necesarios, se hace ineludible derivar/evacuar al paciente a centros de mayor complejidad en las grandes ciudades a través de vuelos sanitarios. Situación que incorpora una logística muy importante desde el aspecto económico financiero, socio-familiar y también desde el aspecto de la estructuración y planificación geo-política del sistema de salud.

Por otro lado, las influencias que la movilidad migratoria en Tierra del Fuego agrega, la cual se visualiza en la población general y de manera particular en el plantel profesional de los distintos efectores que prestan servicios de salud en sus diversos grados de complejidad.

---

<sup>13</sup> INDEC, I. (2001). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010.

## Características del Sistema Sanitario Provincial

### Marco normativo

Es función del Estado, reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, utilizando los recursos disponibles por el mismo para la atención médica, diagnóstico y recuperación, para mantener el estado óptimo de salud es lo que establecen los pactos internacionales a las cuales adhirió la República Argentina en torno a la salud y otros derechos humanos básicos.

La provincia de Tierra del Fuego incorpora el derecho a la salud y la responsabilidad estatal en las siguientes herramientas legislativas.

En la Constitución de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e islas del Atlántico Sur en el Artículo N° 53 se establece que “el Estado Provincial garantiza el derecho a la salud mediante acciones y prestaciones, promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud pública, integra todos los recursos y concreta la política sanitaria con el Gobierno federal, los gobiernos provinciales, municipios e instituciones sociales públicas y privadas<sup>14</sup>”.

La Ley territorial N° 445 de Carrera Sanitaria fue sancionada a principios de los años noventa y derogada en 1999 sin reemplazo hasta la fecha.

La Ley Provincial N° 554 sancionada en 2002 determina la existencia de fondos de los hospitales públicos y consejos hospitalarios disponiendo en su artículo primero los principios que deben guiar el accionar del hospital público: “universalidad, equidad, eficacia y eficiencia<sup>15</sup>”.

El plan de salud provincial durante el período 2008-2011 contempló principios generales de “acceso universal a las prestaciones necesarias, atención integral de la salud que incluya acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación y desarrollo de acciones sobre los determinantes biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, en articulación con otras áreas del estado<sup>16</sup>”.

Posterior al período mencionado, no se cuenta con plan de salud formalizado acorde a los objetivos de la nueva gestión provincial de gobierno.

---

<sup>14</sup> Constitución Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

<sup>15</sup> Ley Provincial N° 445.

<sup>16</sup> Plan Provincial de Salud Años 2008-2011.

## Estructura sanitaria local

Federico Tobar establece tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud: políticas de salud, el estado o situación de salud de la población y el sistema de salud.

En este punto se decide seleccionar la tercera dimensión para describir al sector salud provincial, asumiendo en palabras del autor que “el sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica<sup>17</sup>”.

Asumiendo las amplias implicancias planteadas en este último párrafo, resulta posible a los efectos de este trabajo, identificar aquellos actores implicados en la atención médica-sanitaria sin desconocer que las acciones y los actores en torno al concepto amplio de salud utilizado, exceden a las mismas.

“La cantidad y variedad de actores y roles determinan la complejidad de los sistemas. Es importante destacar que los objetivos de los actores no siempre están vinculados con la situación o estado de salud de la población y las acciones pueden llegar a ir en detrimento de ellos<sup>18</sup>”. El autor reconoce en el Sistema de Salud tres Subsistemas: Público, Privado y de seguros sociales.

Con respecto a la infraestructura del Subsistema Público, Tierra del Fuego cuenta con dos Hospitales Regionales de Nivel VI de complejidad y nivel 3 de resolución, con 10 Centros de Salud de Nivel I, distribuidos en los Departamentos de Río Grande y Ushuaia, y un Centro Asistencial con Nivel II, en la Ciudad de Tolhuin.

El 72,54% de la población urbana posee cobertura por obra social y/o plan médico o mutual; el 28,27% pertenece a población sin cobertura por obra social, particulares, etc.<sup>19</sup>.

El subsistema público en Ushuaia se constituye como referencia para todo el espectro social de la ciudad brindando atención a pacientes con diversas coberturas (sin obra social y con obra social), reconociendo no solo su capacidad instalada sino su gran prestigio social e histórico. La existencia exclusiva de especialistas que desarrollan su actividad en el hospital público resulta convocante

<sup>17</sup> Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y sociedad, 23(2), 83-108.

<sup>18</sup> Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y sociedad, 23(2), 83-108.

<sup>19</sup> INDEC, I. (2001). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010.

para diversas poblaciones que, aún con obra social y/o capacidad de pago, acuden al hospital local. Este subsistema recibe pacientes de las dos ciudades principales como son Tolhuin y Rio Grande.

El Hospital Regional Ushuaia presta servicios ambulatorios, estudios de mediana y alta complejidad y servicios de internación neonatal, pediátrica, adultos y para personas con patologías correspondientes al campo de la salud mental.

A continuación se describen los Centros de Salud locales. Estos pertenecen a la órbita provincial y ofrecen servicios que abarcan la atención de la enfermedad así como la prevención y la promoción de la salud. Si bien la conformación de los equipos de salud varía respecto de las disciplinas presentes, es posible reconocer la presencia de médicos generalistas, pediatras, ginecólogos, enfermeros, Licenciados en Trabajo Social y en Psicología, agentes sanitarios entre otros.

Una particularidad del personal médico que se desempeña en los centros de salud radica en que gran parte de ellos se desempeña además en el Hospital Regional Ushuaia dando respuesta a la cobertura de las guardias de emergencias, impactando en reiterados desencuentros entre los profesionales y los usuarios en el primer nivel de atención, debido a la duplicidad de tareas en las que están programados. Esta realidad afecta también a profesionales de otras especialidades los cuales desarrollan su actividad asistencial tanto en el ámbito hospitalario como en centros de salud. Este aspecto resulta altamente significativo ya que en muchas ocasiones es el mismo médico que desarrolla su tarea asistencial en diversos efectores, aún aquellos formados y especializados en medicina general sostienen la atención en las guardias hospitalarias.

Existe como rasgo cultural local de la población en general a destacar, asociado a la doble cobertura mencionada (en centros de atención primaria de salud y guardias hospitalarias) una perspectiva más bien hospitalo-céntrica en tanto búsqueda de atención por parte de la población, la cual asiste frecuentemente a las guardias de emergencias por consultas de baja complejidad ya que en muchas ocasiones constituye la única opción para recibir la atención médica requerida ante la ausencia del médico en el centro de salud.

Resulta interesante apelar aquí a algunas características del contexto histórico de creación del Hospital Regional Ushuaia, el cual se sitúa en el año 1970 configurándose como año de fundación del mismo en la ubicación actual. La

población total en ese momento ascendía a 3453 habitantes. Se reconocen en las crónicas y en la información disponible hechos históricos que fueron estableciendo la institución y el sistema de salud a nivel local y provincial. Proceso particular y diferente en Ushuaia si tomamos en cuenta el desarrollo de hospitales en distintas provincias y fundamentalmente en las grandes urbes donde el crecimiento y desarrollo de instituciones hospitalarias no solo configuró el espacio urbano sino fundamentalmente el desarrollo de sistemas y servicios de salud centralizados y altamente especializados.

A continuación se mencionan algunos de los hitos más importantes que se configuraron como antecedentes de la salud pública en este territorio austral, lo cual facilitará la comprensión del desarrollo de la estructura sanitaria provincial. En el año 1912 se estableció la asistencia pública dependiente del Departamento Nacional de Higiene. Entre 1912 y 1943 se produjeron numerosas epidemias sin contar en los datos disponibles con hospitales y médicos para la atención de los enfermos. Se pondera el rol de enfermeros en dicho período histórico. En el año 1943 se crea el Hospital Naval y en 1945 la asistencia pública adquiere la denominación de hospital rural. En el año 1961 las instalaciones son destruidas totalmente por un incendio, se reconstruye el mismo hasta 1970. Allí se construye por impulso de quien fuera gobernador Ernesto Manuel Campos en la ubicación actual sito en la intersección de las calles 12 de octubre y Maipú de la ciudad de Ushuaia. Entre los años 1982 y 1991 se construye la ampliación del edificio en el predio lindante. Desde esa fecha hasta la actualidad el edificio del hospital continúa atravesando de manera espasmódica reformas y refuncionalizaciones parciales de sus instalaciones así como la actualización creciente de la tecnología sanitaria.

Junto al Hospital Regional Ushuaia y a los centros de salud, co-existen prestadores privados como el Hospital Naval, la Clínica San Jorge, Clínica de la Unión Obrera Metalúrgica, Centro Médico Fueguino; Centro Médico Ushuaia, Clínica San Francisco, algunos consultorios y otros policonsultorios privados con diversas especialidades. Prestan servicios ambulatorios, especialidades y prácticas de alta complejidad ausentes en el sistema público, y limitada capacidad de internación.

Algunos indicadores de recursos sanitarios del Censo Indec 2010 muestran a nivel provincial:

- Cantidad de médicos: 336. 3.3 por 1000 habitantes en Tierra del Fuego en tanto la media nacional es de 3.4 cada 1000 habitantes.
- Camas de internación: 286 (a razón de 2.8 x 1000 habitantes por debajo de la media nacional en 4.2 por 1000 habitantes)
- Establecimientos asistenciales : 37
- Establecimientos con internación 7
- Establecimientos públicos con internación: 3

### Descripción de los servicios en estudio

A continuación se profundizará en la descripción del Servicio de Traumatología y Oftalmología del Hospital Regional Ushuaia con el fin de contextualizar posteriormente los hallazgos obtenidos.

El Servicio de Traumatología cuenta con cinco profesionales médicos traumatólogos para el desarrollo de la totalidad de las tareas asistenciales. Es posible reconocer diversidad respecto de los años de trayectoria dentro del hospital de dichos profesionales. Aproximadamente la mitad del staff reúne más de quince años de desempeño en el hospital, mientras que la otra mitad cuenta con antigüedad que abarca hasta cinco-diez años en el sistema, marcado por un permanente recambio del staff profesional en los últimos años.

Este servicio cuenta con cuatro consultorios para la atención de pacientes. Las prácticas más frecuentes que se realizan son curaciones, confección y recambio de yesos y reducción de fracturas con anestesia local.

El horario de atención de turnos por consultorio externo se extiende de 8 a 16 horas y se realiza los días lunes, miércoles y viernes, mientras que los días martes y jueves son utilizados para la programación de cirugías.

El equipamiento disponible en consultorio de traumatología es camilla convencional, sierras de yeso, cajas de curación, y cirugía menor, vendas enyesadas y de gasa, férulas de miembros y elementos de tracción esquelética.

Las intervenciones quirúrgicas se desarrollan en los quirófanos centrales del hospital y se corresponden con fracturas de miembros y pelvis y reemplazo ortopédico de cadera y rodilla fundamentalmente. La internación de los pacientes intervenidos quirúrgicamente se realiza en las salas de adultos y de pediatría según edad del paciente y/o disponibilidad de camas.

El Servicio de Oftalmología, cuenta con tres profesionales médicas oftalmólogas. Como en el caso del servicio descrito precedentemente, la totalidad de las tareas asistenciales se distribuyen en dicho staff. Las tareas incluyen atención de la consulta externa y por guardia pasiva, atención de pacientes internados, interconsultas internas del hospital y de otros efectores del sistema de salud y prácticas quirúrgicas. La totalidad de los profesionales se desempeñan bajo el régimen de dedicación exclusiva.

El servicio de oftalmología cuenta con un consultorio subdividido en tres boxes, destinados a la atención.

Las principales prestaciones que se realizan según la información disponible son: cirugías de segmento anterior, de cataratas, glaucoma, tratamiento para patología de retina, tratamiento con láser área patología vascular, tratamiento retinopatía diabética. Se realiza además todos los estudios complementarios previos a las cirugías mencionadas.

El equipamiento disponible en consultorio está conformado por ecógrafo, ecómetro y paquímetro. La atención por consultorio se realiza de lunes a viernes de 8 a 16 horas.

Ambos servicios cuentan con un médico quien además de desarrollar las tareas asistenciales descritas se desempeña como jefe de servicio. Dependiendo, según organigrama vigente, del Departamento de Medicina del Hospital Regional Ushuaia.

Tanto el servicio de Traumatología como el de Oftalmología cuentan con un régimen de coberturas de guardias pasivas la cual se ponen en funcionamiento los sábados, domingos y feriados y días de semana en el horario posterior a las 16 horas. Los médicos de la guardia general del hospital son quienes solicitan la intervención del traumatólogo y oftalmólogo de guardia para la atención de las situaciones que lo ameritan.

## Algunos indicadores de salud

En este aspecto, se recupera la dimensión de estado o situación de salud planteada por Tobar como parte del análisis del sector salud. Algunos indicadores locales permitirán conocer la situación local de salud de la población.

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) en el período 1993 a 1999 fue decreciendo en forma paulatina en ambos Departamentos: en Río Grande, 17,9% en 1999 (ha decrecido en un 14,47%); en Ushuaia, 20,4% en el año 1999 (ha decrecido en un 17,58%). La TBN es superior a la media nacional.

La Tasa de Fecundidad en el período 1993 a 1999 también fue decreciendo en forma paulatina en ambos departamentos. En Río Grande, 89,6% en el año 1999 (descenso de tasa del 33,0%); en Ushuaia, se llega al 77,5% en el año 1999 (descenso de tasa del 61,6%). La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es de 3,25, superior a la media nacional 2,62.

El 100% de los partos son institucionalizados y el 0,2% corresponden a madres < de 15 años.

### Otros indicadores de salud

- Mortalidad infantil 0 a 1 año: 6.7 (media nacional 14.4)
- Mortalidad infantil 1 a 4 años: 0.9 (media nacional 0.6)
- Mortalidad materna: 4.6 (media nacional 4.0)
- Enfermedades cardiovasculares: 24.6 media nacional 30.4
- Tumores: 22.7 media nacional 19.9
- Enfermedades infecciosas: 10.6 media nacional 9.7
- Causas externas: 8.7 media nacional 6.4

Entre las enfermedades prevalentes se encuentran en orden de prioridad:

- i. Infecciones respiratorias agudas, diarreas.
- ii. accidentes de tránsito y causas externas que generan discapacidad.

Entre las causantes de mortalidad prevalecen:

- i. enfermedades cardiovasculares
- ii. tumores malignos
- iii. infecciones respiratorias agudas
- iv. afecciones cerebrovasculares
- v. insuficiencias respiratorias
- vi. accidentes de tránsito

## Marco conceptual

### De la cultura organizacional

*“La cultura organizacional entendida como la forma acostumbrada o tradicional de pensar y hacer las cosas, compartidas en mayor o menor medida por los miembros de la organización”.*

La bibliografía señala que existen otros factores, además de los recursos humanos, materiales y financieros, que pueden repercutir en el desempeño de los servicios de salud, como: el liderazgo, el clima organizacional, los valores de la organización en general y de los trabajadores en forma individual, el sistema de incentivos y los objetivos estratégicos de la empresa, entre otros. Estos factores pueden englobarse en la denominada cultura organizacional.

La cultura organizacional se manifiesta en los procedimientos y en la organización del propio hospital, la tecnología y el manejo de la información, los ritos, conductas, hábitos, comportamientos, forma de expresión oral o escrita, la motivación y la cohesión grupal; así como en el logotipo, las formas de vestir y la historia misma de la organización. Dicho de otra forma, cultura organizacional “es la forma en que las cosas son hechas aquí”<sup>20</sup>.

La cultura organizacional entendida como la forma acostumbrada o tradicional de pensar y hacer las cosas, compartidas en mayor o menor medida por los miembros de la organización. Es la que determina la funcionalidad; reflejándose en las estrategias, estructuras y sistemas establecidos a lo largo de años de funcionamiento, identificándose con los sistemas dinámicos.

“La cultura de la organización en sistemas de salud se configura con una mezcla de saberes, conductas, relatos, símbolos, suposiciones, metáforas y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, entre otras cosas normas, valores, actitudes, estilos de vida, lenguajes técnicos-científicos y terminologías propias de las distintas disciplinas<sup>21</sup>”.

Eugenio Ramírez, la define como "el conjunto de creencias y valores que están presentes en una organización en forma explícita e implícita, formal o informalmente, en forma visible u oculta, que se manifiesta en un conjunto de actitudes hacia la empresa, hacia el entorno, hacia el trabajo, hacia los

<sup>20</sup> Revilla-Macías, D. A., Santana-Mondragón, R., & Rentería-López, M. (2015). La influencia de la cultura organizacional en el desempeño hospitalario. *Revista de Sanidad Militar*, 69(5), 429-439.

<sup>21</sup> Kaufmann, R. argentina: la Información en Recursos humanos en Salud. *O TRABALHO EM SAÚDE*, 13.

compañeros, hacia la clientela, hacia la innovación, hacia la toma de decisiones, hacia la tecnología, hacia la resistencia al cambio, hacia el clima organizacional, etc., en forma funcional o disfuncional<sup>22</sup>.

Puede decirse entonces con certeza que la cultura organizacional es el modo de vida propio que cada organización desarrolla en sus miembros, es el comportamiento de la misma en cada estrategia presente en los modelos de atención y de gestión la cual incluye la estructura, la ideología y el poder en su particular constitución.

Respecto de este último componente, Testa afirma que “el status teórico de la categoría poder en el desarrollo de la investigación es el de ser objeto de la reflexión: el pensamiento estratégico es un pensamiento sobre el poder. Pero no se trata de una característica heurística sino de una abstracción de la realidad observable cotidianamente: el poder es una característica de las sociedades opacas, generado por y al mismo tiempo sostenedor de esa opacidad<sup>23</sup>”.

El poder constituye un aspecto central de la política dice Testa y diferencia tres tipos: Administrativo -apropiación y asignación de recursos-, Técnico -apropiación y manejo conocimientos- y Político -movilización de personas en función de sus intereses-.

Agregaría en este sentido que, así como la reflexión sobre poder resulta clave en la política, la reflexión sobre el poder resulta trascendente en la cultura de la organización en tanto modeladoras, con mayor o menor transparencia/opacidad, de las posibilidades de implementar efectivamente dichas políticas.

Testa diferencia dos posiciones para pensar la Gestión en salud, como herramienta de la transformación o la burocratización como herramienta para la conservación del status quo. Si se asume la primera, la cuestión será desencadenar procesos haciendo un uso adecuado de las contradicciones y conflictos en pos del logro de los objetivos. Incluir el poder como elemento clave de la cultura organizacional favorecerá comprender como se configura en la cultura hospitalaria ese modo de ser particular que se cristaliza en las interacciones sociales configurando mayor participación, democracia e incidencia de la comunidad en los modos de organización y prestación de los servicios asistenciales.

---

<sup>22</sup> Montero Chacón, D. (1998). Los factores de la cultura organizacional y su relación en la satisfacción de los médicos y los pacientes en la consulta externa. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 6(1), 82-86.

<sup>23</sup> Testa, M. (2013). Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud.

La dimensión espacial y/o temporal de las instituciones de salud constituye otra de las dimensiones de la cultura organizacional vinculadas al poder y es tema central abordado en algunos trabajos del tipo etnográficos. La disposición de los tiempos y espacios en un efector de salud, expresa simbólicamente la distribución del poder y de las jerarquías institucionales.

Crivos analiza la disposición espacial, la organización general, las prácticas rutinarias y las interrelaciones entre miembros del personal de un hospital escuela para concluir que la estructura vertical del hospital y la transformación del enfermo en paciente producen lo que la autora denomina “inversión de la relación de servicio” por la que el paciente pasa a estar “a disposición del hospital<sup>24</sup>”. En un primer momento el hospital, los servicios, los médicos estarían al servicio de los pacientes y luego estos al servicio del hospital.

Ferrero define el procedimiento de asignación de turnos como “la actividad dominante en la institución, analizado como una forma ritualizada cuya función es organizar la interacción social de acuerdo con las normas de la institución”. Indaga “el lugar que asume el tiempo” y “las formas sociales de regularlo” en la organización de los cuidados médicos. La autora focaliza en el análisis etnográfico del procedimiento de asignación de turnos, en tanto presenta un carácter formal, convencional y simbólicamente expresivo de las relaciones sociales que se producen en el contexto de esa institución<sup>25</sup>”.

En otras palabras los mecanismos establecidos en este aspecto se repiten permanentemente dando continuidad a la reproducción institucional a través de prácticas, saberes y discursos contruidos para tal fin que naturalizan los esfuerzos y las esperas de quienes demandan cualquier tipo de atención médica.

Cabe mencionar entonces que la cultura organizacional así entendida, no se reduce a la definición de las agendas de turnos, pero dicha dimensión puede dar cuenta de un aspecto central de la cultura organizacional de los servicios de un hospital.

En este sentido y para definir las agendas de turnos en los términos de este trabajo, resulta central contextualizar en las características de los hospitales que

---

<sup>24</sup> García, M. G., Recoder, M. L., & Margulies, S. (2017). Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud colectiva*, 13, 391-409.

<sup>25</sup> Crivos, M. (1988). Estudio antropológico de una sala de hospital. *Medicina y Sociedad. Revista sobre Organización y Financiación de la Salud*, 11.

todos conocemos y que se fue gestando en el siglo XX como primer momento en la relación clásica médico- paciente.

La atención ambulatoria de pacientes en los distintos centros de atención, como son los hospitales generales tienen un proceso de atención estructurado, que a grandes rasgos se ha generalizado y mantenido en los últimos años en todo el mundo.

Agendas de turnos se refiere a la oferta de turnos previstos por los distintos servicios hospitalarios para la atención de los pacientes ambulatorios a través de las llamadas consultas médicas. Las características que estas adquieren tendrán relación con los procesos históricos de cada organización y con los intercambios entre actores que se hayan podido establecer a lo largo del tiempo.

“En este sentido, la asignación y registro de los turnos es el dispositivo institucional que permite legitimar el 'orden de llegada', es decir, transformar el tiempo de espera de los pacientes en un tiempo reconocido por la institución. Pasaje del "tiempo de los sujetos" al tiempo "para" la institución. Se trata de una forma de comportamiento ritualizado cuya función principal es la de organizar la interacción social, es decir, el encuentro de los usuarios con el personal del centro de salud de acuerdo con "agendas predecibles”<sup>26</sup>.

Las agendas de turnos al interior del modelo de gestión institucional determinará los modos en que se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir con políticas, objetivos y regulaciones.

En clave analítica es posible reconocer dos tipos ideales de modelos de gestión que coexisten dialécticamente. Un modelo organizacional jerárquico, burocrático, basado en el control –de base taylorista- a un modelo de gestión sistémica más bien descentralizado, resolutivo y que favorece la autonomía, la responsabilidad y la toma de decisiones de los actores institucionales en pos del logro de objetivos y metas en salud. Entre estos dos modelos de gestión, la cultura organizacional se va cristalizando en prácticas tan comunes como invisibles en la toma de decisiones que afectan tanto en la preservación como en la transformación de los procesos de trabajo para el armado de las agendas de turnos.

Las modalidades de agendas de turnos pueden entenderse como la forma que la institución establece para disponer-entregar los turnos a los pacientes. Sin dudas

---

<sup>26</sup> Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. Cuadernos de antropología social, (18), 165-183.

pensar en un componente de la cultura organizacional como son las agendas de turnos se vincula con otra de las categorías conceptuales del problema en cuestión. Estas agendas expresan las relaciones entre los usuarios del sistema, destinatarios principales de las políticas de salud, y profesionales de salud como actor central en la implementación de dichas políticas.

## De la Accesibilidad a los Sistemas de Salud. De las barreras de la accesibilidad.

*“La accesibilidad es el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad”.* Mario Testa

En cuanto a la categoría de accesibilidad y de la revisión de definiciones al respecto resulta llamativo la cantidad y variedad de usos a las que se ha asignado dicha categoría, en algunos casos utilizando como sinónimos de acceso o disponibilidad entre otros.

Donabedian considera la accesibilidad como el grado de "ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud y las características de los potenciales usuarios<sup>27</sup>".

Es decir, que las características de los servicios son consideradas en función del impacto que ejercen como facilitador o limitante de la capacidad de la población para hacer uso de los servicios. En este modelo Donabedian distinguen dos dimensiones de la accesibilidad: la geográfica y la socio-organizacional.

Algunos autores, entre ellos Frenk definen la accesibilidad socio-organizacional como “aquellos obstáculos que incluye las demoras para obtener turnos y los tiempos de espera mientras que, en las capacidades, incorpora la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a las demoras” de la población<sup>28</sup>.

Andersen y Aday por su parte sostienen que “el acceso a la atención de salud está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo, y la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario; en este sentido, enfatizan el modo como las políticas de salud determinan las características del sistema y de la población, las cuales a su vez influyen la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuarios”<sup>29</sup>.

El modelo de Tanahashi considera cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva: disponibilidad (recursos humanos, equipos, insumo, infraestructura e información), accesibilidad (física, organizacional/administrativa, requisitos administrativos para la atención y con la modalidad para obtener horas y

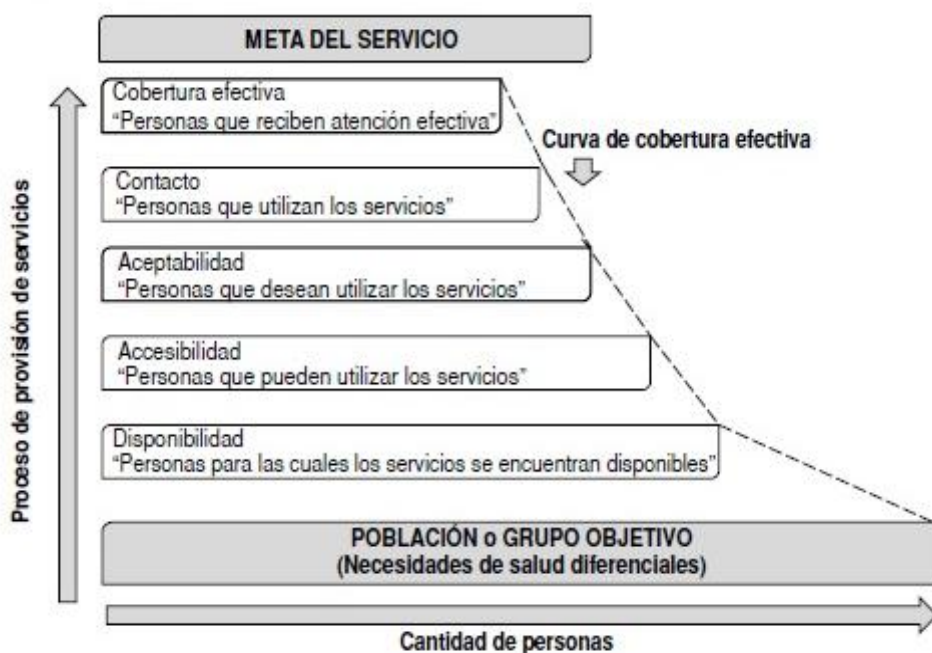
<sup>27</sup> Donabedian A: Aspects of medical care administration: Specifying requirements [for health care]. Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1973.

<sup>28</sup> Frenk J "El concepto y La medición de la accesibilidad" en Salud Pública de México, 1985. sep-oct., Vol 27 No 5, PP. 438-456.

<sup>29</sup> Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., Sepúlveda, J., María, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Revista Panamericana de Salud Pública, 33, 223-229.

horarios de atención), aceptabilidad de los servicios (percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales, religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad), contacto con el servicio (continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención) y cobertura efectiva.<sup>30</sup>

Figura N° 3: Modelos de evaluación de equidad y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad



Fuente: Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978; 56 (2). Adaptada y traducida al español por los autores, con autorización.

Ramírez Sánchez y otros definen a la accesibilidad como “aquellas características que facilitan u osbtaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención<sup>31</sup>”. Esta postura, anclada en los problemas de la oferta de los servicios de salud, es criticada por algunos autores quienes señalan que dejaría invisibilizados a los sujetos usuarios que también construyen, desde sus propias prácticas, discursos y representaciones, formas particulares de participar de la relación con los servicios de salud.

<sup>30</sup> Hirmas Adaury, M., Poffald Angulo, L., Sepúlveda, J., María, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Revista Panamericana de Salud Pública, 33, 223-229.

<sup>31</sup> Ramírez A, Nájera P Sistema simplificado para evaluar el desempeño de centros de salud: BDUSU. Síntesis ejecutiva. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

Alicia Stolkiner define a la accesibilidad como “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse<sup>32</sup>”. La autora señala la necesidad de leer el concepto de la accesibilidad desde su complejidad, en la medida que incorpora la dimensión relacional entre servicios de salud y población, reconociendo en ambos la posibilidad de generar encuentros o desencuentros.

“Atento a las diferentes dimensiones de accesibilidad (geográfica; económica, administrativa y cultural o simbólica), entendemos ésta como un concepto relacional que se presenta como el encuentro entre los sujetos y los servicios. En esta dimensión subjetiva intervienen vivencias, saberes construidos, sentimientos y percepciones, entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares. En tanto definimos a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre usuarios y servicios sociales, se considera que su análisis debe incluir el estudio de las representaciones, prácticas y discursos de la población conjuntamente con las condiciones, discursos y prácticas de los servicios<sup>33</sup>”.

La accesibilidad y sus barreras se expresan en los diseños institucionales para dar respuesta a las necesidades, es decir que la accesibilidad, también se encuentra estrechamente ligada a las prácticas en salud especialmente desde sus aspectos organizacionales vinculados con la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema de acceso a las Políticas, Planes y Programas de Salud. Esta dimensión de la accesibilidad es definida por algunos autores como barrera administrativa de la accesibilidad.

Yavich desarrolla las dimensiones de la accesibilidad en tanto utilización, integralidad y continuidad de la atención, comunicación interpersonal, capacidad de respuesta a las necesidades de los pacientes, efectividad o calidad técnica y seguridad<sup>34</sup>.

Incorporar estas dimensiones enriquecen las perspectivas de análisis e interpretación del problema objeto del presente trabajo, considerando que la

---

32 Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 00-00.

33 Lozano, J. I., Carballada, A. J. M., Diloretto, M., & Sala, J. B. (2014). Reflexiones en torno a la accesibilidad a los servicios sociales en los territorios de relegación. *Tensiones entre el diseño y la implementación de políticas sociales*.

34 Yavich Natalia. Marcos conceptuales, dominios y dimensiones de evaluación de sistemas y servicios de salud. Material elaborado para el Módulo “Evaluación de sistemas y servicios de salud basados en la APS”. Certificado Universitario y Diplomatura en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS. 1er Cohorte 2013-2015. Abril de 2015.

identificación de las barreras de accesibilidad en los sistemas de salud, promueve las posibilidades de contrarrestar la deserción temporaria o definitiva del usuario del sistema y fortalecer el ejercicio del derecho al acceso a la salud de la población. El posicionamiento de la autora del presente trabajo se ubica en las conceptualizaciones previas donde la dimensión relacional permite reconocer la complejidad e integralidad del concepto así como la imposibilidad de acotar su definición a la prestación aislada de servicios asistenciales.

Por lo tanto, a los efectos de establecer la posición en el presente trabajo, es posible afirmar que la accesibilidad resulta como un proceso dinámico y complejo que incluye la cuestión vincular-relacional entre dos actores centrales: la población y los servicios de salud, ambos portadores de una multiplicidad de condiciones y posibilidades para generar encuentros y desencuentros.

Las principales dimensiones de la accesibilidad en los términos de este trabajo, estarán orientadas por la aceptabilidad, la continuidad de la atención y la capacidad de respuesta a las demandas de la población. Estas dimensiones serán retomadas en el apartado Presentación de Resultados.

De lo expuesto hasta aquí y reconociendo el aporte particular de cada autor citado, resulta posible definir a los efectos de este trabajo, las barreras de accesibilidad como aquellos elementos que impiden o dificultan la obtención de atención de los usuarios, una vez detectada la necesidad. Se incluyen aquí los mecanismos a partir de los cuales el sistema por su organización interna, dificulta la utilización de los servicios por ejemplo la disponibilidad de los servicios, los tiempos de espera, obstáculos en la continuidad de la atención, entre otros.

Hirmas Adauy expresan que existen “varios trabajos que han estudiado obstáculos y elementos facilitadores al acceso a los servicios sanitarios en poblaciones, programas y patologías específicas, identificando barreras personales, geográficas, económicas y del propio sistema de salud<sup>35</sup>”. Entre las cuales destacan como hallazgo un total de 230 barreras y 35 elementos facilitadores que fueron identificados por los usuarios y los equipos de salud, cifras que exponen la multidimensionalidad de los hechos a estudiar tanto en su configuración como en sus alcances y limitaciones.

---

35 Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Sepúlveda, J., María, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 223-229.

Tal como lo afirma la Organización Mundial de la Salud cuando afirma y reconoce la complejidad que implica el estudio sobre la accesibilidad y sus barreras si se asume dentro de un marco-sistema de salud donde las personas y comunidades no acceden a servicios aislados de salud sino a una red de los mismos.<sup>36</sup>

Conceptos como cultura organizacional, accesibilidad y redes integradas de salud se imbrican, retroalimentan e implican recíprocamente en tanto expresan los aspectos culturales y simbólicos de las interacciones sociales e institucionales en un recorte espacial y temporal determinado.

Estas categorías así relacionadas dan lugar a la emergencia de inter- juegos de hábitos y prácticas de los usuarios de los servicios respecto al cuidado y autocuidado de la salud como de la estructura organizacional en sus estructuras, procesos y resultados tal como se enunció precedentemente fundamentalmente en cuanto a la producción de servicios de atención de la salud.

Contextualizar y particularizar las condiciones de accesibilidad de los usuarios a todo el sistema de salud, superando perspectivas ingenuas que excluyen del análisis la diversidad de problemas que subyacen en todo un sistema de salud y que emergen a partir del problema en cuestión, constituye el desafío.

---

<sup>36</sup> OPS. Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: la renovación de la atención primaria de salud en las Américas". Washington (DC): Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la salud 2008.

## De las Redes de Servicios de Salud

*“Red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. OPS-OMS*

Pensar en estos términos, conduce a la noción de red de servicios de salud más que a la idea de servicios aislados y fragmentados, asumiendo que la focalización en el problema de la accesibilidad a los turnos en dos especialidades en el Hospital Regional Ushuaia constituye, por decirlo de algún modo, la punta de un iceberg que requiere ser recorrido en toda su extensión y profundidad.

A continuación se realizará una aproximación conceptual necesaria y es la que se remite a las redes integradas de servicios de salud, bajo el criterio mencionado el cual comprende tanto el acceso, las permanencias y trayectorias de usuarios en una red de prestadores de servicios de salud.

La OMS desarrolla el documento nominando “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas” de la OPS/OMS publicado en octubre de 2008 donde menciona y considera la experiencia acumulada respecto del estudio de los sistemas de salud.

El documento expresa la demostrada y excesiva fragmentación de los servicios de salud en América Latina, situación que no solo genera dificultades en el acceso a los servicios, en la prestación de servicios de baja calidad técnica, en el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, en un incremento innecesario de los costos de producción y en una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos. Esto ha sido descrito en numerosos documentos de la OMS en relación al tema y es contextualizado en poblaciones donde el envejecimiento de sus miembros, la emergencia de las enfermedades crónicas y la comorbilidad y el aumento de las expectativas de los ciudadanos exigen respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud.

En la experiencia de las personas que utilizan el sistema de salud, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con sus necesidades. Algunos ejemplos puntuales comprenden la demanda reprimida, las listas de espera, las

derivaciones tardías, la necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad o la falta de una fuente regular de servicios. Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico y de las pruebas diagnósticas o la indicación de intervenciones que no tienen en cuenta las particularidades culturales de ciertos grupos poblacionales.

La OMS define los sistemas de salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud. Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud<sup>37</sup>”. Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socio económicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas.

Estas situaciones descritas por la OMS en relación a la segmentación y fragmentación de los servicios sanitarios como características intrínsecas de la atención en salud, constituyen parte de las particularidades del problema en estudio y que requieren conocimientos específicos y acciones para su transformación lo cual ha sido planteado en torno a las categorías de cultura organizacional y las barreras de accesibilidad.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud –RISS- pueden definirse como “una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve<sup>38</sup>”.

Diversos estudios sugieren que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

La OMS reconoce a los sistemas de salud como “la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades,

---

<sup>37</sup> World Health Organization. (2000). Informe sobre la salud en el mundo: 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

<sup>38</sup> López Puig, P., Morales Suárez, I. D. R., Lara Menchaca, S., Martínez Trujillo, N., Lau López, S., & Soler Cárdenas, S. F. (2009). Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana.

rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida<sup>39</sup>.

Por otra parte, el concepto de continuidad de la atención mencionado se refiere a como las personas experimentan el nivel de integración de los servicios, la cual puede definirse como: “el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud”. Aquí cobra relevancia además de las necesidades las preferencias de los usuarios respecto de los servicios recibidos, es decir cuánto experimentan o sienten que estos servicios han cubierto o no sus expectativas.

Mario Testa articula muy acertadamente y adecuado a este trabajo, el concepto de accesibilidad con el de redes de servicios de salud. El autor manifiesta que es necesario entender a la accesibilidad como el “complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad<sup>40</sup>”.

Estas tres categorías desarrolladas desde los autores seleccionados: cultura organizacional, accesibilidad y redes de servicios de salud fueron escogidas para reconocer la articulación-desarticulación que asumen los diversos actores de la red - prestadores, financiadores y usuarios - en la tarea de desarrollar procesos de trabajo destinados a brindar servicios de salud de distinto tipo y configurar la cultura organizacional en relación a los factores identificados en los servicios estudiados.

Así mismo cabe reconocer que, en plano de la operacionalización de estas categorías en la praxis cotidiana, la conflictividad interna de estas categorías al interior de los servicios de salud, construyen contradictorias y complejas relaciones que influyen en menor o mayor medida la accesibilidad de los usuarios a las prestaciones de salud.

---

<sup>39</sup> López Puig, P., Morales Suárez, I. D. R., Lara Menchaca, S., Martínez Trujillo, N., Lau López, S., & Soler Cárdenas, S. F. (2009). Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana.

<sup>40</sup> Testa, M. (1988). Atención¿ primaria o primitiva? de salud. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas*, 75-90.

## Metodología

El proceso de interpelar los ordenamientos institucionales en salud aporta un caudal de información sumamente interesante para los decisores en tanto permiten reconocer los conflictos, las pujas y las necesidades de transformación de los modelos de gestión y de atención de las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

Las situaciones más que frecuentes, de usuarios en filas interminables en condiciones críticas a la espera de un turno, constituye el eje central de este trabajo en un esfuerzo de problematización de situaciones que, como en este caso, pueden encontrarse en distintos hospitales del país.

El aporte de las ciencias sociales resulta central ya que posibilita, a través de la selección y utilización de distintas metodologías, reconocer y visibilizar los sentidos y explicaciones que los hechos humanos adquieren en el marco de la vida cotidiana de los sujetos y comunidades.

Mieles y Tonon afirman la necesidad de las ciencias sociales de lograr “un mayor entendimiento de su quehacer, impulsan el diálogo con la tradición hermenéutica y fenomenológica como posibilidades de reflexión sobre las pretensiones de verdad del conocimiento construido y la comprensión/interpretación apropiada de los asuntos humanos en contextos socioculturales determinado<sup>41</sup>”.

Es así como adquiere vigencia la investigación cualitativa, que reivindica la realidad subjetiva e intersubjetiva como campo de conocimiento, la vida cotidiana como escenario básico de investigación, el diálogo como posibilidad de interacción, e incorpora la multidimensionalidad, diversidad y dinamismo como características de las personas y sociedades.

El surgimiento de diversos métodos y técnicas de investigación, pretenden dar cuenta de asuntos tan complejos como los sentimientos, las emociones, las percepciones, la significación de las acciones humanas, entre otros, que requieren poner en juego el acervo teórico y la capacidad del investigador, pero también su creatividad, intuición, sentido ético y estético, para desarrollar procesos de investigación sistemáticos, rigurosos y documentados que cualifiquen las prácticas

---

<sup>41</sup> Mieles Barrera, M. D., Tonon, G., & Alvarado Salgado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*, (74)

científicas, contribuyan a la comprensión de los hechos humanos e impulsen procesos de transformación y emancipación.

Minayo plantea que “el método cualitativo es lo que se aplica al estudio de la historia, de las relaciones, de las representaciones, de las creencias, de las percepciones y de las opiniones, producto de las interpretaciones que los humanos hacen con relación a cómo viven, construyen sus instrumentos y a sí mismos, sienten y piensan. Los abordajes cualitativos se adecuan mejor a investigaciones de grupos y segmentos delimitados y focalizados, de historias sociales bajo la óptica de los actores, de relaciones y para el análisis de discursos y de documentos<sup>42</sup>”.

En el presente trabajo se utilizó un abordaje de tipo cualitativo con la finalidad de recuperar las perspectivas de los actores tomadores de decisiones en relación al tema seleccionado para, desde los datos recabados, comprender más en profundidad la realidad observada y encontrar nuevas significaciones que puedan aportar elementos comprensivos de estas realidades. Si bien se focalizo en las significaciones de los gestores, es importante mencionar que la utilización del libro de quejas de la institución, contribuyo a la realización del recorte del problema de estudio.

### **Tipo de estudio**

Este trabajo se enmarca dentro del conjunto de las investigaciones de tipo exploratorias-descriptivas en tanto sobre el tema de investigación no se disponía de información construida en el ámbito local.

Se utilizaron técnicas desarrolladas por la Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales, tal como se fundamentó anteriormente, realizando especial hincapié en aquellas orientadas al campo de la Salud.

El carácter descriptivo del estudio se enmarca en la pretensión de describir la complejidad de factores organizacionales que influyeron en el ámbito hospitalario en tanto accesibilidad de los usuarios a los turnos, en el armado y distribución de los turnos ambulatorios considerando el staff de profesionales que prestaron servicios de asistencia sanitaria en los servicios de oftalmología y traumatología en el lapso temporal que abarca desde el mes de enero a diciembre del año 2015.

---

<sup>42</sup> Minayo de Souza, M. C. (1997). El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud.

### **Universo o población objetivo. Criterio de selección.**

Los informantes fueron seleccionados de manera intencional priorizando los gestores del sistema de salud implicados en el problema entre ellos directores y jefes de los servicios mencionados del Hospital Regional Ushuaia vinculados al problema.

La población objetivo fueron los gestores y administradores del sistema hospitalario, realizando la investigadora una selección de los servicios de traumatología y oftalmología ante la imposibilidad de abarcar otros servicios por los alcances del estudio.

Se incluye un informante clave como jefe de la unidad gestión de turnos ya que ocupa un lugar estratégico y transversal en la dinámica estudiada.

### **Instrumentos de indagación y registro de datos**

Minayo sostiene que los instrumentos de trabajo de campo en la investigación cualitativa apuntan a mediar entre los marcos teórico-metodológicos y la realidad empírica. El instrumento de indagación construido y utilizado en este trabajo es la guía de entrevista (ver anexo 5), construida para tal fin.

Con el propósito de obtener los datos se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas las cuales fueron registradas de manera escrita por la entrevistadora y grabadas previo consentimiento de los entrevistados.

Las entrevistas se programaron con antelación, los entrevistados contaron con la información general respecto del marco de la investigación y los objetivos de la misma. Tuvieron una duración promedio de alrededor de cuarenta y cinco minutos.

Como se mencionó, la investigadora realizó una selección intencionada de informantes incluyendo a aquellos referentes, profesionales en su totalidad, que desarrollaron funciones en la gestión del problema tratado y/o hayan participado de la toma de decisiones en relación a las agendas de turnos y formas de gestionar los mismos entre los usuarios del sistema hospitalario de atención.

Los entrevistados fueron el director general, director médico, jefes de servicios de oftalmología y traumatología y jefe del área Gestión de Turnos. Todos comparten la categoría de ser profesionales médicos de diversas especialidades, con diversas trayectorias en efectores del sistema público de salud.

Si bien en un primer momento la intención del trabajo pretendía abordar todos los servicios del Hospital Regional Ushuaia, se reevaluó y se consideró viable el abordaje de dos servicios claves: traumatología y oftalmología. Como se expresó anteriormente, el libro de quejas constituyó una fuente de información clave para la toma de esta decisión.

Figura N°4: Perfiles de participantes y atributos

	Cargo que desempeñó	Codificación entrevistados	Titulación	Antigüedad en la institución
Entrevistado 1	Director general	DG	Médico	Más de 15 años
Entrevistado 2	Director médico	DM	Psiquiatra	Más de 15 años
Entrevistado 4	Jefe Servicio de Traumatología	JT	Traumatólogo	Más de 15 años
Entrevistado 4	Jefe Servicio de Oftalmología	JO	Oftalmólogo	Menos de 15 años
Entrevistado 5	Jefe Área Gestión de Turnos	JG	Ginecóloga	Menos de 15 años

Asumiendo que la problemática en estudio y las hipótesis planteadas atraviesan los diversos servicios hospitalarios, se realiza a los fines de este estudio, un recorte en los servicios analizados considerando los mencionados previamente debido a la identificación de ambos como servicios críticos en tanto cuentan con alta demanda, solo prestan sus servicios en el Hospital Regional Ushuaia y fueron hallados con mayor frecuencia en las situaciones asentadas en el libro de quejas.

La viabilidad del acceso a los informantes claves estuvo garantizado en la medida que si bien algunos culminaron sus funciones en los cargos, permanecieron integrados al sistema de salud mientras que otros se desempeñaron en otras dependencias del estado provincial en la ciudad de Ushuaia.

Todos los entrevistados aceptaron gentil y desinteresadamente participar del estudio remarcando la necesidad de aportar sus experiencias para futuras mejoras en el hospital.

## **Fuentes de información**

En el presente trabajo se trabajó con fuentes primarias de información a través de observaciones y de la realización de entrevistas semiestructuradas.

Se trabajó además con fuentes secundarias seleccionadas como son el material bibliográfico, notas periodísticas, estadísticas de atención en servicios hospitalarios y análisis del libro de quejas del hospital.

## **Técnicas de recolección de información**

Se elaboró un instrumento para realizar entrevistas de tipo semiestructuradas a informantes claves (tomadores de decisiones relativas al problema) para colectar la información de la población seleccionada. Dicha técnica fue desarrollada y aplicada por la investigadora.

## **Análisis de Datos**

Señala Minayo que “el análisis del material cualitativo posee tres finalidades complementarias dentro de la propuesta de investigación social: (a) la primera es heurística. O sea, se inserta en el contexto de descubrimiento que la investigación se propone; (b) La segunda es de “administración de pruebas”, que se realiza por medio de la referenciación entre los hallazgos, las hipótesis o los supuestos y (c) La tercera es la de ampliar la comprensión de contextos culturales, superando el nivel espontáneo de los mensajes<sup>43</sup>.

Esta tercera finalidad incluye los propósitos perseguidos en esta investigación.

El plan de análisis constituye la anticipación de las acciones a realizar una vez realizada la etapa de indagación de la realidad a estudiar e incluye la selección de técnicas de análisis de datos: la investigadora selecciona la técnica definida como análisis temático. Al respecto Minayo expresa: “hacer análisis temático consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado”. El procesamiento de datos es definido como proceso sistemático que permita delimitar las partes del fenómeno, las relaciones entre ellas y entre ellas y el todo.

---

<sup>43</sup> Minayo de Souza, M. C. (1997). El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud.

Si bien resulta frecuente hallar en la bibliografía este tipo de procedimientos para análisis de datos conviene consignar también que las fases sugeridas no siempre están presente en la tarea desarrollada por analistas, a veces el análisis es concebido como un proceso intuitivo, flexible orientado a encontrar sentidos a los datos sin que para ello sea necesario seguir un proceso de separación de elementos y reconstrucción del todo a partir de relaciones entre los elementos. Aspectos vinculados a la creatividad, imaginación, ingenio, perspicacia o talento artístico de los analistas con reconocidos por los autores como complemento de las experiencias previas y los procedimientos metodológicos utilizados.

Estos aportes teóricos son citados en este apartado a los fines de fundamentar las decisiones realizadas en el proceso metodológico que se llevó a cabo conjugando ambas perspectivas durante el proceso.

Se construye la siguiente matriz para el volcado de los referentes empíricos obtenidos de las entrevistas.

Tabla N° 5: Matriz de Análisis de los datos

ENTREVISTA	Cultura organizacional	Construcción de agendas de turnos	Distribución de turnos	Barreras de accesibilidad	Nuevos referentes temáticos
Entrevista 1					
Entrevista 2					
Entrevista 3					
Entrevista 4					
Entrevista 5					

Fuente: elaboración propia.

Cabe aclarar como bien plantea parte de la bibliografía relativa al análisis de datos cualitativos que la misma constituye más un arte que una técnica y que su aprendizaje no está al alcance de todos. La rigurosidad de la investigación está dada fundamentalmente por la validez y confiabilidad de los datos obtenidos, las

conclusiones se encuentran apoyadas en los datos y por la selección de informantes realmente implicados en el tema a abordar.

### **Consideraciones éticas**

Se comunicaron verbalmente los objetivos del estudio cuando se realizó la petición de colaboración por vía telefónica. Al inicio de la entrevista se les facilitó a los entrevistados carta introductoria en la que, más detalladamente se les informaba de las implicancias del estudio, el encuadre académico del mismo y la metodología a implementar. Se les solicita además su consentimiento para la grabación de la entrevista.

Teniendo en cuenta que el tema en cuestión reviste alta sensibilidad social y altos niveles de responsabilidad de los gestores en salud, se utilizaron como se mencionó dos instrumentos adicionales para encuadrar el proceso de recolección, análisis, interpretación y comunicación de los resultados del trabajo. Por un lado, carta de presentación (ver anexo 1), y por otro lado hoja de consentimiento informado.

### **Análisis e interpretación de datos.**

Para la presentación de los datos obtenidos se tomaran en cuenta tres nudos temáticos principales, los cuales se constituyeron como objeto central de las entrevistas realizadas. Estos son la conformación de agendas de turnos, las modalidades de entrega de turnos y las barreras en la accesibilidad. Por último se abordará un cuarto nudo que fue construido a partir de los aportes identificados en los relatos de los entrevistados, los cuales coincidían en la profundización de algunos aspectos vinculados con los anteriores, pero que no fueron explícitamente indagados por la investigadora.

Se utilizó la técnica denominada verbatim para la presentación y análisis de los datos, que significa la reproducción exacta de una oración, frase, cita u otra secuencia del entrevistado. Las palabras aparecen en el mismo lugar, en el mismo orden, sin paráfrasis, sustitución o abreviación de cualquier tipo, sin realizar siquiera un cambio trivial que pueda alterar el significado. El correcto uso de los verbatim ayuda a mostrar los resultados obtenidos los cuales derivan directamente de las narraciones de los participantes, están identificadas,

---

organizadas y fundamentan la interpretación del investigador. Esto, como se mencionó, otorga validez y rigurosidad a la investigación de tipo cualitativa.

## Resultados

### De la cultura organizacional

Si bien en las páginas siguientes se aborda en profundidad situaciones y relaciones que dan cuenta de la cultura organizacional del Hospital Regional Ushuaia en los servicios estudiados, resulta oportuno señalar dos relatos que ponen de manifiesto algunos elementos identitarios de jerarquía que interactúan dinámicamente con otros aspectos del problema en estudio.

Como se desarrolló en el marco teórico, la cultura organizacional incluye entre otros, los procedimientos, la organización, la tecnología y el manejo de la información, así como los ritos, conductas, hábitos, comportamientos de quienes son parte de la organización.

Sin dudas que el desarrollo de la categoría y el análisis de alguno de los hallazgos que a continuación se recuperan, resultan limitados para los alcances de la categoría en este trabajo.

Hecha esta aclaración se recuperan algunos de tópicos de las entrevistas que resultan altamente distintivos de la cultura organizacional en lo que se refiere a la forma en que las cosas son y se hacen en los servicios del hospital local.

El primer relato compatible con conductas y comportamientos de los actores institucionales en ejercicio de sus roles, mientras que el segundo relato expone expectativas de usuarios que influyen en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Dice el entrevistado:

*“Es una ciudad chica, todos nos conocemos, el que conoce a alguien “consigue” un turno difícil. Los propios trabajadores del hospital se sacaban los turnos, le sacaban al amigo, al familiar”.*

Alude fundamentalmente a la proximidad de las relaciones sociales de quienes solicitan un turno y quienes monopolizan algún tipo de influencia al respecto. La frase “todos nos conocemos”, podría vincularse con el concepto de proximidad. Es decir la circunstancia de estar a poca distancia de un punto que se toma como referencia en el espacio o en el tiempo, según una definición clásica.

Esta cercanía real o simbólica con un director de hospital, con un médico e inclusive como se retomará más adelante, con autoridades ministeriales para

obtener un “turno difícil”, como dice el entrevistado se presenta en muy pocos lugares. Si fuera posible extrapolar esta situación en otra localización de cualquier provincia del país, sin dudas que las posibilidades reales de utilizar este tipo de estrategias para obtener un turno resultarían impensables.

El segundo relato se vincula con las exigencias identificadas en parte de la población migrante en tanto disponen de experiencias previas en relación a la accesibilidad y a la búsqueda de atención médica.

*“La población de Ushuaia no está acostumbrada a un hospital que funcione mal”. Sistema cerrado, bloqueo de título, cuestión emblemática, El hospital simbólicamente una de las instituciones que mejor funcionaba.” La población tienen un nivel de exigencia superior, por ser migrante, por tener un nivel educativo medio elevado, por tener indicadores de salud comparados con la ciudad de Buenos Aires”.*

## De la conformación agendas de turnos

*“En la agenda de turnos intervienen los directores, a veces venía del ministerio, por quejas de los pacientes que a veces venían setenta o cien personas y se entregaban sesenta (turnos), había cuarenta que se iban a la casa de vuelta sin respuesta, entonces esa gente se iba a quejar a la dirección o de alguna manera llegaba la noticia a ministerio y se transformaba en un cambio en el sistema de turnos, muchas veces ocurrió así porque nunca se logró con la cantidad de profesionales que hubo siempre lograr que la demanda fuera cubierta en su totalidad”.*

En las entrevistas realizadas a los gestores, es posible hallar coincidencia en las descripciones en cuanto a los actores que intervienen en el armado de las agendas de turnos. Los entrevistados reconocen que son los jefes de servicios los actores centrales en este aspecto y reconocen intervenciones eventuales de la dirección médica e incluso de otros actores de mayor jerarquía. Así lo refieren los entrevistados:

*DM: “las agendas de turnos son armadas por el jefe de servicio en función de las actividades que cada servicio tenía, lo que uno (DM) hacía era evaluar la oferta de turnos, que tendencia tenía, incrementarse o se estabilizaba o decrementaba. Cuánto ocupaba el porcentaje de tiempo para la atención cada profesional”.*

*JG: la agenda es la que ofrecen los profesionales, lo arman los servicios.*

Ambos relatos parecieran acordar al expresar que son los “jefes de servicios” y “los profesionales” quienes determinan el armado de las agendas de turnos de los servicios. En primera instancia parecieran ser los únicos actores implicados. Posteriormente se reconocen e incluyen otros actores externos a los servicios implicados -dirección del hospital y ministerio de salud- quienes contaban con posibilidad de incidir desde sus funciones en las agendas de turnos en algún sentido.

El entrevistado DM agrega: *“de todos modos había barreras por cantidad de profesionales, barreras mecánicas cantidad de consultorios y otros con factores actitudinales propias de los profesionales e incluso de la población. Yo creo que hay una Interacción o interfase. Creo que hay cierta disociación, cierto distanciamiento entre todo el sector de los profesionales del campo de la salud y la*

*población. Hay niveles de violencia, insatisfacción profesional (stress, bajos salarios), vínculo desgastado entre profesionales y población: violencia en las guardias y otras. No solo en Ushuaia, en hospitales nacionales. La población en realidad demanda, pobre, no tiene porque no hacerlo. Demanda porque demanda. Siente una necesidad”.*

El entrevistado aquí menciona al menos dos aspectos centrales de la cuestión. Por un lado menciona barreras estructurales de la organización vinculadas con la cantidad de profesionales y consultorios. Este aspecto puede ser pensado respecto del primer momento del proceso de accesibilidad desarrollado por Tanahashi, donde la disponibilidad de los servicios de salud constituye el aspecto fundante de los demás momentos del proceso.

Donabedian planteó hace más de treinta años que una buena estructura institucional incluye disponibilidad de recursos humanos, recursos materiales en cantidad y calidad suficientes y sus correspondientes recursos financieros. Estos tres componentes de la estructura constituyen la plataforma de la calidad de la atención médica. Agrega el autor que la organización adecuada de estos elementos conducirá a que los procesos de atención sean óptimos.

La situación mencionada por los entrevistados, tensiona el planteo de los autores y la realidad local, al introducir la relación entre cantidad de profesionales para la demanda y limitaciones estructurales del propio hospital en cuanto al espacio físico. Este aspecto será profundizado en las páginas siguientes.

Por otro lado, el entrevistado menciona en su relato la existencia de “factores actitudinales” de las dinámicas interpersonales y de un “cierto distanciamiento” que identifica entre los profesionales y las necesidades de los usuarios. Estos factores actitudinales podrían interpretarse como uno de los atributos característicos de la relación entre los profesionales y pacientes, la cual formaría parte de la definida cultura organizacional de entender y producir estas relaciones en la organización marcado por una distancia o brecha entre lo que necesitarían los usuarios y lo que se ofrece institucionalmente.

Cuando se plantea el “desgaste” en dichas relaciones, se podría inferir de manera general algunas resultantes de las condiciones del trabajo profesional hospitalario y

la demanda del usuario darían cuenta de una serie de desencuentros que se materializan en el espacio socio-institucional y que tendrían su origen en las relaciones sociales actuales desde un enfoque macro social.

Revilla plantea que las conductas, la motivación y la cohesión grupal son manifestaciones de la cultura organizacional, de ese modo de ser y de hacer del hospital. Estos factores actitudinales podrían vincularse justamente con los deseos y expectativas de unos y otros, es decir qué espera un usuario al entrar en un consultorio? Qué espera el profesional cuando recibe al paciente? ¿Esas expectativas se encuentran? o por el contrario ¿incrementan las demandas a satisfacer de una y otra parte, profundizando las distancias? El profesional dispone del saber especializado requerido, ahora bien, eso responde todas las inquietudes del usuario o el trato empático y la adecuada comunicación también se constituyen como deseos?. El usuario, sobre qué concepciones demanda al profesional? Qué experiencias tiene, que herramientas lo acompañan, cual ha sido su trayectoria en las instituciones de salud?.

En estos interrogantes se expresan una vez más, las complejidades intrínsecas de las relaciones humanas, las cuales en instituciones prestadoras de servicios de salud, constituyen un aspecto fundante del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado de la salud, que la mirada hegemónica pretende in-visibilizar, recortando todo este proceso en un abreviado encuentro en el marco de una “consulta médica” acotado no solo en cantidad de consultas sino en los tiempos dispuestos para ellas.

Cuando el entrevistado identifica “situaciones de violencia” en tanto agresiones de usuarios a profesionales en distintas partes del país, deja al desnudo una serie de conflictos. Las relaciones sociales, incluso las del profesional de la salud con el usuario, se construyen en un entorno más general que precede y sucede al consultorio. Se podría pensar qué tipo de conductas y de valores favorecen o atenúan la emergencia de hechos de violencia en el campo institucional, qué valores y conceptos priman desde la organización tanto para prevenir, reconocer y atender los eventos que puedan presentarse en estas relaciones médicos – pacientes.

La categoría relación médico - paciente, cuenta con una amplia variedad de desarrollos teóricos, por lo cual de acuerdo al recorte o arista que interese priorizar será el análisis a realizar. Lo que sí se puede mencionar que como en toda relación social, las condiciones, determinantes y las influencias del entorno así como la particularidad del contexto, la singularidad, historia e identidad de los participantes de dichas relaciones podrán constituirse como guías para comprender lo singular del fenómeno.

La cultura organizacional presenta diversas maneras de manifestarse, como ya se planteó, una de ellas corresponde a los procedimientos y las tecnologías utilizadas por la propia organización hospitalaria, en el manejo de la información, los ritos, conductas, hábitos, comportamientos, la forma de expresión oral o escrita, entre otros.

Como se viene planteando, las agendas de turnos pueden ser comprendidas como un componente de la cultura institucional demostrando parte de las interacciones, valores y principios sostenidos por los servicios en particular y el hospital en general para modelar estas relaciones. A propósito de esto, el entrevistado manifiesta:

*JT: “En la agenda de turnos intervienen los directores, a veces venía del ministerio, por quejas de los pacientes que a veces venían setenta o cien personas y se entregaban sesenta (turnos), habían cuarenta que se iban a la casa de vuelta sin respuesta, entonces esa gente se iba a quejar a la dirección o de alguna manera llegaba la noticia a ministerio y se transformaba en un cambio en el sistema de turnos, muchas veces ocurrió así porque nunca se logró con la cantidad de profesionales que hubo siempre lograr que la demanda fuera cubierta en su totalidad”.*

Esta afirmación refleja al menos dos cuestiones centrales para analizar. Por un lado, un aspecto enunciando por el entrevistado plantea la imposibilidad de que la demanda de los usuarios fuera cubierta en su totalidad con la oferta disponible.

Esta aparente distancia entre la oferta de turnos, las demandas y la inexistente información respecto de quienes se retiran de la institución sin un turno para la

consulta, habilita algunas reflexiones por demás de enriquecedoras habilitadoras de próximas investigaciones.

La OMS focaliza en los efectos de la fragmentación de los sistemas de salud que impactan en demanda no atendida, demanda insatisfecha o demanda reprimida. Plantea que en la experiencia de las personas que utilizan el sistema de salud, la fragmentación se expresa como “falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con sus necesidades”. Algunos ejemplos puntuales comprenden en el aspecto analizado la demanda reprimida, las listas de espera, las derivaciones tardías, la necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad o la falta de una fuente regular de servicios.

Por otro lado, el entrevistado reconoce la influencia de jerárquicos sobre las agendas de turnos, las cuales como ya se mencionó, son competencia de los jefes de servicios. Tal como afirma Sousa Campos: “las funciones de gestión se ejercen entre sujetos, aunque con distintos grados de saber y de poder<sup>44</sup>”. Esta afirmación complementa entonces la afirmación inicial donde los entrevistados identificaron casi de manera unánime la acción de los jefes de los servicios en el armado de las agendas de turnos.

Las presiones e influencias sobre los médicos que realizan la atención de usuarios “transformaba el sistema de turnos” dice el entrevistado. Es decir, el armado de las agendas, podía verse influenciado por la acción -más o menos formalizada- de actores externos que responden con sus criterios e intereses a múltiples demandas. Ahora bien, surge aquí un interrogante: qué tipo de usuario concentra el suficiente poder suficiente para “llegar” a un director de hospital o a un ministro de salud? Y por otro lado, esa demanda o comúnmente llamada “queja” puede “vulnerar” de la misma manera las lógicas de organización de un servicio hospitalario para su transformación?.

El poder de influencia que puede atribuirse a los mecanismos informales identificados, son parte de la identidad y de este modo particular de ser y de vincularse que construyen los servicios del hospital en el contexto local. Sin dudas

---

<sup>44</sup> Campos, G. W. S. (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte Paideia en el trabajo en salud. *Salud colectiva*, 1, 59-67.

que el acceso a funcionarios de primera línea de la provincia no representa la realidad de cualquier hospital público del país. En este aspecto, vale destacar que la cuestión del poder adquiere una relevancia inédita ya que demuestra como este tipo de intervenciones “vence” las resistencias organizacionales. Las cuales sostienen los sistemas vigentes o por el contrario afectan y/o modifican la estructura en lo que respecta a la planificación de las agendas de turnos programadas por los jefes de servicios hospitalarios.

Hasta aquí, se han caracterizado parte de las relaciones entre usuarios y profesionales, he aquí otras relaciones de tipo jerárquicas que se desarrollan y que reconocen otros actores centrales: jefes de servicios y directores. A continuación el entrevistado explica algunas situaciones vividas que repercutían también en el armado de las agendas de turnos.

*DM: “con los índices de estadísticas, con la cantidad de consultas por profesional o consultas totales por servicios, los llevaba después con los jefes de servicios para ver por qué bajaban la oferta. El profesional es muy reacio a ser evaluado por indicadores de producción. Todos somos reacios. Donde yo les planteaba números me sacaban cagando. Mirá estos son tus números, casi me mata.... que como iba a traer números. Yo le acercaba los números para ver como él quería planificar su servicio. No era sencillo decirle a un profesional.... Porque es medir la producción y la gente no quiere medir producción, más en un sistema cerrado”.*

Así como se profundizó anteriormente respecto de las características de la relación médico-paciente, en el marco de la prestación de un servicio de salud y de los conflictos que pueden observarse, el relato anterior muestra un aspecto de las relaciones de poder y jerarquías entre los profesionales y jefes de servicio con los directivos del hospital.

De las entrevistas realizadas puede reconocerse situaciones de tensión devenidas de la planificación de las agendas de turnos ante la débil rectoría de la normativa correspondiente. Ante la falta de respuestas de los jefes de servicios, era requerida una intervención de la DG de tipo prescriptiva para obtener y ofrecer las agendas de turnos y subsanar conflictos en relaciones conflictivamente asimétricas. Así lo expresa el entrevistado:

DG: *“teníamos que estar detrás de los jefes de servicio para que entreguen los listados de turnos y poder hacer la oferta”.*

DG: *“los administrativos avasallados por los profesionales, ya te lo voy a pasar, recurrían a la dirección y éramos nosotros (la dirección) los que teníamos que salir en búsqueda de las planillas que faltaban”.*

Ambos testimonios podrían interpretarse en el carácter informal de tipo discrecional que ha adquirido la cuestión de la oferta de turnos y armado de agendas de turnos en el hospital, debiendo contrarrestar los eventos coyunturales que se presentaban y la ausencia de una normativa actualizada en vigencia que regule la cuestión. Sin dudas y tomando los aportes de Donabedian, estos aspectos analizados pertenecen a la órbita de la estructura organizacional en relación al recurso humano disponible, afectando no solo los procesos descritos, sino también y fundamentalmente los resultados obtenidos.

Luego de describir los actores que participan del proceso de armado de agendas resulta pertinente recuperar otro aspecto relevante del mismo, el cual corresponde a la amplitud de las agendas, es decir a la cantidad de turnos que contenía cada agenda.

Se desprende de las entrevistas realizadas, que el modo de organización del tiempo de los profesionales y la disponibilidad de los mismos para las consultas externas se vincula directamente con las diferentes tareas que llevan adelante en el Hospital Regional Ushuaia. También incluyen aquí la diferenciación en los tipos de consultas, teniendo en cuenta las particularidades de otros servicios como cardiología que realizan prácticas y ginecología diferenciando consulta prenatal de otros tipos de consultas.

La trayectoria histórica de la institución y la coyuntura van marcando las directrices de la organización de los servicios y sus particularidades en sus agendas de turnos. Así lo explican los entrevistados:

DG: *“existía un piso de cantidad de consultas por profesionales. Hay diferencias en relación a los tiempos en las consultas: se acordó doce turnos por día por profesional. Resulta difícil de sostenerlo en tiempo. El profesional es dueño del*

*tiempo de lo que hace dentro de la consulta. Estar detrás de los jefes de servicio para que entreguen los listados de turnos y poder hacer la oferta”.*

En términos generales dice el entrevistado, se “acordó” una base de doce turnos por profesional por día para el armado de las agendas, reconoce en primera instancia un primer consenso vigente previamente entre quienes diseñaban la política de salud y la atención hospitalaria. Identifica además dificultades de distinto orden para sostener este piso, lo cual anticiparía la inexistencia real de doce turnos-día debido entre otras razones a la multiplicidad de tareas que desarrollan algunos profesionales por ejemplo de los servicios en estudio y como se evidenciará más adelante a licencias ordinarias del recurso humano.

En el Servicio de Traumatología, el staff médico realiza exclusivamente tareas asistenciales las cuales incluyen atención por consultorio externo, prácticas quirúrgicas los días martes y jueves, control y seguimiento de pacientes internados, atención de guardia por derivación de guardia general, control y seguimiento de pacientes ambulatorios y atención de guardias pasivas por fuera del horario de consultorio programado. Por esta razón la cantidad de turnos posibles para la consulta externa queda supeditada a otras situaciones, tal como lo expresa este entrevistado:

*JT: “el servicio de traumatología nunca tuvo una agenda propia de turnos... la realizaba la gente de admisión supongo, lo único que nosotros interveníamos era en el número de turnos que se otorgaban por día y por profesional para no descuidar la otra parte asistencial que es la asistencia de la sala, quirófano, pacientes propios citados para control pos-operatorio o por lo que fuera”.*

El entrevistado explica que la guardia del servicio de traumatología recibía pacientes de múltiples formas, desde diversos efectores del sistema de salud y con diversos grados de urgencias, generándose posiblemente nuevos turnos para la asistencia de usuarios. Así lo refiere:

*JT: “te mandaban desde la guardia, porque al que le duele el pie, va a la guardia te llama al que está de guardia (de traumatología) entonces lo termina viendo de otra manera. Por interconsultas de otros colegas, porque como no conseguían turno con traumatología iban a un clínico, el clínico te lo mandaba con Interconsulta en la fecha y vos lo terminabas viendo igual sin el turno”.*

El staff del servicio de oftalmología realizaba, al igual que en el caso anterior, la tarea exclusivamente asistencial bajo la modalidad denominada “guardia”. Los mismos profesionales atendían pacientes por consultorio externo, demanda espontánea, pacientes internados y derivados por profesionales de la guardia externa del HRU y del primer nivel de atención. Así lo expresa sucintamente la siguiente afirmación:

*JO: “La (médica) de guardia atendía la guardia, las interconsultas de salas. Se realizaba atención de 8 a 20 horas y las urgencias se atendían en forma espontánea a cargo del médico de guardia”.*

Hasta aquí, ambos servicios estudiados, traumatología y oftalmología comparten algunas similitudes en la dinámica interna de organización de las agendas de turnos para consultorio externo, la cual quedaría sujeta a otro tipo de tareas internas. En otras palabras los mismos médicos realizan simultáneamente la atención de consultorio externo, atienden consultas de pacientes internados, interconsultas de pacientes ambulatorios tanto del hospital como de los centros de salud.

Así como la cantidad de profesionales médicos, los horarios de los turnos y las diversas eventualidades de la atención hospitalaria determina la cantidad de turnos, las coyunturas hacen lo propio.

El servicio de oftalmología atravesó una situación especial en el período estudiado debido a la reducción del mismo por renuncia de profesionales, situación que afectó directamente la disponibilidad de los especialistas para la atención de la demanda. Nuevamente es posible pensar en la disponibilidad del recurso humano como fundante de los otros momentos del proceso de accesibilidad descripto.

En la línea del planteo ya desarrollado por Donabedian a lo largo de este trabajo, es posible pensar que el impacto directo de los elementos en juego, limitarían las capacidades de la población usuaria de utilizar efectivamente los servicios de salud en los servicios estudiados

Así lo reconocen coincidentemente los entrevistados.

*DM: “hubo dificultades para armado de agendas por falta de recursos humanos (oftalmólogos) y cantidad de demandas: oftalmología y traumatología. El Servicio de Oftalmología tuvo altibajos pasamos de tener tres profesionales a dos. Un*

*servicio con inconvenientes para trabajar. Luego aumentó la oferta de turnos con dos ingresos”.*

*JO: “el período seleccionado fue muy complicado, se dieron de baja dos recursos humanos en 2014 y junio julio hubo dos ingresos nuevos”.*

*JG: “se llegó un momento en especialidades que llegaron a ser muy críticas: traumatología y oftalmología”.*

Otro aspecto importante de las agendas de turnos y de su conformación se refiere a los horarios dispuestos para los turnos. Respecto de los horarios fijados para el armado de las agendas de turnos para consultorios externos, el entrevistado recupera parte de la historia organizacional y lo expresa de la siguiente manera:

*DG: “existía una resolución histórica: el hospital tenía que funcionar de 8 a 20 horas, se trataba de mantener en los servicios que se podía, habían servicios que cumplían, otros a desgano y otros por cantidad de personas no podían cumplir”.*

Del relato anterior es posible pensar nuevamente, el alcance la normativa aludida en relación a los horarios disponibles para la programación de los turnos y la adherencia de los servicios tanto en el personal jerárquico como en el sector profesional así como los mecanismos institucionales reguladores de dichos procesos.

Las variables de tiempo y espacio así como de la disponibilidad del recurso humano para el armado de las agendas de turnos, demuestran los componentes de la estructura básica y óptima de los servicios estudiados para su funcionamiento.

El entrevistado, alude al cumplimiento de las normas y acuerdos históricos y las dificultades para sostener dichos acuerdos a lo largo del tiempo cuando incluye el horario previsto para la atención de la demanda y la cantidad de turnos por profesional.

Como ya se mencionó, los dos servicios estudiados -oftalmología y traumatología- presentaban particularidades para el armado de las agendas en tanto cantidad de turnos como la regularidad de los mismos mes a mes si se los analiza de manera comparativa.

En términos comparativos, las agendas de turnos mes a mes, revestían una notable variabilidad consignada por los entrevistados. Así lo expresan.

DG: *“Se pedían agendas lo más parecida mes a mes pero los jefes de servicios reconocían dificultades para armarlas”.*

JT: *“Las agendas comparadas por mes, dependía del número de profesionales en cada época y de las licencias, durante la época de vacaciones obviamente la oferta bajaba y también la demanda porque mucha gente se iba entre diciembre y febrero. La demanda baja bastante también la oferta porque cerca de la mitad del servicio salía de vacaciones, nunca quedaba descubierto nada ni las guardias ni los consultorios ni nada”.*

Una de las preguntas realizadas en las entrevistas tenía que ver con la percepción de los gestores en cuanto a relación entre cantidad de profesionales disponibles y la demanda de turnos. Aquí las percepciones tuvieron diversos matices y arrojan nuevos núcleos temáticos para la reflexión.

DM: *“la cantidad de profesionales sería adecuada si el primer nivel de atención de la salud funcionara adecuadamente. Si uno contara con un primer de atención que funcionase adecuadamente, por ejemplo no hubiese sido lo mismo la demanda al hospital si el primer nivel de atención funcionara adecuadamente. A mi criterio no funcionaba adecuadamente”.*

JT: *“la cantidad de profesionales siempre fuimos cinco o seis, cincuenta o sesenta turnos diarios... más pacientes...hacíamos la sala, quirófano y además pacientes que uno se citaba fuera del horario de consultorio para controles. Continúa, si vos operabas un tobillo y lo querías ver cuatro veces por semana te lo citabas vos en un horario fuera de consultorio y yo no intervenía en eso es una decisión de cada profesional depende de cómo era la evolución de esa patología, a veces uno necesita verlo más seguido a ese paciente y a veces no. Depende del criterio y responsabilidad citarlo más seguido o menos seguido”.*

DG: *“La cantidad de profesionales en relación a los turnos podría ser “acorde” hablando del punto de vista del consultorio, pero el hospital no solamente es demanda de consultorio. Muchos de esos profesionales viven de guardia, por ejemplo pasivas de traumatología, de imágenes. Se activa y al otro día hay que volver a las 8 horas, cirugías, etc”.*

Las manifestaciones de los entrevistados desnudan una realidad particular pero no exclusiva del modelo de atención vigente en el sistema local y de la distribución del

recurso profesional altamente especializado, enfatizando una perspectiva centralizada en el hospital y concentrada en la tarea asistencial de diversa naturaleza en el mismo profesional.

El primer relato alude al rol adjudicado al primer nivel de atención y a la expectativa asentada en la capacidad resolutoria del mismo, las cuales pareciera no satisfacer las expectativas al menos de parte de los gestores del hospital.

La preparación del personal del sector salud y otros sectores mediante la capacitación, aumenta la capacidad resolutoria de los recursos humanos, incrementándose la competencia y desempeño de profesionales y técnicos de los sectores que participan en los distintos niveles y efectores de salud<sup>45</sup>.

El segundo testimonio, hace una generalización respecto de la cantidad de médicos que formaron parte del servicio de traumatología y de todas las tareas asignadas, además de la atención de consultorio externo, que tenían dentro de su rutina diaria en el hospital.

Una característica de esta rutina se expresa, como se mencionó anteriormente, por la utilización del mismo recurso profesional para la asistencia simultáneamente en distintas actividades asistenciales: consultorio externo, salas de internación, actividad quirúrgica, guardias pasivas, etc. Esto conlleva necesariamente a un desatención de otras dimensiones referidas por ejemplo a la continuidad de la atención médica y el componente de aceptabilidad de la misma por parte la población usuaria.

Cuando se plantea el rol adjudicado al primer nivel de atención y a la expectativa asentada en la capacidad resolutoria del mismo, nuevamente se apela al concepto integrador de RISS, el primer nivel conduce al segundo y viceversa.

Aquí se advierte la presencia de un servicio que inter-media permanentemente en toda la red de efectores – servicios hospitalarios y centros de salud -como son las denominadas guardias generales de los hospitales.

---

<sup>45</sup> Castell Florit-Serrate, Pastor. 2004. La Intersectorialidad. Conceptualización, Panorama Internacional y de Cuba. Revista Horizonte Sanitario volumen 2, número 3. México: División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Tabasco.

La identificación de este nuevo actor institucional constituye un aspecto saliente y recurrente en las entrevistas realizadas a los gestores de la institución. Este hallazgo corresponde al rol que tiene la guardia general del Hospital Regional Ushuaia para el hospital y la población, la cual por múltiples variables, constituye un lugar central en el sistema. Este se configura como espacio-lugar central en las trayectorias de búsqueda de atención médica e instancia de derivación a servicios hospitalarios con restringido acceso por consultorio externo. Así lo expresan los siguientes relatos:

*DM: “La satisfacción de la población termina siendo siempre la guardia del hospital para saber si es grave o no es grave. Se agotan las guardias. Ushuaia tiene el eterno inconveniente de que el servicio de emergencia cubierto por la gente que debiera estar en el primer nivel de atención o la guardia se transformó en primer nivel y se mezcla todo. Nunca se pudo separar”.*

El entrevistado ilustra con su relato dos caras de la misma moneda. Por una parte, la población acude a las guardias hospitalarias por ausencia de médicos generalistas en los centros de salud cumpliendo tareas en las guardias de emergencia con la consecuente ausencia durante uno o dos días de la semana de los centros de salud. Esta situación, de público conocimiento, atenta contra la continuidad diaria del médico generalista en cada centro de salud de la ciudad durante la semana. Por otra parte, especialistas de segundo nivel afectados a actividades asistenciales de distinto tipo: atención en consultorio, actividad quirúrgica, guardias pasivas entre otros.

En ambas situaciones, las experiencias de desencuentros entre los destinatarios de la atención y los encargados de la misma deterioran no solo los contratos terapéuticos sino también los acuerdos operativos de la institución determinados por los modos de organización y gestión interna, las cuales operarían desfavorablemente.

Dichos modos organizativos se perpetúan conflictivamente en el tiempo ante la dificultad de diseñar nuevas reglas en el inter- juego de los actores implicados que superen los efectos adversos del modelo de gestión y atención vigente. Esto que el entrevistado consigna como “eterno inconveniente” y situación donde “se mezcla todo” evidencia las situaciones de superposición de servicios de salud o por el

contrario focos de ausencias de los mismos, los cuales son sorteados por la población usuaria con mayor grado de discrecionalidad sobre el sistema de salud en su conjunto, construyendo una diversidad de “ruta” o “trayectorias” para la obtención de la atención.

Sousa Campos apela a un cambio en la mirada de la gestión y en el modo de producción de las prácticas de salud, que favorezcan “mayor democratización” en las organizaciones y que busquen ampliar la capacidad de los sujetos para analizar e intervenir sobre su praxis y sobre las formas de organizar y gestionar los servicios e instituciones de Salud centrados en los usuarios.<sup>46</sup>

Este modo de asumir la gestión en la experiencia de los entrevistados, podría habilitar nuevas comprensiones de procesos de gestión que pareciera no tener otras explicaciones y ampliar la reflexión crítica en nuevos actores respecto de la producción de los servicios de salud, en el caso puntual de estudio, respecto de la producción de las agendas de turnos y la receptividad de estos modelos en los usuarios.

La Organización Panamericana de la Salud afirma: “Hay que considerar la relación entre descentralización y mejora de los mecanismos de gestión y participación. La eficiencia y la eficacia de los sistemas -y servicios- de salud están íntimamente ligadas a la calidad de la gestión, se impone a las autoridades sanitarias el desarrollo de estilos de gestión susceptibles de garantizar al sistema una óptima utilización de los recursos, amerita un proceso de intervención de los diferentes niveles de gestión y otras medidas que acompañen estos procesos, entre ellas la cooperación intersectorial”<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> De Sousa Campos, G. W. (2001). Gestión en salud: en defensa de la vida. Lugar editorial.

<sup>47</sup> OPS. Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: la renovación de la atención primaria de salud en las Américas”. Washington (DC): Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la salud 2008.

## De las modalidades de entrega de turnos

*“La distribución de los turnos estaba a cargo del área de turnos con personal administrativo. Los administrativos son la cara visible, le dicen que no a los pacientes, reciben la queja que a veces es maltrato y recibe el maltrato de los usuarios internos, los profesionales”.*

El armado de las agendas de turnos, como se describió precedentemente reúne una serie de actores, procesos y características particulares en el servicio de traumatología y de oftalmología, así como aspectos comunes que se han podido identificar.

Como se mencionó anteriormente la entrega de turnos en los servicios mencionados incluye distintas modalidades, asumiendo que las formas que la institución establece para disponer-entregar esos turnos a los pacientes incorporan aspectos culturales de la misma, de los usuarios y de las dinámicas y heterogéneas relaciones entre ambos en un contexto social e histórico determinado.

La forma clásica y por cierto más utilizada en los servicios estudiados para el otorgamiento de los turnos, es la búsqueda personal del turno por ventanillas a través del intercambio personal del usuario con el personal administrativo, según lo manifestado por los entrevistados.

Cabe rescatar aquí la emergencia de un actor preexistente en la dinámica institucional denominado Unidad de Gestión de la Atención con implicancias directas en el problema en cuestión. La creación de dicho dispositivo, también denominada gestión de turnos, podría ser interpretada como respuesta institucional al problema en estudio.

En los relatos que a continuación se mencionan, se describe el origen y el funcionamiento de dicha unidad, la cual fue creada para responder al problema del acceso a turnos en un periodo anterior al estudiado. Así lo manifiestan los entrevistados:

*DG: “la entrega de turnos era en forma personal no teníamos la posibilidad de entregar los turnos por internet. Por eso generamos en el 2010-2011 la unidad de acceso a la atención UGA, todos aquellos turnos que eran difíciles de conseguir para que la persona no tenga que estar concurrendo (mayores de edad, madres con chiquitos) llenaban una planilla y el UGA asignaba una porción de turnos disponibles para estos casos”.*

*JG: “La UGA se crea hace aproximadamente cinco años, la preocupación en ese momento era la difícil accesibilidad de los pacientes a la obtención de los turnos. El objetivo era hacer una evaluación de las características y motivos y turnos más requeridos. Los turnos más requeridos eran todos. Las personas abrazaban el hospital porque las filas eran para un lado y para el otro lado de las tiras y la gente esperaba desde la madrugada y se pasaba, se venía a trasnochar acá, terrible. Fui armando, con algunas dificultades internas, para facilitarle la accesibilidad a los pacientes”.*

De lo anterior se desprende una adecuada lectura institucional que ya identificaba años anteriores, las dificultades en el acceso a los turnos con los profesionales y la pertinencia de una estrategia que permitía conocer - priorizar la demanda y lograr que la “fila muda” como planteó uno de los entrevistados, comience a hablar. Las preguntas respecto de los usuarios, de la demanda insatisfecha, de quienes son los que consultan constituyen un camino necesario de seguir recorriendo para incluir la voz de los propios usuarios. Este aspecto será retomado al final de este apartado. Afirma en este sentido el entrevistado:

*JG: “la prioridad la tenían los pacientes oncológicos, discapacitados, de la alcaldía, juntas médicas, turnos que nos piden desde Río Grande y desde acá para Río Grande en las especialidades que no tenemos y Tolhuin que nos piden mucho”.*

Resulta necesario y posible re-pensar los modos en que la organización puede reconocer las necesidades de atención, priorizarlas y mejorar las tecnologías vigentes que realmente se aproximen a la noción de Red de Servicios de Salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud más que a la realidad de servicios aislados y fragmentados que no garantizan ni el primer contacto ni la continuidad en la atención.

Ambos testimonios reconocen poblaciones “vulnerables” en el acceso a los turnos, mientras que un entrevistado incluye personas mayores de edad y madres con niños, el otro relato incluye personas con discapacidad, personas privadas de la libertad, con patologías oncológicas e inclusive personas de otras ciudades.

Es posible pensar entonces que los destinatarios “vulnerables” reconocidos por estos gestores podrían abarcar además otro tipo de grupos, ampliando considerablemente los usuarios que demandan la atención.

Este último relato refleja que los servicios en estudio no solo brindan atención a pacientes de la ciudad de Ushuaia sino que atiende demanda de las otras dos ciudades de la provincia que no cuentan con capacidad instalada en los efectores de salud de ambas ciudades: Rio Grande y Tolhuin.

Así planteado, la población que demanda atención supera la asentada en la ciudad de Ushuaia y alcanza las otras dos ciudades principales de Tierra del Fuego, situación hasta el momento no identificada en otras entrevistas.

Respecto de quienes entregaban los turnos de oftalmología y traumatología, luego de la conformación de las agendas, las respuestas parecen coincidir entre los entrevistados identificando a las secretarías de cada especialidad además de la UGA:

*JG: “cada tira daba los turnos para determinadas especialidades y desde esta unidad se manejaban turnos de todas las especialidades, era bastante libre teníamos prioridades nosotros en el otorgamiento, por ejemplo personas de la tercera edad, oncológicos, discapacitados”.*

*Agrega JG: “nosotros utilizamos desde la unidad de gestión los mismos turnos que se da en todo el hospital, decíamos el cincuenta por ciento de los turnos los toma gestión de turnos y el resto el personal de las tiras”.*

En los servicios estudiados, la modalidad vigente para la entrega de turnos podría definirse como gestión descentralizada, en tanto desde cada secretaría de los servicios otorgaba los turnos disponibles.

La definición de los días, horarios y lugares de entregas de los turnos se correspondían con criterios internos de los servicios y/o coyunturas externas. Manifiestan los entrevistados que los días y horarios de entregas de turnos podían modificarse de manera unilateral generando malestar y conflictos entre usuarios, profesionales y personal administrativo.

Ferrero lo describe así “el control del tiempo de los pacientes, la interrupción momentánea del desarrollo normal de sus vidas le otorga a la medicina un recurso de poder simbólico de gran importancia. La medicina asume una actitud de distanciamiento respecto del tiempo del paciente como sujeto individual al negarle la dimensión histórica, biográfica y personal, al ubicarlo en el interior de un espacio

definido y controlado por la institución, donde el tiempo transcurre negando paradójicamente, la propia temporalidad<sup>48</sup>.

Como se mencionó en el apartado anterior, intervenciones discrecionales y situaciones coyunturales desencadenaban modificaciones espasmódicas en los sistemas instituidos, las cuales muchas veces retornaban a modelos anteriores con escasa eficacia comprobada o desalentaban la utilización de mecanismos que hasta el momento resultan aceptables para la población usuaria.

Los servicios de traumatología y oftalmología, programaban agendas semanales, otorgando turnos a siete días los cuales eran entregados desde las ocho horas en ventanillas, como se expresó, de manera descentralizada.

En el caso del servicio de traumatología, la oferta de turnos se ajustaba a los días lunes, miércoles y viernes debido a que los días martes y jueves eran afectados para la actividad quirúrgica. Cabe aclarar que en ambos casos, las filas de pacientes, tal como reconocen los entrevistados, comenzaban a conformarse durante la madrugada, por orden de llegada hasta la apertura de las ventanillas.

Solo en algunos casos, cada servicio informaba mediante un cartel la cantidad de turnos que se otorgarían ese día. Así lo expresan los entrevistados:

*JO: “las agendas y las entregas se hacían de manera semanal. La administrativa adentro del servicio, los turnos se empezaron a otorgar en dos modalidades: mostrador y a través de la UGA”.*

*DM: “la distribución de los turnos estaba a cargo del área de turnos con personal administrativo. Los administrativos son la cara visible, le dicen que no a los pacientes, reciben la queja que a veces es maltrato y recibe el maltrato de los usuarios internos, los profesionales”.*

Hasta aquí entonces, se podría definir que la distribución de los turnos en los servicios estudiados, se realiza de manera semanal y son entregados en ventanillas y a través de la Unidad de Gestión de la Atención, quien acorde a su listado de pacientes prioritarios asignaba los turnos.

Nuevamente podemos reconocer en este relato el surgimiento de aspectos vinculados a situaciones de violencia institucional, textualmente mencionan las quejas y el maltrato como expresiones de la misma producidas en el complejo escenario de relaciones institucionales motivadas por la necesidad y búsqueda de

---

<sup>48</sup> Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. Cuadernos de antropología social, (18), 165-183

atención médica. En este aspecto surge la cuestión del maltrato hacia el personal administrativo por parte de profesionales y usuarios disconformes como consecuencia de la insatisfacción de la demanda de turnos.

A continuación, dos entrevistados identifican el surgimiento de un nuevo actor implicado en el proceso de obtener los turnos hasta el momento desconocido.

Se podría pensar que, así como la institución crea la Unidad de Gestión de la Atención para resolver algunos de los problemas, una parte de la población hace lo propio generando la figura de los “coleros”, llamados así en el lenguaje coloquial. Estas personas se caracterizaban por reservar lugares en las filas a cambio de dinero, promoviendo algunas transformaciones en los comportamientos-modos instituidos hasta el momento y repercusiones de todo tipo incluso en las figuras de la gestión.

Dice el entrevistado:

*DG: “Cambiamos el horario de dar los turnos, existieron por Facebook personas que vendían los turnos y cuando nosotros (la dirección) nos dimos cuenta fuimos ante la justicia y nos dijeron que lo que estaban haciendo no era nada “ilegal”, nos turnamos con el DM para estar en el horario que daban los turnos, en vez que se den a la mañana que empiecen a darse al mediodía y pusimos la foto de la persona que salía en el Facebook para que lo puedan identificar y decirle no le des el turno”.*

Así como en el armado de las agendas se identificaron los actores involucrados y sus grados de influencia, en relación al otorgamiento de turnos surgen nuevos actores y nuevas influencias sumamente interesantes que coexisten en el gran escenario de la entrega de turnos. Hasta aquí entonces, los turnos pueden ser entregados a usuarios directos demandantes de los mismos, los cuales como se verá a continuación no resultan ser los únicos destinatarios.

Ahora bien, del comentario del entrevistado también puede advertirse, sin certeza absoluta, la relación entre el cambio horario para la entrega de turnos y el antecedente relatado. Surge entonces al menos una reflexión, cuales son los efectos directos e indirectos del cambio en el horario de entrega de turnos teniendo en cuenta la población consultante. En la categoría definida como inversión de la relación de servicio, el usuario queda subordinado a un orden institucional perjudicial que afecta la reproducción de sus vidas cotidianas respecto de la

dinámica del trabajo y de la organización y cuidado de los hijos, fundamentalmente en pos de la adecuación a las rutinas impuestas por la institución.

De las entrevistas realizadas a los gestores, se puede reconocer la presencia e influencia del personal interno de los servicios en la entrega de turnos. Los entrevistados reconocen relaciones de parentesco, afinidad o vecindad de usuarios con algún miembro del staff del hospital que habilitarían el acceso a un turno en perjuicio de la demanda general. Por un lado describen situaciones donde el médico realiza la atención de pacientes sin turnos y por otro lado la asignación anticipada e informal de las citas médicas. Así lo expresan:

*JT: “te dicen tengo un amigo lo puedes ver y uno por compañerismo siempre accede a esos pedidos y salvo que sea imposible y le decías vení mañana, por eso de los diez turnos que se daban terminaban siendo dieciocho. El paciente venía con el turno y nosotros no sabíamos si era la madre del que daba los turnos, el marido o cualquiera, eso no lo sabíamos. También hubo muchas quejas porque al momento de dar los turnos ya había turnos reservados, o sea como puede ser que el primero de la fila teniendo disponibles sesenta turnos tenía asignado el cuarenta y cinco. También había gente que reservaba para conocidos, familiares, etc yo creo que eso era más por el personal administrativo que los profesionales, o los directores directamente llamaban por teléfono y hablaban con cualquiera de los profesionales del servicio y te decían tengo tal persona puedes atender y en eso no había problemas, no creo que un director haya reservado turno para un caso especial. Es mi percepción personal, no lo puedo demostrar pero me parece que históricamente fue así”.*

*DG: “muchas veces uno termina rompiendo el sistema de la propia demanda las personas exigen, exigen, exigen y la persona accedía a ese turno. Es una ciudad chica, todos nos conocemos, el que conoce a alguien “consigue” un turno difícil. Los propios trabajadores del hospital se sacaban los turnos, le sacaban al amigo, al familiar”.*

Claramente estos dos relatos afirman parte de la complejidad advertida por los entrevistados en tanto el crítico problema de la asignación de turnos como dimensión central de la cultura organizacional. Ésta articula características no solo cuestiones de la oferta de atención sino de las demandas de la población a los

efectores de salud, que interpelan las modalidades y tecnologías utilizadas para administrar un bien escaso y erosionan las formas organizativas y de gestión establecidas hasta el momento.

“Las consideraciones que constantemente se realizan referentes al desarrollo tecnológico que se experimenta en el mundo en sentido general y en particular al de la informática y las comunicaciones, además de considerar en este desarrollo tecnológico precisamente el de las ciencias biomédicas, es menester incluir también el de las ciencias sociales, donde está representada la salud con su complejidad, dimensión social y universalidad<sup>49</sup>”.

Los últimos relatos ponen de manifiesto además una cuestión muy importante si se piensa en categorías como calidad y equidad en los procesos de atención. Tomar mayor control sobre los procesos de planificación y entrega de turnos favorecerá una mejor gestión de las agendas y mayor aceptabilidad tanto de la población usuaria como de la población profesional prestadora de servicios de salud. Este proceso podrá ser planificado y gestionado con la participación de los servicios implicados quienes conocen o deberían conocer las características de la demanda que recibe así como de la preferencia de la población que consulta. La población aun con sus características diversas y complejas, constituye tal como se ha mencionado, el componente central de toda política de salud en este caso concreto respecto de los modos en que se organiza la entrega de los turnos y podrán aportar información de utilidad para los gestores.

Resulta necesario abandonar el enfoque patrimonial de quienes gestionan en el campo de la salud. Así lo plantea Castell Florit cuando expresa que “la participación y satisfacción de la comunidad por la solución de los problemas de la gestión que conjuntamente se han enfrentado, permite abandonar enfoque patrimonial en la solución de los problemas. Mayor desarrollo y fortalecimiento de la capacidad de gestión de los equipos directivos y de los gestores políticos<sup>50</sup>”. Dicho con otras palabras, afrontar la complejidad que supone la gestión con todos los actores que

---

<sup>49</sup> Castell Florit-Serrate, Pastor. 2004. La Intersectorialidad. Conceptualización, Panorama Internacional y de Cuba. Revista Horizonte Sanitario volumen 2, número 3. México: División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Tabasco.

<sup>50</sup> Castell Florit-Serrate, Pastor. 2004. La Intersectorialidad. Conceptualización, Panorama Internacional y de Cuba. Revista Horizonte Sanitario volumen 2, número 3. México: División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Tabasco.

intervienen en el campo y potenciar las tecnologías, si se quiere, contra-hegemónicas para el abordaje de los problemas de la gestión.

En los últimos testimonios, se advierte la posibilidad que personal interno de la institución, cuente con posibilidades de atribuir turnos a personas conocidas o familiares. Surgen interrogantes al respecto, en principio si el efecto de dicha acción, en caso que existiera, ¿Afecta la cantidad total de turnos o afecta más la confianza de los actores en el sistema vigente?. ¿Rige alguna condición institucional para la entrega de turnos en dos servicios denominados críticos o el usuario autónomamente selecciona con qué especialidad se trata por fuera de un esquema de atención que contempla niveles de complejidad, instancias de derivación, trayectorias según necesidades y servicios de salud oportunos según necesidad?.

Al respecto uno de los entrevistados afirma que si bien existía el requerimiento de derivación escrita de un médico general hacia el especialista, las características de la población y de la institución no hacían posible su total cumplimiento. Puede de todas maneras reconocer algunos avances en este sentido:

*DG: “ hay personas que entendían que tenían que pasar por un médico general y después ese médico los iba a derivar, pero como no es una política tan institucionalizada tanto en la ciudad en la provincia y en el país, la gente pedía con los especialistas. Lo que si logramos revertir es que las personas venían con un nombre y un apellido del especialista y se los ubicaba en las agendas disponibles”.*

De lo presentado hasta aquí, es posible reconocer aspectos culturales como la cercanía y familiaridad de las relaciones entre usuarios del hospital y el personal, así como el grado de discrecionalidad del personal interno, como factores que podrían incrementar el grado de vulnerabilidad del sistema de entrega de turnos tal cual como está planteado.

En otras palabras, estos intercambios informales podrían configurar y explicitar este modo de ser aquí y ahora de algunas de las relaciones de los usuarios con la institución condicionantes de los procesos de gestión. El modo en que los hechos son relatados por los entrevistados denota lo conocido que resultan estos procedimientos y el escaso control del que aparentemente se dispone para su manejo.

En algún punto el carácter discrecional presente, por ausencia o incumplimiento de la normativa vigente, se presenta como se mencionó anteriormente, tanto en la disposición de cantidad de turnos por profesional por servicio como en el otorgamiento de turnos según el criterio y voluntad de la institución.

A propósito de los testimonios, resulta pertinente mencionar que “la planificación es un proceso que instrumenta análisis prospectivos con la finalidad de alcanzar un mejor funcionamiento del sistema de salud. La elaboración de normas garantiza una mayor eficiencia en el trabajo pues lo regula, por ejemplo, las normas relacionadas con la productividad y la utilización de recursos. Otra área es la relacionada con el desempeño, la evaluación de la productividad y la eficiencia, además del monitoreo de procesos económicos, por ejemplo, los costos<sup>51</sup>”.

Es decir, que la función de las normas impacta no solo en la efectividad de las acciones, sino también en los costos económicos de la atención adecuada y oportuna de la población usuaria, es decir en la relación eficacia - eficiencia del sistema.

Belmartino en relación al uso de tecnologías, en este caso entendiendo las normas en dichos términos, afirma que no solo puede ser utilizada en función de “la productividad del mercado, sino también en mejorar la atención, la organización de las rutinas de trabajo y del funcionamiento de los equipos de salud<sup>52</sup>”.

De los testimonios analizados y a la luz de los aportes teóricos se puede afirmar que las situaciones que afectan negativamente el desarrollo de los procesos descritos en el armado y distribución de los turnos obstaculizan la planificación y la evaluación de la efectividad del sistema implementado. De todas maneras, cabe aclarar que estas situaciones podrían pertenecer en parte al sistema de creencias o representaciones y en parte a hechos reales, la cuestión a comprender es la inexistencia de datos confirmatorios en la realidad.

Cuando se interrogó a los entrevistados en tanto sus propias experiencias en los lugares de la gestión respecto de la modalidad con mayor aceptación por los

---

<sup>51</sup> Gálvez González, A. M. (2003). Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(4), 0-0.

<sup>52</sup> Belmartino, S., Bloch, C.; Báscolo, E. (2003); La Reforma de la Atención Médica en Argentina. Escenarios Provinciales Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Serie Seminarios Salud y Política Pública.

usuarios o que respondía mejor a las posibilidades del sistema, algunas de las respuestas fueron las siguientes:

JT: *“Durante muchísimo tiempo que yo fui jefe de traumatología se han probado creo que todas las maneras que yo me puedo imaginar de dar los turnos, pasando desde dar turno hacia el infinito es decir vos venías o te daban un turno... no sé... para abril del año que viene hasta dar turnos para el día, vale decir el paciente hacia una fila interminable a las cuatro de la mañana llegaban las ocho cuando se daban los turnos se dan tantos turnos por día por profesional y cuando se acababan se iba a la casa sin lograr el objetivo de concretar de tener un acceso a una consulta, eso fue una de las maneras también se habían hecho en forma semanal”.*

Este relato pone de manifiesto la historicidad de las modalidades implementadas para atender la problemática en cuestión, los entrevistados reconocen las limitaciones que estas presentaron donde usuarios que asistieron en búsqueda de turnos, se retiraron de los servicios sin obtenerlos y sin saber el servicio mencionado cuales eran las necesidades de dicho usuario y que demanda insatisfecha existía. Las situaciones de espera, de demoras, de nuevos y variados intentos en la búsqueda de turnos adquieren en la autora de este trabajo un interés particular.

Cabe la reflexión aquí respecto de la percepción de quienes producen los servicios de salud respecto de las dimensiones que presenta la demanda y las esperas a las que son sometidos los usuarios desde la propia organización interna aun recorriendo distintas modalidades a lo largo de los años.

En otras palabras y si bien los relatos reconocen la existencia de estas situaciones, poco pueden aportar respecto por ejemplo de preguntas tales como: ¿Cómo resuelven sus situaciones de salud quienes no acceden a un turno?, ¿Crece la demanda de turnos en estos servicios?, ¿Qué tipo de situaciones coyunturales o estructurales incrementan la necesidad de turnos?, ¿Qué características de las agendas de turnos y de las modalidades de otorgamiento de los mismos, coinciden o se contraponen a las necesidades y expectativas de la población consultante?.

Vale recuperar del último relato en correlación con la reflexión previa, la pregunta sobre las trayectorias que recorrerían estos usuarios que no lograron ingresar al sistema de atención a través de los turnos programados, ingresan por guardia,

retardan la atención con los especialistas, re consultan en otros efectores?. Sin dudas que las respuestas a estos interrogantes no resultan sencillas, pero pueden ser consideradas de gran valor a la hora de repensar como se presenta la demanda hacia la institución y qué mecanismos resultan más apropiados para su análisis y abordaje.

Y en relación a este interrogante respecto de cuáles son las posibles trayectorias y significaciones de usuarios que no consiguen sortear estos obstáculos organizacionales y obtener la cobertura efectiva en los términos de Tanahashi.

Al respecto resulta oportuno el siguiente aporte, “cabe destacar que las modalidades del acceso a la consulta con un médico especialista varían según el lugar de residencia de la población y el subsector del sistema a partir del cual accede (público, obras sociales, privado). En algunos casos, el acceso a la consulta con determinadas especialidades necesita la derivación de un médico clínico o generalista. En otros, el paciente puede solicitar directamente la consulta sin la necesidad de derivación. Ambas modalidades de acceso a la consulta con médicos especialistas están presentes tanto en el subsector público como en las obras sociales y en las prepagas. En el subsector público depende principalmente de las estrategias sanitarias locales, aunque en el interior de una localidad e incluso de un mismo establecimiento pueden convivir ambas modalidades<sup>53</sup>”.

Javier Auyero plantea, desde el campo de la etnografía, que la experiencia de la espera en las instituciones del Estado crea y recrea subordinación entre los pobres urbanos quienes aprenden a ser “pacientes del Estado” a partir de la producción y reproducción de incertidumbre y arbitrariedad, condiciones ya presentes en sus vidas cotidianas y ejemplificadas en los relatos previos.

---

<sup>53</sup> 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. In *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

## De las barreras de accesibilidad

*“Las personas abrazaban el hospital porque las filas eran para un lado y para el otro lado de las tiras y la gente esperaba desde la madrugada”.*

Se retoma aquí el concepto de accesibilidad socio-organizacional de Frenck como aquellos obstáculos que incluye las demoras para obtener turnos y los tiempos de espera mientras que, en las capacidades incorpora la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a las demora de la población.

La tolerancia de la población puede ser pensada materialmente en tanto condiciones en las cuales los usuarios se vinculan con los servicios hospitalarios locales, incluyendo diversas dimensiones entre ellas los tiempos de espera y las condiciones materiales en las que esta se desarrolla. Ambas exponen las posiciones de asimetría que ocupan cada uno de los actores de la relación. Por un lado, pacientes que esperan casi indefinidamente, de pie, largas horas y una organización institucional que sostiene por desidia o negligencia el status quo.

Ferrero indaga el lugar que asume la variable tiempo y las formas sociales de regularlo en la atención médica y define el procedimiento de asignación de turnos “como una forma de actividad ritualizada en tanto presenta un carácter formal, convencional y simbólicamente expresivo de las relaciones sociales que se producen en el contexto de esa institución<sup>54</sup>”.

Uno de los entrevistados relata opciones aplicadas y limitaciones en el servicio al que pertenece que intentaron organizar la atención de consultorio y disminuir la denominada demanda insatisfecha donde el tiempo como categoría emerge en los testimonios.

*JT: “Cuando se daban los turnos hacia el infinito, es decir vos venias o te daban un turno, no sé para abril del año que viene hasta dar turnos para el día, vale decir el paciente venia hacia una fila interminable, a las cuatro de la mañana, llegaban las ocho cuando se daban los turnos se dan tantos turnos por día por profesional y cuando se acababan se iba a la casa sin lograr el objetivo de tener un acceso a una consulta, eso fue una de las maneras también se habían hecho en forma semanal”.*

---

<sup>54</sup> Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. *Cuadernos de antropología social*, (18).

En este sentido, resulta posible pensar que a pesar de las diversas modalidades aplicadas los resultados no serían del todo aceptables. Agrega en el relato la continuidad de cambios en la forma de armar las agendas y entregar los turnos, lo que aumentaría la incertidumbre de quienes una vez que reconocen la disponibilidad de los servicios de salud, se proponen acceder a ellos, como se dijo en servicios con crecientes demandas de atención.

A continuación se recuperan dos relatos muy interesantes que describen las condiciones de espera de los usuarios y cristalizan algunas de las sensaciones que estas generan en la experiencia de los entrevistados:

*JG: “las personas abrazaban el hospital porque las filas eran para un lado y para el otro lado de las tiras y la gente esperaba desde la madrugada y se pasaba, se venía a trastrochar acá, terrible”.*

*JT: “la fila interminable muda, genera mucho discomfort para los directores, a fin de eliminar esas colas molestas visualmente y por las quejas en la dirección lo que se hizo fue dar turnos indefinidos a cualquier hora en cualquier momento la gente se iba con un turno: cosa inútil turno a dos meses “para sacar la cola” no era ninguna solución”.*

Estas situaciones de esperas, de filas mudas, de quejas, de malestares de usuarios se plasman dramáticamente en algunos testimonios del libro de quejas incluidos en la justificación del problema de este trabajo, donde incluso queda asentado el factor climático marcado por las bajas temperaturas. El frío es expuesto en algunas quejas, las tempranas horas en que los pacientes se congregan en las ventanillas y casos especiales de personas con discapacidad, mujeres, adultos mayores, entre otros, quienes presentan condiciones de vulnerabilidad agregadas.

Como se advierte en los relatos, la capacidad de respuesta institucional como dimensión de la accesibilidad, se encuentra distanciada de la población hacia la cual dirige sus servicios de salud.

Así como lo plantea Yavich, no solo la capacidad de respuesta y la comunicación, sino el trato, el reconocimiento de la experiencia de padecimiento del paciente se traduce en las formas de atención, mayor o menor sensibilidad a las necesidades de atención e información del paciente.

Los conceptos de aceptabilidad y satisfacción giran en torno a la adecuación de los cuidados en relación con los deseos, expectativas y valores de las personas y sus familias.

Los hallazgos de las entrevistas a los gestores en torno a las barreras de accesibilidad dan cuenta de las características del entorno que configura y fortalece los procesos vigentes, aunque también dan cuenta de las vulneraciones que padecen los usuarios en la búsqueda de atención médica.

Luego del recorrido realizado y habiendo reconocido procesos para el armado de las agendas de turnos en los servicios de traumatología y oftalmología, resulta posible profundizar acerca de los modos de vivenciar las barreras socio-organizativas por los propios protagonistas. Los gestores explicitan estas vivencias y sugieren algunas alternativas para disminuir estas barreras que afectan a los usuarios, los entrevistados coinciden en que el nombramiento de mayor cantidad de profesionales constituye una opción necesaria. Así lo expresan:

*JG: “sin dudas lo que tiene que haber es mayor oferta de turnos, porque tiene que haber mayor cantidad de profesionales. No con los que están, sin duda, porque los que están, están reventados, todos trabajando. Tiene que haber más gente. Acá se merece que haya más gente.”*

*JT: “Yo creo que aumentar el número de profesionales sería un buen comienzo para poder aumentar la oferta, después el número de turnos por día por profesional es bastante difícil, en los casos nuestros se daban turnos cada 15 minutos, a veces más que suficiente y a veces no alcanzaba para interrogarlo, revisarlo y pedirle estudio. Si necesita pedirle estudio se puede hacer en el momento, a ese mismo paciente se lo atiende dos veces... cuando vuelve con el estudio, eso limita el tiempo físico del que se dispone para atender los propios que uno se cita... no soy capaz de imaginar una solución que pueda satisfacer la demanda absoluta”.*

Además entonces de la barrera identificada por la falta de médicos para atender la demanda, surgiría también la inexistencia de los denominados sistemas de información y que resultan fundamentales para la toma de decisiones de los gestores. ¿Cuánto se conoce de la demanda que reciben los servicios?, ¿Es la demanda de la población la que organiza los servicios o los servicios se organizan en torno de sí mismos?.

Dice el entrevistado:

*JT: No tenemos estadísticas de cuanta gente se iba a la casa sin el turno, si sabíamos cuántos atendíamos, no sabíamos, nadie decía hay ochenta personas en la cola y veinte se fueron, nunca se supo cuantos se iban, cual es fehaciente la demanda insatisfecha, eso nadie lo hizo nunca, nosotros tampoco. Jamás me puse a contar cuanta gente había. Los turnos se daban en la tira no se sabía quién iba a pedir turno con cual especialidad.*

Otro entrevistado agrega una característica de la identidad local, en un sentido que puede resultar complementario al testimonio anterior, ya que aporta algunas características culturales de los usuarios que asisten al Hospital Regional Ushuaia particularmente en cuanto a sus expectativas respecto de la atención:

*DM: “La población de Ushuaia no está acostumbrada a un hospital que funcione mal, es un sistema cerrado, con bloqueo de título, es una cuestión emblemática, El hospital simbólicamente es una de las instituciones que mejor funcionaba. La población tiene un nivel de exigencia superior, por ser migrante, por tener un nivel educativo medio elevado, por tener indicadores de salud comparados con la ciudad de Buenos Aires. Acá constantemente era el reclamo, el libro de quejas”.*

Emerge de estos relatos una nueva inquietud que podría brindar algunas herramientas para atender la problemática en cuestión. El paciente o usuario: ¿En qué lugares podría ser reconocido por los gestores del hospital?. Pareciera ser que el lugar de la queja, de la demanda adquiere mayor relevancia que la de un usuario activo, protagonista con sus deseos y preferencias del sistema de turnos.

Surge aquí un nuevo interrogante. ¿Será factible pensar usuarios como titulares del derecho a la acceso a la salud, que recorren los efectores de salud, conocen un aspecto central de la búsqueda de turnos y cuentan con información fundamental para quienes gestionan?.

Cuáles son las expectativas, los plazos y “urgencias” de un paciente que acude al hospital buscando un turno es abordado en el siguiente relato:

*DM: “una de las principales barreras que la gente se lleva como desilusión, frustración o insatisfacción cuando va y el profesional no se encuentra o no puede responder en ese momento. Si la gente espera dos o tres horas espera, pero quiere resolverlo ese día, esa mañana”.*

Este relato pretende explicar una de las barreras identificadas en cuanto un usuario que acude a solicitar un turno y los plazos en que son otorgados no se

corresponde con sus deseos o percepciones respecto del estar enfermo, doliente, impedido, preocupado por su situación de salud o incluso en ejercicio de otras prácticas no hegemónicas de autocuidado.

Ferrero expresa en esta línea: “la enfermedad tiene un desarrollo temporal además de espacial en el cuerpo del sujeto; la intervención médica se organiza en torno a un calendario y un reloj; muchos de los conflictos y desencuentros entre los trabajadores de la salud y la población se basan en distintas percepciones y formas de experimentar el tiempo. Todos estos tiempos configuran la temporalidad propia de la institución”<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. Cuadernos de antropología social, (18), 165-183.

## Nuevos Nudos Temáticos

*“La población no tenía opinión porque no había consejo de administración.*

*Hay una disociación entre la planificación de los servicios y las necesidades reales de la población en todos los servicios”.*

Un nuevo eje que fue identificado casi en la totalidad de las entrevistas, se refieren al rol asignado al primer nivel de atención como primer acercamiento del usuario al sistema de salud, como “puerta de entrada” y como posibilidad de resolver adecuadamente, en la proximidad del espacio vital del usuario, el problema que motivó su consulta.

La articulación complementaria, congruente y adecuada entre los distintos niveles que componen la oferta pública de servicios de salud de la ciudad de Ushuaia, puede emerger de los mecanismos que el sistema de salud construya o desde los propios usuarios que recorren distintos efectores en búsqueda de atención. Surge aquí un interrogante que podría constituir un puntapié para nuevas investigaciones. ¿Constituye el primer nivel de atención la puerta de entrada al sistema de salud en Ushuaia?. ¿Qué rol ejercen los médicos de los centros de salud y los equipos de salud en estos mecanismos interinstitucionales de referencia-contrareferencia de usuarios?.

En el año 2008 Susana Belmartino describía con claridad y contundencia la situación argentina respecto de la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud coincidente con el panorama local en estudio. Así lo expresa “pese a los esfuerzos orientados a desarrollar atención primaria según las recomendaciones de Alma-Ata, muchos de tales programas fueron eventualmente considerados al menos como fracasos parciales. El financiamiento era inadecuado, los trabajadores de salud tenían poco tiempo para destinar a prevención y ocuparse de la promoción de la comunidad; su entrenamiento y equipo eran insuficientes para los problemas que enfrentaban y la calidad de la atención era a menudo tan pobre como para ser caracterizada como “primitiva” antes que “primaria”, particularmente cuando los servicios estaban limitados a la población de menores recursos y sólo se brindaba la atención médica de menor nivel de especialización y complejidad. Los sistemas de referencia, que son raros en los sistemas de salud y necesarios para su adecuado desempeño, mostraron dificultades particulares para operar eficazmente.

Las instalaciones del primer nivel fueron a menudo pobremente utilizadas, y los pacientes podían generalmente *bypasearlas* para ir directamente a los hospitales”<sup>56</sup>.

Entonces, si bien están planteadas las limitaciones resulta posible y sumamente necesario pensar en mecanismos integrados que organicen las trayectorias de los usuarios dentro del sistema global de salud. Lo que sí cabe reconocer, como la autora lo desarrolla, que existe un rol distintivo que debe jugar el médico en la atención primaria y que se vincula con la integración del cuidado que el paciente recibe en este nivel con los demás niveles del sistema.

Menéndez afirma que son los propios usuarios quienes vinculan los procesos de salud-atención al expresar que “son sus actividades las que relacionan de una manera determinada a los diferentes servicios” y son ellos y su carrera del enfermo, sus “estrategias de supervivencia” las que establecen la red de relaciones de servicios y no cada uno de los servicios de salud en sí”<sup>57</sup>.

He aquí un aspecto neurálgico de la gestión de la atención ¿será el diseño del propio sistema el que establece trayectorias posibles para el acceso a los turnos o es el usuario activo y creativo quien por su propia experiencia diseñará - *bypaseará*- sus recorridos y permanencias dentro de los servicios y efectores locales.?

Otro eje que aparece con bastante potencia entre los relatos de los entrevistados, es el rol asignado a la guardia general del Hospital Regional Ushuaia y las dificultades devenidas de contar con parte del staff de médicos generalistas destinados a la guardia del único hospital de la ciudad. Si bien es el formato vigente, pueden evidenciarse una serie de resistencias. Los entrevistados manifiestan algunas repercusiones respecto de los problemas que acarrea este modo de organización. Así lo expresan los siguientes relatos:

---

<sup>56</sup> Belmartino, S. (2008). La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación. Chiara M, Di Virgilio MM, Medina A, Miraglia M, organizadores. Gestión local en Salud: conceptos y experiencias.[En línea] Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento, 129-142.

<sup>57</sup> Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 185-207.

DM: *“Se contrataron gente para la guardia porque a la guardia no querían ir los generalistas. Los médicos ya no quieren estar expuestos a situaciones de emergencia”.*

Por un lado, es posible pensar en la línea del desarrollo de Belmartino, como se priorizan los recursos y el financiamiento desde una lógica que focaliza la centralización de los recursos humanos en el campo hospitalario, en desmedro de los centros de salud. Despojar del profesional médico al centro de salud, sin duda, despojará de la continuidad de la atención a esa área programática y conducirá directa o indirectamente al usuario a la guardia hospitalaria. En este sentido también cabe reconocer una situación contractual inusual para el régimen laboral vigente, el cual se comienza a visualizar en áreas como por en este caso, la guardia central del Hospital Regional Ushuaia.

Por otro lado, resulta muy interesante la mención que hace el entrevistado respecto de lo que supone el ejercicio de la práctica médica en el contexto de la emergencia, lo cual podría constituirse como un atractivo tópico para investigaciones futuras.

En una de las entrevistas realizadas surgió un nudo problemático y por cierto un tanto polémico que, de algún modo, problematiza el concepto de universalidad de la atención hospitalaria y se vincula con la atención de usuarios que disponen de coberturas pertenecientes al subsector privado.

En relación al servicio de oftalmología y considerando que existe oferta del subsector privado en la ciudad en dicha especialidad, se plantean algunos factores por los cuales el hospital continúa constituyéndose como referencia incluso sobre el ámbito privado. Puede observarse en la siguiente apreciación:

JO: *“el hospital sigue siendo confiable, está descontaminado de intereses, por lo cual se sigue eligiendo el hospital público, se ordenó y mejoró mucho la atención en relación a la organización dentro del servicio la puntualidad por ejemplo”.*

Según López Terrada, “nadie duda que el mejor lugar donde acudir si uno está seriamente enfermo es a un hospital. El hospital está reconocido socialmente como la institución central de la atención médica”<sup>58</sup>, independientemente del status social y económico del enfermo. Aplica en este aspecto, el rol social e histórico reconocido por los entrevistados en distintos relatos que sostienen al Hospital Regional Ushuaia como efector local de gran prestigio. Ahora bien, el planteo se

<sup>58</sup> López Terrada, M. L. (1996). El hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria.

centra aquí en los modos de administrar los turnos, por lo que el siguiente relato alude a la polémica mencionada en torno al concepto de universalidad de la atención.

*JO: “en el caso de oftalmología y a pesar que en la parte privada hay muchos que podrían satisfacer esa demanda, el hospital sigue cubriendo esa demanda con pacientes con obra social, entonces la gente que no tiene el recurso de poder acceder por su característica económica, no cuenta con prioridad para ese tipo de gente, no está contemplado. Es un factor a mi punto de ver que tiene que ser trabajado”.*

Este testimonio puede ser pensado en relación a las condiciones socioeconómicas y educativas de la población y a las posibilidades existentes o ausentes de satisfacer su necesidad de atención médica en el servicio mencionado, el cual como se viene describiendo presenta una serie de dificultades para la obtención de los turnos.

“Es más frecuente que la población de mayores niveles educativos y mayores ingresos cuente con una cobertura de obra social o prepaga, debido a que está inserta en mayor proporción en trabajos que le brindan dichas coberturas y/o tiene mayores capacidades para solventar la cobertura de su propio bolsillo. Al contar con una obra social o una prepaga, la población tiene mayor margen de acción para atenderse en establecimientos de salud por fuera del subsector público, lo que le permitiría evitarse en mayor medida las esperas prolongadas<sup>59</sup>”.

Si bien en las entrevistas no se indagó directamente respecto del rol de los usuarios en tanto los principales afectados por las barreras de accesibilidad estudiadas, no tardó en aparecer en las expresiones de los gestores. Así emerge entonces la figura de, como ya se expresó a lo largo del trabajo, de los principales destinatarios de los servicios de salud hasta el momento invisibilizados. Uno de los entrevistados manifiesta taxativamente:

*DM: “La población no tenía opinión porque no había consejo de administración. Hay una disociación entre la planificación de los servicios y las necesidades reales de la población en todos los servicios”.*

---

<sup>59</sup> Ballesteros, M. S. (2016). Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30).

*JT: “Permanente la queja del paciente, nosotros más que explicarle que no tenemos injerencia en cómo administrar los turnos, tampoco había muchas posibilidades ante la alta demanda yo la verdad que no sé, ya te digo se han probado tantas maneras diferentes que no sé si hubiese habido treinta profesionales (traumatólogos) otorgando turnos hubiese alcanzado, la demanda era excesiva y la oferta siempre fue insuficiente siempre cuando éramos tres y cuando éramos seis, más de seis nunca fuimos”.*

Un aspecto interesante de los testimonios previos, es el lugar que asume el usuario en la representación de los gestores, pareciera ser casi un lugar desdibujado, aunque varios entrevistados identifican quizás de modo estigmatizante a los usuarios con las quejas o en el mejor de los casos con el libro de quejas.

Esta parcialidad en el reconocimiento de los usuarios subestima los aportes que estos pueden realizar en función de las trayectorias recorridas en sus complejos procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado y de las experiencias acumuladas.

Así también plantea una dura realidad para los gestores y es que los servicios de salud están planificados mayormente desde las propias necesidades o posibilidades del sistema que desde las necesidades de los usuarios. Esto explicaría en parte la escasa aceptabilidad, como dimensión de la accesibilidad, de los servicios por parte de los usuarios y las consecuentes críticas y demandas que realizan. La deuda pendiente estará orientada hacia el logro de una mayor aproximación a sus necesidades y preferencias.

Para que los usuarios utilicen y se apropien de los servicios locales de salud, no solo hace falta que haya disponibilidad de prestaciones y servicios, sino también una adecuada adaptación de la oferta sanitaria a las necesidades y demandas de quienes los utilizan. Resulta central que los horarios de atención y las modalidades para obtener los turnos en los servicios sean amplios, flexibles y se adapten a los ritmos laborales y domésticos de los usuarios. “Los servicios deben responder a los valores y expectativas de los usuarios, de manera que estos se vean motivados a utilizarlos apropiada y dignamente”<sup>60</sup>.

---

<sup>60</sup> Wallace, S.; Enriquez-Haas, v.: “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de EEUU”. Scholl of Public Health Center for Center Policy Reserch, 2001.

## Consideraciones Finales

En relación al **primer objetivo específico** que plantea describir los procesos que se realizan para definir y decidir las **agendas y oferta de turnos disponibles** en los servicios de Oftalmología y Traumatología del Hospital Regional Ushuaia durante el año 2015 desde la perspectiva de los gestores, es posible concluir a partir de las entrevistas realizadas, que los principales actores en estos procesos son los jefes de servicios. Intervienen además directores y otros jerárquicos de manera eventual. Los jefes de servicios reconocen parcialmente esta participación pues no incluyen el conocimiento generado en el nivel operativo, como insumo para el diseño de las agendas de turnos.

Se analizan tres tipos de relaciones en estos procesos, por un lado entre médicos y jefes de servicios, por otro entre jefes de servicio y directores y finalmente entre usuarios y administrativos como eslabón final del proceso de armado de las agendas.

En los procesos de armado de agendas de agendas se reconocen básicamente dos tipos de limitaciones organizacionales estructurales que afectan en este aspecto. Por un lado, en relación a escasa cantidad de profesionales para atención de la demanda, por otro lado limitaciones del espacio físico de consultorios para la atención.

Así también es posible reconocer procedimientos y mecanismos informales que afectan el armado de las agendas de turnos.

Respecto de la planificación del recurso profesional para la atención se recuperan dos aspectos hallados y que debieran ser parte de un análisis más profundo, el cual excede las posibilidades de este trabajo. En primer lugar, la planificación de servicios de atención para la guardia hospitalaria y para los centros de atención primaria con los mismos médicos. En segundo lugar, la contingencia atravesada por el servicio de oftalmología debido a una notable disminución del recurso humano en el periodo estudiado.

En relación al **segundo objetivo específico** que plantea identificar las **modalidades existentes** en los servicios hospitalarios seleccionados para la entrega de turnos se pudo identificar en los hallazgos que la principal y exclusiva modalidad de entrega de los turnos se realiza de manera personal por ventanilla.

Los días y horarios de entrega varían entre los servicios estudiados y reciben modificaciones escasamente fundamentadas, tanto en el servicio de traumatología como de oftalmología se realizaba la planificación de agendas y entregas de turnos semanales. Se destaca la pre-existencia de la Unidad de Gestión de la Atención como unidad que atiende los problemas de la demanda priorizando grupos poblacionales “vulnerables” para la entrega de turnos.

Se identifican dos intromisiones que afectarían de manera, al menos problemática, la entrega de los turnos disponibles vinculados al surgimiento de un nuevo actor institucional social y las influencias del personal interno los servicios estudiados haciendo usos de relaciones de parentesco, afinidad o vecindad con los usuarios.

En relación al **tercer objetivo específico** que propone caracterizar las principales **barreras organizacionales en el acceso** a los turnos de traumatología y oftalmología en el Hospital Regional Ushuaia en el período seleccionado resultan interesantes destacar los siguientes hallazgos.

Las principales barreras en la accesibilidad a los turnos en los servicios estudiados se corresponden con los tiempos y condiciones de espera de los usuarios en la búsqueda de turnos comprendido en los términos del proceso descritos por Tanahashi en tanto disponibilidad de servicios de salud, accesibilidad, aceptabilidad y cobertura efectiva.

Otra de las barreras halladas se vincula en la perspectiva de los gestores respecto de la limitada cantidad de profesionales para la atención de la demanda en crecimiento, recibida por el único hospital local. Esta barrera en los servicios estudiados estaría asociada a la multiplicidad de tareas asistenciales desarrolladas por los médicos de dichos servicios. La notable disminución del staff profesional en uno de los servicios estudiados afectó de manera relativa la atención de los pacientes.

Por último y no menos importante, resulta como barrera la escasa disponibilidad de sistemas de información que contengan las características particulares de la población consultante y de sus necesidades y preferencias en el diseño de los sistemas de gestión.

Algunos de los hallazgos de la presente investigación podrían coincidir con las conclusiones expresadas por Ramírez Sánchez quienes recuperan estudios realizados en torno a evolución de la calidad de la atención donde especifican

diversos resultados obtenidos con la aplicación de diversas metodologías de estudio.

Plantean que los tiempos de espera y las dificultades asociadas constituye uno de los motivos compatibles con problemas de carácter organizacional reconocidos por los usuarios. Así, la distribución de las cargas de trabajo, la insuficiencia de personal y la organización interna entre otros, sería consecuente con la valoración negativa de los usuarios, o sea valorada como mala atención<sup>61</sup>.

Vale mencionar que los hallazgos obtenidos en el presente estudio develan la historicidad de las barreras institucionales mencionadas que no logran revertirse con las intervenciones implementadas en las distintas gestiones, aun aplicando modalidades desestimadas en periodos anteriores sin los análisis contextualizados necesarios.

La disponibilidad de los recursos para la atención en salud, en el sentido planteado por Donabedian, constituye el aspecto estructural básico para producir servicios de salud y asentar los comportamientos de los usuarios tanto en su ingreso como en su permanencia en la red de atención. Dice el autor “al analizar la disponibilidad de recursos conviene tener en cuenta los factores que afectan la productividad de los mismos, para que el aspecto importante del recurso ya no sea su simple presencia física sino en palabras de Donabedian, su capacidad para producir servicios<sup>62</sup>”.

La ausencia de información actualizada y situada respecto de la población consultante en relación a los servicios de referencia, podría constituir un elemento clave para la mejora del problema en cuestión.

Los intentos, plazos y condiciones materiales de las esperas de los usuarios para obtener los turnos, apelan a un nuevo esfuerzo de los gestores según lugar que ocupen, para afrontar con intervenciones efectivas en las barreras estudiadas.

Tal como plantea Yavich, las dimensiones de la accesibilidad respecto de la utilización, continuidad de la atención y capacidad de respuesta a las necesidades de los pacientes, podrían brindar información de calidad para estas innovaciones.

Si bien en el recorte de este trabajo se realizaron entrevistas a los gestores del hospital, se pudieron incluir en sus testimonios algunas de las necesidades y

---

<sup>61</sup> RAMIREZ - SANCHEZ. Revista de salud Pública de México, vol 40, N° 1 año “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios”.

<sup>62</sup> Frenk, J. (2014). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud pública de México*, 27(5), 438-453.

expectativas de los usuarios que atraviesan diversos obstáculos en sus búsquedas de atención médica.

Estimular la participación de los usuarios, enriquecer los canales de comunicación y poner en funcionamiento los espacios colectivos de participación colegiada dentro del Hospital Regional Ushuaia podría constituir un puntapié inicial.

Cabe aquí mencionar como nudos temáticos emergentes de este trabajo y que podrían ser retomados en el futuro se corresponde con el rol asignado a la Atención Primaria de la Salud, a la guardia general del Hospital Regional Ushuaia y al rol de los usuarios en el diseño, evaluación y monitoreo de la gestión institucional.

Como respuesta al **objetivo general** que plantea el análisis de las principales barreras organizacionales que intervienen en la accesibilidad de los usuarios a los servicios cabe mencionar que resulta imprescindible comprenderlas en un marco más amplio de análisis que incluya, tal como se profundizó en el marco conceptual, la red de sistemas y servicios de salud así como la cultura institucional.

Es posible expresar que el propósito por el cual se puso la atención en este tema radica en la posibilidad de recuperar las voces de los gestores, resignificar los hallazgos de la presente investigación en el sentido que puedan acompañar la reflexión respecto de los procesos del modelo de atención y de gestión vigente.

En este marco, podría concluirse entonces que el objetivo propuesto fue alcanzado a través del presente trabajo, considerando que fue factible recuperar apreciaciones, experiencias, saberes y conocimientos de los gestores respecto de un tema clave en la vida institucional.

Algunos de los hallazgos de la situación local particular, coinciden con los aportes de la revisión de Hirmas Aday los cuales plantean que “la identificación de barreras y de elementos facilitadores en el acceso a la atención de salud contribuye a un monitoreo de la equidad en salud más efectivo y es un paso imprescindible para mejorar el acceso de toda la población y reducir las inequidades sociales y de salud<sup>63</sup>”.

---

<sup>63</sup> Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., Sepúlveda, J., María, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 223-229.

El estudio confirma la necesidad de diseñar y ejecutar políticas sanitarias participativas e intersectoriales, que reduzcan o eliminen las barreras que son responsabilidad de sectores distintos al sector salud, con el fin de lograr el acceso equitativo a la atención de salud.

Resulta imprescindible disponer de sistemas de gestión y sistemas de información epidemiológica que faciliten la planificación de los servicios desde - hacia las necesidades y preferencias de los usuarios así como delinear perfiles epidemiológicos de la población que acuden a los diversos efectores.

Tal como fue desarrollado a lo largo de todo el trabajo las barreras en la accesibilidad a los turnos en el recorte espacial y temporal descrito ha demostrado la multidimensionalidad del problema apelando a nuevas investigaciones y propuestas de mejora en la misma clave.

## Propuesta de mejora para la gestión

De lo desarrollado hasta aquí y teniendo en cuenta algunos aportes del trabajo de investigación para la gestión se considera necesario recordar que la gestión, en palabras de Tobar, consiste en la definición de las prioridades del sistema, en cuáles son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción.

En este sentido, se propone repensar los modelos de comunicación y articulación de la atención en la red de efectores. Proponer un sistema de referencia contra-referencia entre los distintos niveles de atención, facilitará adecuadamente la dinámica de usuarios de acuerdo a su necesidad y complejidad. Si bien es un procedimiento muy conocido en los efectores locales, se estima oportuno profundizar acerca de las características de los procesos locales y actuales descriptos para elaborar de manera consensuada protocolos que faciliten el control y seguimiento de las trayectorias y los procesos.

Por otro lado, el desarrollo de sistemas de información que incluya datos contruidos en los niveles operativos respecto de las necesidades, demandas y preferencias de los usuarios facilitará la toma de decisiones en diversos niveles contemplando preferencias y expectativas de usuarios y de quienes producen cotidianamente los servicios de salud.

La ampliación de la variedad en la oferta de turnos, según particularidades de atención de los servicios de traumatología y oftalmología, promoverá la planificación de turnos programados, por demanda espontánea o atención para el día, turnos reservados y otros tipos de turnos para la atención.

Por último, el incremento cuantitativo de profesionales en los servicios hospitalarios estudiados, permitirá aumentar la oferta de las agendas de turnos. Si bien esta alternativa junto con las estrategias mencionadas previamente incrementaría las agendas de turnos, deben contemplarse procesos de gestión que garanticen una adecuada organización del recurso físico necesario para la planificación, desarrollo, monitoreo y evaluación de las acciones.

## Bibliografía

ASE I; BURIOVICH J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud Colectiva, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009. Disponible en <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista13/3.pdf>.

BASCOLO Ernesto, Yavich N., Urquia M. Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. Rev. Gerenc Polit Salud 2007.

CONSTITUCION DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR. AÑO .

ESTUDIO Nossal SA. Evaluación sanitaria para el Poder Ejecutivo de la provincia de Tierra del Fuego. Año 2003.

FRANCK Julio et al. Salud Pública de México. Sección a cargo del centro de investigaciones en Salud Pública. Setiembre 1985.

GARCIA Guadalupe, Recoder María Laura y Margulies Susana. Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. Salud Colectiva [online]. 2017, v. 13.

KATZ Ignacio. "Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud". Editorial Edhasa. Noviembre 2004.

Ley Provincial de Salud N° 554. Creación de los concejos y fondos hospitalarios. Legislatura Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Promulgación: 02/08/02. D.P. N° 1354.

LOIACONO Leandro. Sistema de turnos. Hospitales. Noviembre 2001. Disponible en <http://www.alfinal.com/ushuaia/sistemasdeturnos.php>

MENENDEZ Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 8, n. 1, p. 185-

MENENDEZ Eduardo. Sistemas locales de salud: Aproximaciones teórico-metodológicas. México: CIESAS; 1990.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

OPS. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Resolución CD45.R3. Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud.

[En línea] Washington DC: OPS; 2004 [fecha de acceso 20 de agosto de 2008]. URL disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD45.r3-s.pdf> [ Links ]

OPS. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OPS; 2005 [fecha de acceso 20 de agosto de 2008]. URL disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/th/os/APS-documentoposicion19-07-05.pdf> [ Links ]

OPS. Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: la renovación de la atención primaria de salud en las Américas". Washington (DC): Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la salud 2008.

PLAN PROVINCIAL DE SALUD 2008-2011 elaborado por Ministerio de salud de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

RAMIREZ - SANCHEZ. Revista de salud Pública de México, vol 40, N° 1 año "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios".

SAMAJA Juan. Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. 3ª edición, 6ª reimpresión. Buenos Aires, EUDEBA, 2005

SOUZA MINAYO Cecilia. Organizadora. Investigación social, métodos y creatividad. Editorial lugar SA. Colección Salud Colectiva. Año 2013.

TESTA Mario. "Pensar en salud". Lugar Editorial. Marzo 2014. Bs As. Argentina.

TOBAR Federico. "Herramientas para el análisis del sector salud". Medicina y Sociedad. Volumen 23. N° 2. Julio Año 2000.

TONON Graciela. Cómo analizar los datos en estudios cualitativos. Documento de trabajo para el curso Introducción a la integración de metodologías, cuarta edición, Washington. INDES-BID. 2012

YAVICH Natalia. Marcos conceptuales, dominios y dimensiones de evaluación de sistemas y servicios de salud. Material elaborado para el Módulo "Evaluación de sistemas y servicios de salud basados en la APS", Certificado Universitario y Diplomatura en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS. 1er Cohorte 2013-2015. Abril de 2015.

## ANEXOS

### Anexos 1:

#### Carta de información

NOMBRE DEL PROYECTO: “Principales factores organizacionales que influyen en la accesibilidad de los usuarios a los turnos en el Hospital Regional Ushuaia, durante el año 2015. Una aproximación a la perspectiva de los gestores”.

INVESTIGADORA: Lic María Gabriela Etienot. En el marco de la Maestría en gestión de sistemas y servicios de salud. Instituto Lazarte. Universidad Nacional de Rosario. Cohorte Ushuaia 2015.

PROPOSITO: Analizar los principales factores organizaciones que pudieran intervenir en el acceso de los pacientes a los turnos en el Hospital regional Ushuaia en el periodo seleccionado. Aportar los hallazgos de la investigación para la mejora en la gestión.

PROCEDIMIENTO:

Una entrevista que demandara alrededor de treinta minutos.

BENEFICIOS

Participar del primer estudio cualitativo desarrollado en el ámbito local.

Reconocimiento como colaborador/a del proyecto.

COMPROMISO SOBRE CONFIDENCIALIDAD

LIBERTAD PARA RETIRARSE DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO SIN CONSECUENCIAS ADVERSAS.

**Anexo 2:****Consentimiento informado**

NOMBRE DEL PROYECTO: “Principales barreras organizacionales que influyeron en la accesibilidad de los usuarios a los turnos en los servicios de Oftalmología y Traumatología en el Hospital Regional Ushuaia, durante el año 2015?. Una aproximación a la perspectiva de los gestores”.

INVESTIGADORA: LIC MARIA GABRIELA ETIENOT. En el marco de la Maestría en gestión de sistemas y servicios de salud. Instituto Lazarte. Universidad Nacional de Rosario. Cohorte Ushuaia 2015.

¿Entiende que se le ha solicitado estar en un estudio para investigación?      si  
no

¿Ha recibido y leído la copia de la hoja de información adjunta?      si  
no

¿Entiende los beneficios y los riesgos presentes al tomar parte en este estudio?  
si      no

¿Ha tenido oportunidad para hacer preguntas y discutir el estudio?  
si      no

¿Entiende que es libre para retirarse del estudio en cualquier momento?      si  
no

¿Se le ha explicado el tema de la confidencialidad de la información?      si  
no

¿Entiende quien tendrá acceso a sus grabaciones?      si      no

Este estudio me fue explicado por: María Gabriela Etienot

Estoy de acuerdo en participar en el estudio. Estoy de acuerdo en ser entrevistado para los propósitos descriptos en la carta de información. Entiendo que mi nombre no será asociado con las grabaciones y que los identificadores serán removidos.

Firma del participante

Aclaración

Fecha

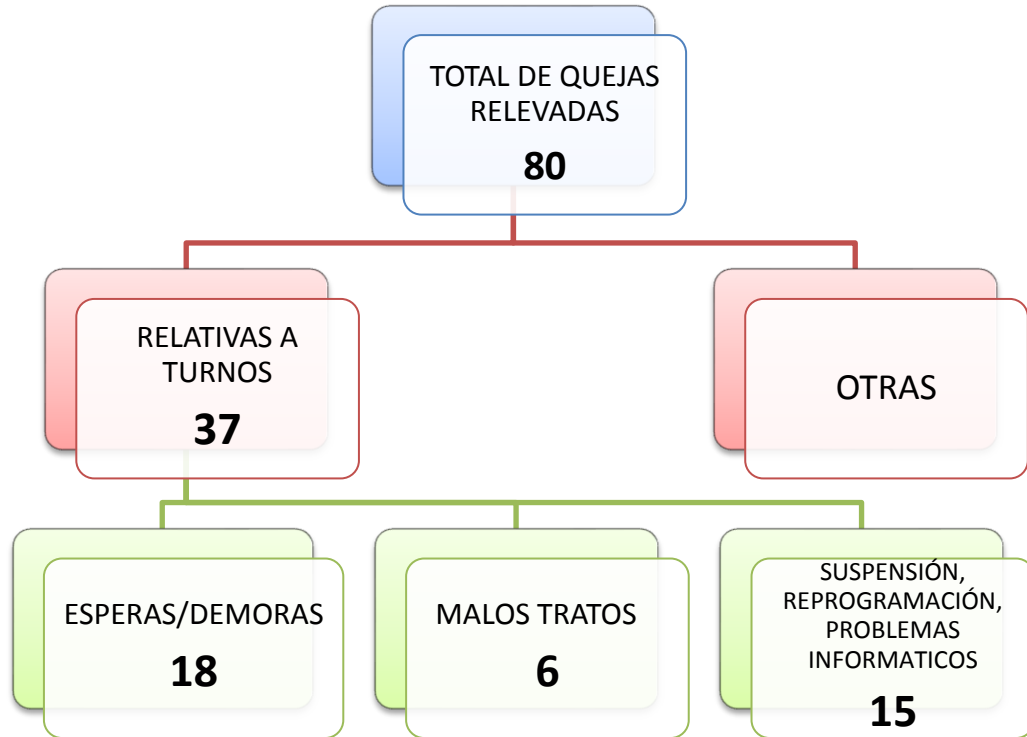
Creo que la persona que ha firmado esta forma entiende que esta participante en el estudio y voluntariamente expresa su conformidad

Firma de la investigadora

Aclaración

Fecha

**Anexo 3:**  
**El problema en el Libro de quejas**



## Anexo 4:

### Características del Servicio Social Hospitalario

Algunos aspectos del Servicio Social Hospitalario resultan interesantes mencionar, ya que constituye el lugar-espacio desde donde se visualizan los primeros interrogantes acerca de la problemática que da origen a este trabajo.

En el período estudiado el Servicio Social dependía jerárquicamente de la Dirección General del Hospital Regional Ushuaia. El plantel profesional estaba compuesto por cuatro Licenciados en Trabajo Social, uno de los cuales ejercía el rol de Jefe de Servicio. Por ausencia de personal administrativo la totalidad de las tareas incluidas las administrativas eran realizadas por personal profesional.

El personal mencionado, con formación universitaria, desarrolla las acciones propias del Servicio Social destinado a la atención de pacientes y familias en situación de vulnerabilidad social y sanitaria, en situaciones de hospitalización y pacientes ambulatorios que presentan además de un problema de salud, algún otro problema denominado “social” caracterizado por déficit social, económico, laboral, habitacional, conflictos vinculares o coexistencia de varios de ellos. Se intervienen en la gestión de derivaciones/evacuaciones de pacientes sin obra social a otros centros médicos de igual o mayor complejidad, se gestionan coberturas de medicamentos y prestaciones que no pueden satisfacerse con la capacidad instalada en el Hospital Regional Ushuaia.

Capítulo especial lo constituye la gestión de un sin número de dificultades de accesibilidad al sistema de salud que presentan los usuarios, las cuales requieren estrategias de gestión, articulación, coordinación, planificación y valoración de los alcances y limitaciones del sistema de salud local que derriben las barreras identificadas.

Resulta pertinente recuperar la estratégica localización espacial de los consultorios del Servicio Social, para comprender un aspecto central del problema que se vincula con su visibilización en el espacio físico de la institución objeto de estudio. Las extensas filas de personas se ubican en el hall principal en torno a la mesa de entradas del hospital y en la denominada tira cuatro y tira seis donde se entregan los turnos. Ambas filas se extienden hasta la puerta del consultorio del Servicio Social. Las dificultades de acceso a los turnos constituyen un eje central de las

intervenciones realizadas por Trabajadoras Sociales en distintas instancias de los procesos de atención.

Otras demandas de intervención al Servicio social provienen de los distintos servicios hospitalarios y guardias del Hospital, del primer nivel de atención, por demanda espontánea y a demanda de las instituciones educativas, del Ministerio de Desarrollo Social, de las áreas sociales municipales, defensorías y Juzgados, entre otros.

La aspiración a la cobertura universal con equidad, calidad e inclusión, en detrimento de la reproducción social de las desigualdades funcionan como horizonte de sentido en la construcción de nuevas prácticas y nuevos discursos al interior del Servicio Social. Este posicionamiento favorece la reflexión sobre las propias prácticas profesionales que evidencian una postura ideológica, teórica, ética y política en cuanto funciones principales de la Salud Pública, del rol del hospital público respecto de las poblaciones más desfavorecidas y de la dimensión del trabajo en salud como trabajo vivo en acto. Emerson Elias Merhy aporta con gran lucidez este concepto para entender el trabajo en salud como un espacio relacional, dotado de autonomía y por lo tanto de cambio y transformación que desarrollamos cada uno de desarrollamos tareas de cuidado en los micro espacios de trabajo en salud y en el diseño de las micro políticas de trabajo.

A continuación se puede observar en cada foto algunos de los espacios donde transcurren parte de las interacciones de los usuarios con los servicios estudiados.

Imagen 1: hall central, mesa de entradas, gestión de turnos y servicio social.



Imagen 2: Pasillo de circulación externa.



Imagen 3: Fila de usuarios en búsqueda de información y turnos.



---

## Anexo 5:

### Guía de entrevistas.

Los ejes temáticos seleccionados para las entrevistas se abordaron desde las siguientes preguntas orientadores:

¿Quiénes elaboraban las agendas de turnos en el hospital y en los servicios estudiados?

¿Cuáles eran los pasos y procesos en la construcción de agendas de turnos?.

¿Cuáles fueron las modalidades de entrega de turnos?.

¿Usted identificó problemas de accesibilidad de los usuarios al sistema?.

¿Cómo se expresaban esos problemas desde su lugar en la gestión?

¿Qué piensa usted sobre las agendas y distribución de los turnos?.

¿Y sobre las necesidades de los usuarios?.

¿Qué sensaciones, emociones o experiencias le quedaron respecto de este problema de gestión?

¿Qué logros y desafíos pendientes puede reconocer en este tema?

Al inicio de las entrevistas, se dirigía una pregunta abierta para la fase inicial: Cuénteme acerca del sistema de turnos del hospital durante su gestión, sobre el armado de las agendas de turnos, sobre la distribución de los mismos.

## Anexo 6:

### Algunas limitaciones de este estudio

Las principales limitaciones de este estudio, por su naturaleza situada y desde los relatos de los propios actores de la gestión, residen en la imposibilidad de generalizar los resultados obtenidos a una población diferente. Resulta observable que no fue este el objetivo propuesto.

En este trabajo, la autora se propuso como se mencionó precedentemente, indagar acerca de las perspectivas de algunos de los gestores que en un determinado contexto social, político e histórico generaron diversos modos de conformar las agendas de turnos, de otorgar los turnos y que observaron en estos procesos, problemas compatibles con las denominadas barreras de accesibilidad.

¿Qué puede aportar este trabajo de investigación si las conclusiones le están acotadas al universo estudiado?.

Se proponen al menos tres contribuciones para quienes deseen continuar el camino recorrido. En primer término, que esta clase de trabajos permite comprender mejor o precisar el entendimiento acerca de un particular objeto de estudio que llama la atención: un grupo, un individuo, una comunidad en el quehacer cotidiano de la repetición de procesos instituidos.

En segundo término, este tipo de trabajos colabora en la socialización de hallazgos en una realidad particular que aporta al capital de investigaciones en el campo de las ciencias sociales en general y del campo de la salud en particular.

En tercer lugar, considerando que aunque los resultados no resulten generalizables, los marcos de referencias utilizados pueden servir de guía para futuras investigaciones y de quienes compartan la inquietud de profundizar los sentidos y las significaciones de los hechos de la vida cotidiana de grupos y eventos que puedan ser transferidos a otros espacios institucionales.