

IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

La construcción del concepto de Accesibilidad en los Sistemas de Salud.

Mirta Mauro, Romina Solitario, Yamila Comes y Pamela Garbus.

Cita:

Mirta Mauro, Romina Solitario, Yamila Comes y Pamela Garbus (2011). *La construcción del concepto de Accesibilidad en los Sistemas de Salud. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/629>

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

LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Romina Solitario, Mirta S. Mauro, Yamila Comes, Pamela Garbus

Facultad Psicología - UBA

msmauro@ciudad.com.ar

rsolitar@gmail.com

ycomes@psi.uba.ar

pgarbus@psi.uba.ar

Resumen: El objetivo de esta ponencia es en primer lugar repasar acerca de la delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), las discusiones con relación a su definición y un breve desarrollo histórico; en segundo lugar conceptualizar una experiencia realizada durante el trabajo de investigación, en la cual el eje central fue la participación de los actores involucrados en el campo de estudio desde un enfoque teórico metodológico de ISSS; finalmente compartir las implicancias metodológicas para la construcción del concepto de Accesibilidad a los sistemas y servicios de salud.

Palabras clave: Investigación en Sistemas y Servicios de Salud – campo - construcción de concepto – operacionalización

INTRODUCCIÓN

Este trabajo forma parte de un proyecto financiado por UBACyT de la Facultad de Psicología titulado: *“Accesibilidad y dignidad en la atención en Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: sujetos y derecho a la atención en salud”*.

Se trata de un estudio interdisciplinario con una estrategia de investigación social participativa, que sigue los lineamientos teóricos y metodológicos característicos de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS).

El objetivo de esta ponencia es 1º) repasar acerca de la delimitación del campo de la ISSS, y un breve desarrollo histórico, 2º) conceptualizar una experiencia realizada durante el trabajo de investigación, en la cual el eje central fue la participación de los actores involucrados en el campo de estudio desde un enfoque teórico metodológico de ISSS, 3º) compartir las implicancias

metodológicas para la construcción del concepto de Accesibilidad a los sistemas y servicios de salud.

1º. LA INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD (ISSS)

La constitución del campo denominado ISSS gana visibilidad a fines de la década de los 60.

Desde la adopción por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la estrategia de Salud para Todos en el año 2000, en 1975, y la declaración de la Conferencia de Alma Alta en 1978, con la formulación del enfoque de Atención Primaria de Salud para alcanzar ese objetivo, la investigación en sistemas de salud comenzó a recibir una mayor atención, en la perspectiva de realizar las metas propuestas para el nuevo milenio, basada principalmente en la idea de *“investigación orientada para la acción”*.

En 1984, después de algunas reuniones en las que participaron OMS/OPS, IDRC, Fundación Rockefeller entre otras e instituciones de distintos países fue formulada la siguiente definición de ISSS: *es el estudio sistemático de los medios por los cuales el conocimiento médico básico y otros conocimientos relevantes se aplican a la salud de los individuos y de la comunidad, bajo un conjunto determinado de condiciones existente.* (Carvalho, citado en Almeida, 2000)

Fueron determinadas nueve categorías de estudio que integrarían el campo de la ISSS: 1) relaciones de los servicios con el entorno social; 2) determinación de las necesidades y demandas de salud de la población; 3) producción y distribución de recurso; 4) estructura organizativa y componentes del sistema de salud; 5) estudio de la utilización de servicios de salud; 6) administración de los servicios de salud; 7) análisis económico; 8) evaluación de programas; 9) participación de la comunidad en su relación con los servicios de salud.

Si bien esta definición es más específica, continúa siendo amplia y poco esclarecedora sobre los límites del campo. (Almeida, 2000).

Dice Almeida que la noción de “campo científico”, formulado por Bordieu (1975, 1994), y que envuelve la articulación de un conjunto de estructuradas prácticas de producción, difusión y utilización de conocimientos, también fue utilizada para el encuadre de la ISSS como un nuevo campo. (Almeida, 2000:14).

Muchos autores definen la ISSS, según cita Almeida (2000):

Frenk, Ordóñez, Paganini & Starfield afirman que se constituye como un *campo* y no como una *“actividad”* o una *“especialidad”* basada en disciplinas. Este nuevo campo sería todavía *amorfo* (...) *sus límites son vagos*, que la fragmentación disciplinaria aumentaría su fragilidad y que se hace necesaria la construcción de una *síntesis* propia.

Patmanathan & Nuyens dicen: *ISSS es el método científico para la adquisición de informaciones que pueden ser usadas para el proceso decisorio racional en el gerenciamiento en salud. Conciene a las poblaciones, estructuras organizacionales e interacción entre ellas. Proporciona información para identificar las necesidades en salud en contextos específicos, para establecer prioridades ISSS coloca a la salud y la enfermedad en un contexto más amplio y toma en consideración los factores políticos, económicos y sociales. También proporciona información para posibilitar la aplicación más efectiva de la tecnología disponible para evaluar políticas y programa y sugerir prioridades para nuevos direccionamientos en investigación.*

Para Hassouna, (1992: 61) *ISSS es el enfoque científico que posibilita la generación de datos necesarios para la decisión mejor informada para introducir los cambios necesarios para reorientar los problemas de salud existentes y superar los obstáculos que aparecen en la implementación de tales cambios.* Dice Alemida (2000:14) que en esta definición se introduce la idea de ISSS como investigación que produce transformaciones orientadas al cambio, de tal manera que el problema se resolvería direccionando la ISSS hacia metas específicas, formulando la pregunta de investigación “orientada a la acción”.

Para Carvalheiro (citado por Ameida, 2000) el problema principal es el de la *delimitación del objeto de la ISSS* y que presenta diferentes dimensiones: 1. estar vinculado a la acción concreta; 2. incluir en la delimitación de la investigación la visión de aquellos directamente implicado en la problemática objeto de la investigación y por ende con la implementación de sus resultados; 3. contribuir a la formación profesional y estrechando la distancia entre el conocimiento científico puro y el aplicado u operacional y trabajadores de servicios de salud o tomadores de decisión.

Otro aspecto tenido en cuenta por los autores que hacen referencia a ISSS es la necesaria participación en el proceso de investigación de todos los actores involucrados con determinado problema de investigación. Este involucramiento se inicia desde la definición del problema de investigación, continúa en el trabajo de campo mismo y culmina en el análisis y discusión de los resultados. En este proceso participarán los investigadores, gerentes, prestadores de servicios, usuarios, financiadores, etc. Para Davies (1991:5) esta participación no sólo facilita una mejor definición de los problemas a investigar y contribuye a superar las barreras que normalmente impiden el uso de sus resultados.

Al respecto Evans (1992:76) dice: *La investigación es importante no sólo en la provisión de las informaciones; la participación activa (de todos los actores involucrados) en el proceso de investigación compromete a los participantes con la idea del cambio y con el apoyo a la mudanza pretendida.*

Siguiendo a Almeida, la autora destaca el carácter multidisciplinario de este campo de investigación y que es así consensuado por varios autores que tratan el tema.

La caracterización de la ISSS como investigación volcada hacia la acción participativa, presupone la utilización de métodos y técnicas de carácter cuantitativo y cualitativo.

Concluyendo, podemos decir que la ISSS proporciona la información básica sobre el estado de salud y enfermedad de la población, procura desarrollar instrumentos para la prevención, cura y alivio de los efectos de las enfermedades, y se empeña en planificar mejores enfoques para los servicios de salud individuales y comunitarios. Estas amplias definiciones engloban un vasto espectro de actividades de investigación, de distintas áreas disciplinarias, que proveen bases científicas para la estructuración del nuevo campo, tales como la epidemiología, la investigación clínica y las ciencias sociales y últimamente también incluyen a aquellas vinculadas a la formación de recursos humanos. (Lemus, 2007)

2º. LA EXPERIENCIA

Desde el enfoque adoptado por el equipo, este recorte del proyecto general se basó principalmente en la idea de "*acción transformadora de las prácticas*". Para esto, se hizo necesaria la participación de todos los actores implicados en el problema de investigación, en sus distintas fases: en la delimitación del mismo, en la realización del trabajo de campo y el análisis y discusión de los resultados (Almeida C., 2000). Cabe aclarar que los actores implicados son, residentes hospitalarios, profesionales del hospital, representantes de la comunidad, representantes de las delegaciones locales del Gobierno, representantes del Programa de Adultos Mayores del gobierno local y miembros del equipo de investigación.

El supuesto que subyacía a esta estrategia era que el *clima participativo* no sólo posibilitaría una mejor definición de los problemas a ser investigados, sino que también implicaría en el compromiso a aquellos no directamente ligados al área de investigación, además de ayudar a superar las barreras que normalmente impiden el uso de sus resultados (Davies, 1992).

Este modelo de investigación resulta fundamental no solo por la provisión de información; sino que también debido a que la participación activa de todos los actores involucrados en el proceso compromete a los participantes con la idea del cambio y con el apoyo a la mudanza pretendida (Evans, J. R., 1992). Es así que el establecer un consenso acerca del tema sobre el cual se desarrollaría el trabajo del equipo, fue el encuadre básico utilizado para establecer las prioridades de investigación (Anderson O. W., 1966).

Metodología

El equipo de investigación ya venía trabajando en el hospital en el que se llevó a cabo esta experiencia. El trabajo previo consistía en detectar las situaciones de exclusión en salud en diferentes grupos seleccionados (mujeres, drogadependientes, minorías sexuales). Este equipo es convocado nuevamente por el Director del mismo y se le trasmite una demanda de investigación que surge en las llamadas “*reuniones con la comunidad*”. Estas reuniones se realizan semana por medio y en ellas participa el director, trabajadores del hospital y gente de la comunidad. La demanda se orientaba a rastrear la existencia en el área programática del hospital, de adultos mayores no afiliados a algún sistema de atención de la salud, para poder indagar características de la accesibilidad al subsector estatal.

Así quedaba instalada la pregunta-problema ¿en el área geográfica de influencia de la unidad hospitalaria, viven adultos mayores de 60 años que carecen de afiliación a algún sistema de atención de salud?; ¿cuáles son las percepciones de los adultos mayores acerca de la accesibilidad a los servicios de salud? Instalado el problema, ya existía un punto de partida.

Luego de ser invitados a participar de las reuniones con la comunidad, el equipo asistió y escuchó el pedido. Durante algunas reuniones el intento se concentró en delimitar esa demanda y organizar un grupo de trabajo que pudiera llevar a cabo la investigación solicitada. Se consensuaron algunas características de la metodología: los criterios de inclusión de edad (entrarían los de 60 años y más); el área geográfica, que es señalada por quienes participan de los encuentros como “*el área más crítica*”; la técnica a aplicar –la encuesta- , el tamaño de la población –se decide realizar un censo-.

Se puso el acento en que la relevancia del estudio sería conocer las situaciones particulares con el fin de ensayar posibles soluciones. Se constituyó un subgrupo de trabajo encargado de concretar la organización en el que participaron residentes hospitalarios, profesionales del hospital, representantes de la comunidad, representantes de las delegaciones locales del Gobierno, representantes del Programa de Adultos Mayores del gobierno local y miembros del equipo de investigación.

Para la construcción del instrumento -un cuestionario-, se elaboraron propuestas que fueron sometidas a discusión por todos los presentes en las reuniones, hasta que finalmente se llegó a un acuerdo sobre el mismo.

Paralelamente, se siguió asistiendo a las reuniones de la comunidad donde se comentaba brevemente el progreso del trabajo y se iban delineando decisiones en relación a fechas, encuestadores, materiales necesarios, organización de recursos disponibles para ofrecer posibles respuestas a las situaciones de exclusión, etc.

Finalmente, en los primeros días de noviembre de 2005 se realizó un *censo* en el área geográfica antes mencionada con la participación de personal del hospital, del gobierno local, residentes y alumnos de la Facultad de Psicología con el objetivo de explorar la accesibilidad al hospital de los adultos mayores de 59 años.

Se realizó el censo relevando todas las viviendas del área en estudio concluyendo con 140 encuestas a adultos mayores.

Algunas reflexiones acerca de la investigación acción participativa (IAP)

Este tipo de investigación es necesariamente participativa dada la meta que persigue, consistente en la utilización práctica del conocimiento logrado, para la decisión mejor informada para introducir los cambios necesarios para reorientar los problemas de salud existentes y superar los obstáculos que aparecen en la implementación de tales cambios (Hassouna, 1992).

No obstante, durante todo el proceso de investigación, los niveles de participación fueron variando de acuerdo a la posición de los distintos actores, la responsabilidad e interés en juego en el campo, y los recursos de poder con los que contaban, o creían contar.

En una reunión, surgió un comentario que expresaba la opinión de que el “Estado” era quien debería hacerse cargo de realizar estos trabajos. Esta moción fue apoyada por varios miembros de la comunidad que hasta ese momento participaban en la realización del trabajo, y a partir de allí, decidieron apartarse de este proceso.

Si bien se continuó trabajando en reuniones, los miembros de la comunidad fueron cada vez menos: un representante se encargaba de la impresión de las encuestas y volantes previos a la realización de la misma.

El primer día del trabajo en terreno se presentan pocos miembros de la comunidad y salen a la calle a encuestar una menor cantidad todavía. La encuesta finalmente es aplicada por los profesionales del hospital, miembros del equipo de investigación y alumnos pasantes de la Facultad de Psicología.

Si bien desde el enfoque adoptado por el equipo, la participación de distintos trabajadores del Hospital resultó altamente eficaz en términos de la posibilidad que generó para instrumentar los resultados para la resolución de problemas específicos detectados, fue notable la disminución del interés de los vecinos, quienes por otra parte fueron quienes pusieron el tema en la agenda del equipo.

Esta disminución del interés, en algunos casos fue virando hacia una franca oposición hacia la realización del trabajo a través de distintas argumentaciones.

Esto se acompañó de expresiones que parecían negar el interés inicial puesto en el tema que los llevara a elaborar el pedido al equipo, dejando la sensación de que

la necesidad de hacer el trabajo fuera de los investigadores. Sin embargo, cuando se presentaron los resultados, los mismos fueron percibidos como propios y se interesaron por resolver el problema.

Las reuniones de la comunidad se desarrollaron bajo una modalidad de asamblea. Autores de investigación social participativa, expresan que la asamblea es la culminación de otras tareas en un proceso. Algunos participan más, otros esporádicamente, y otros solo oyen hablar lejanamente. Sin embargo, epistemológicamente es aceptar una estrategia de mejor simetría (Villasante, T; 1999). Si bien esta población en parte se opuso en una segunda instancia a hacer el trabajo y en parte prefirió no participar, fue notable que los resultados fueron rápidamente tomados para intentar encontrar soluciones. En este sentido, consideramos que la estrategia fue exitosa pese a las vicisitudes de la participación comunitaria. Más allá de que algunos miembros participaron más que otros y que algunos actores (miembros del hospital) fueron más activos que otros, fue el grupo, conformado en asamblea, quien solicitó una devolución de los datos y abrió el debate sobre las posibles respuestas a implementar.

Fals Borda, afirmaba hace años que la investigación acción participativa reta al paradigma dominante de las ciencias sociales, ya que en primer lugar replantean la relación sujeto-objeto de investigación. El segundo reto sería el reconocimiento de la ciencia popular como algo válido e igualmente válido que las ciencias académicas. (Fals Borda, O. 1986 en Villasante T: 1999).

En este espacio compartido con la comunidad, la estrategia de trabajo se basó en que la misma comunidad fuera relatando aquello que percibía como problema. El equipo de investigación, fue haciendo intervenciones en el sentido de ofrecer herramientas para construir los resultados de aquello que visualizaban como una carencia/obstáculo para integrar a los adultos mayores al sistema estatal de salud.

La posición de sujetos (en contraposición a objetos de investigación) fue exitosa para que pudieran delimitar el problema conforme a sus propias representaciones.

La realidad mostró, una vez finalizado el estudio, que la magnitud que esperaban encontrar, de adultos mayores sin accesibilidad, no fuera tal en los hechos. Pero esto no podría haber sido reconocido por ellos, si no hubieran participado desde la construcción de las herramientas, el trabajo en terreno y de la interpretación de los datos.

La investigación social participativa no trata de técnicas o metodologías para el estudio específico de los movimientos sociales sino, más bien al revés; trata de cómo los movimientos sociales están aportando a su propia transformación con elementos de investigación, en el sentido de aportar herramientas para que la población produzca conocimientos que puedan contribuir a una crítica de lo establecido (Villasante, T: 1999).

Este grupo, en función de los resultados construidos por ellos mismos, han solicitado ante el gobierno municipal la inserción de un médico gerontólogo en la zona como forma de ampliar la accesibilidad de las personas detectadas en terreno. Ya se ha gestionado el espacio físico y se encuentra en trámite la vacante médica.

Esta transformación de la accesibilidad de los adultos mayores fue posible gracias a la participación, guiada técnicamente, de la comunidad de la zona.

3. LA CONSTRUCCION DEL CONCEPTO ACCESIBILIDAD

En este apartado intentamos compartir cómo llegamos a la construcción del concepto de Accesibilidad a los Sistemas y Servicios de Salud.

Sabemos que el marco conceptual cumple funciones específicas a lo largo de todo el proceso de producción de conocimiento: expresa el balance entre los aportes del conocimiento acumulado a la comprensión del fenómeno estudiado; orienta el desarrollo de la investigación vinculándolo al conocimiento acumulado; contribuye a la formulación de hipótesis y de la mayoría de los supuestos con los que el investigador trabaja; aporta los conceptos que se han de transformar en variables. (Cohen, Gómez Rojas, 2003:120)

Con relación a este último punto, acerca de los conceptos que se transformarán en variables, es lo que nos interesa comunicar. Cómo fue la trastienda de esos conceptos y constructos incluidos en el nivel de la teoría, cómo fueron definidos. El concepto es un nombre, hay que agregarle una definición. Cuando se ordenan conceptos y definiciones se obtienen esquemas descriptivos que nos sirven para clasificar o diagnosticar la realidad. (Padua, 1979)

La Accesibilidad, concepto utilizado por los investigadores y técnicos del Sistema de Salud, surge por los años de 1960, en el momento en el que se considera a la Planificación como la herramienta para diseñar sistemas de salud. En un período en que se imprime importancia a los instrumentos técnicos dentro de la Salud Pública.

En verdad no se han encontrado discusiones entre los estudiosos de los sistemas de salud sobre este concepto, sino que aparece en los textos como dándolo por sentado, como si existiera un acuerdo básico entre actores o se encontrara naturalizado (Comes, 2006).

Haciendo una revisión sobre el tema, encontramos a la Accesibilidad definida como *“la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole”*. (Hamilton, 2001). Otros autores desarrollan formulaciones más estadísticas estableciendo el cociente entre *“Número de establecimientos de salud que*

ejecutan programas y Número total de establecimientos x 100". (Otero y Otero, 2003).

El Instituto Centroamericano de la Salud, en un documento que publica sin citar al autor la define como "la condición variable de la población de poder utilizar los servicios de salud" (en <http://www.icas.net/modulo4.htm>).

Gabriela Hamilton la define como "la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole". (Hamilton 2001)

Stolkiner plantea que "la Accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios" (Stolkiner y otros, 2000). Este vínculo surge de una combinatoria entre las "condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Stolkiner y Otros, 2000: 282).

Con esta conceptualización de Accesibilidad observamos dos actores sociales, los sujetos que requieren de los sistemas de salud, por un lado, y los servicios que estos sistemas brindan, la disponibilidad para contener "sujetos necesitados de atención", por el otro.

Por lo tanto, la accesibilidad poseería una **dimensión subjetiva** que sería necesario indagar, es decir en la posibilidad y el modo que construyen los sujetos para acceder a los servicios de salud, se pondrían en juego vivencias, saberes construidos, sentires, percepciones, etc., entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de la etnias, de modos de disciplinamiento, etc. Es decir que se encuentra multideterminada por el contexto histórico y la propia historia del individuo.

Otra cuestión a considerar es cuál es el alcance de su definición, nos preguntamos ¿sólo indica el acceso al sistema?, ¿con acceder a la consulta, es suficiente?, ¿qué pasa si se accede a la consulta pero no se puede acceder a la medicación por falta de recursos económicos?

Generalmente cuando se piensa en Accesibilidad se lo hace como la posibilidad de ser atendidos (Azevedo, 2001), que sería lo que se denomina "Accesibilidad inicial", es decir el ingreso al sistema. Pero también hay una "Accesibilidad ampliada" que es un concepto que abarca todo el proceso de atención en salud.

La mayoría de los autores dividen la Accesibilidad en dimensiones, las mismas, en verdad, pueden condicionar o bien pueden constituirse en barreras de acceso, externas al individuo. Estas dimensiones son:

Geográfica – Económica o financiera - Organizacional – Cultural o simbólica

La primera de ellas, la *geográfica*, es definida por Hamilton (2001) como “*el porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales. Este principio de accesibilidad tiene que ver con la distribución y la localización de los servicios, la anulación de barreras limitantes*”.

La *accesibilidad económica o financiera* se la define, entre otras, como “*posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos*” (Otero y Otero, 2003).

La dimensión *organizacional* llamada también *burocrática*, refiere a la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema.

La última dimensión, *cultural*, es definida como “*los hábitos y prácticas de los individuos respecto al cuidado y autocuidado de la salud y las limitaciones que estas imponen en el acceso a los servicios*”. (Hamilton, 2001). Teniendo en cuenta que en una sociedad coexisten diferentes culturas y si se piensa a la cultura como “el universo simbólico del sujeto” también resulta pertinente la denominación de *accesibilidad simbólica*. (Comes, 2006)

Estas cuatro dimensiones operacionalizadas del concepto *Accesibilidad* permitió responder a la pregunta problema que demandaba la comunidad a través de un conjunto de preguntas plasmadas en un cuestionario, permitiendo de esta manera conocer la accesibilidad a los servicios de salud entre un grupo de mayores de 59 años residentes en un área geográfica delimitada, ubicada dentro del área programática de un hospital polivalente dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

REFLEXIONES FINALES

El objetivo de la investigación en sistemas y servicios de salud es el mejoramiento del sistema de atención, facilitando la implementación de estrategias en los servicios de salud caracterizados por su complejidad y diversidad organizacional.

Lo distintivo de este tipo de investigaciones es que en su proceso quedan implicados diferentes actores sociales: los responsables de la atención, los directivos, los usuarios, la comunidad en su conjunto y los investigadores a cargo de su desarrollo.

La responsabilidad varía según el papel de cada actor dentro del sistema. Lo fundamental es que todos se sientan interesados y participen del estudio que se lleva a cabo.

Siendo, entonces, la característica destacada de la ISSS la inclusión de la visión de los actores de los servicios analizados en cada una de las etapas del proceso investigativo, esta inclusión favorece que los actores se ubiquen como protagonistas del proceso de investigación, aportando saberes y opiniones fundamentales para la construcción de los datos. Favorece simultáneamente un proceso de reflexión y evaluación de sus propias prácticas (Stolkiner, 1993). En esta experiencia particular, pudo observarse que uno de los propósitos propuestos desde esta línea teórica, que es estrechar las distancias entre los investigadores académicos y los trabajadores de servicios o tomadores de decisión (Almeida C., 2000), operó en el sentido de propiciar que el proceso mismo de investigación pueda ser un generador de efectos concretos en el servicio.

En este proceso, interesa destacar el trabajo de construcción teórica del concepto de accesibilidad tal como fue utilizado en este estudio, y cómo el mismo fue operacionalizado para hacer posible su descripción en el área seleccionada. A partir de un análisis crítico de las definiciones clásicas del concepto en el campo de la Salud Pública, se reconoció la necesidad de incluir para su descripción y evaluación, las características de la población a las cuales se dirige, las que no eran tomadas en consideración en los estudios clásicos, centrados únicamente en las características y condiciones de los servicios. De esta manera, se destaca la dimensión relacional del concepto.

Por otra parte, se amplió el alcance clásico del concepto de accesibilidad, incluyendo en el mismo al resto del proceso de atención en salud, y no sólo el ingreso a la consulta. Esto permite superar el sesgo provocado por una definición de un proceso por una parte del mismo, a partir de la cual podría entenderse que el haber llegado a una consulta, podría llevar a desconocer obstáculos en el acceso a la atención de la salud.

Por último, en relación a una de las dimensiones clásicas de la accesibilidad, la cultural, se consideró que su reemplazo por la dimensión simbólica, podría enriquecer su indagación al no limitarse a aspectos étnicos únicamente, sino que permitiría la indagación de aspectos ligados a la construcción multideterminada de la subjetividad, aún en contextos culturales compartidos. En este sentido, se considera que los servicios de salud son productores de subjetividad, ya que sus acciones e inacciones ofrecen indicios para la construcción de ideas o creencias sobre ellos mismos, al tiempo que las características, creencias, concepciones y prácticas de una población determinada también moldearán el modo en que utilizarán los servicios existentes.

La riqueza metodológica del estudio fue encontrar a partir de la teoría, la construcción del concepto de interés para el estudio. Siguiendo a Bourdieu P (2008) y a Cortés (en Salvia A. 1997) pudimos construir el dato que nos permitió conocer nuestro objeto.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida C. (2000). Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Resultados, evaluación de actividades y desarrollo futuro de la Red. Cuadernos para discusión. Número 1. Rio de Janeiro, Brasil.

Anderson O. W. (1966). Influences of social and economic research on public policy in the health field; A review. Milkbank Memorial Fund Quarterly 44 (July):1-11

Azevedo (2001) Entrevista con informante Calificado de la OPS Dr. Azevedo. Buenos Aires, marzo de 2001.

Bourdieu, P y Wacquant L. J. D. (1995). Respuestas por una antropología reflexiva, México- Ed. Grijalbo.

Bourdieu, P y Chamboredon J. (2008). Primera Parte: La ruptura. *En El oficio del sociólogo*. Buenos Aires- Editorial Siglo XXI.

Cohen, N.; Gómez Rojas G. (2003). Los objetivos, el marco conceptual y la estrategia teórico-metodológica triangulando en torno al problema de investigación del libro En Lago Martínez, Gómez Rojas, Mauro (Coord), *En torno de las metodologías: abordajes cualitativos y cuantitativos*. Buenos Aires - Editorial Proa XXI.

Comes Y. (2006). Accesibilidad: una revisión conceptual. Doc. laboris del Proyecto de investigación P077 - UBACyT.

Davies A. M. (1992). Overview and Síntesis. In: Research Strategies for Health (WHO). Pp. 185-186 New York, Toronto, Bern, Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Evans J.R. (1992). Summary of the Discussions. In: Research Strategies for Health (WHO), pp 76-8, New York, Toronto, Bern, Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Hamilton G. (2001). Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos - Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 2003.

Hassouna W. A. (1992). Status and Future Directions: "The Lone Ranger". In: Research Strategies for Health (WHO). P.66 New York, Toronto, Bern, Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Lemus, J.D. (2007). Investigación y Sistemas y Servicios de Salud. Bases Epistemológicas, metodología, abordaje operativo y formación de recursos humanos. Buenos Aires – Editorial Corpus.

Otero y Otero. (2003) Glosario de Términos de Auditoría en Salud en: <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm>. - 10 de Junio de 2003
PNUD (1997): Informe sobre Desarrollo Humano. Edición 1997

Padua, J (1979). El proceso de investigación. *En técnicas de Investigación aplicadas a las ciencias sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
Stolkiner y Otros, (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. *En La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires - Editorial Dunken.

Cortés F. y Rubalcava R.M. (1997). La perversión empirista. En Salvia A. (comp.), *Hacia una "estética plural" en la investigación social*. Buenos Aires-Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Villasante, T (1999) De los movimientos sociales a las metodologías participativas *En Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid - Editores: Gutiérrez y Delgado. Ed. Síntesis Psicológica.