PERSPECTIVAS, ACTITUDES Y CONDUCTAS RESPECTO AL CUIDADO DE SU SALUD EN VARONES DE UN ASENTAMIENTO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Trabajo de investigación con enfoque cualitativo
Área Clínica Ampliada/Atención de Problemas de Salud-Enfermedad-Cuidado
Trabajo inédito

Lugar:

Área Programática - Hospital General de Agudos "Dr. Enrique Tornú",

Combatientes de Malvinas 3002, CP 1427, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Teléfonos de contacto: 011 4523 3200 - 011 15 3366 6716

Mail: delavirgi@hotmail.com ; residenciamedicinageneraltornu@gmail.com

Autores:

PERDIGUÉS, María S, médica residente de Medicina General y/o Familiar

PRADO, Pablo A, médico residente de Medicina General y/o Familiar

GARCÍA, Dolores, Lic. en Trabajo Social

CICCARONI, Virginia, médica especialista en Medicina General y Familiar

CHERA, Silvia, médica especialista en Medina General y Familiar

BARTHES AGUIRRE, Pamela, médica residente en Medicina General y/o Familiar

CASTELLI, Diego, médico residente de Medicina General y/o Familiar

CABALLERO, Romina, médica residente en Medicina General y/o Familiar

COGO ORELLANA, Florencia, médica residente en Medicina General y/o Familiar

NUÑEZ, Pablo H, médico residente de Medicina General y/o Familiar

WINDER, Carolina C., médica residente en Medicina General y/o Familiar

Fecha de realización: marzo a septiembre de 2016

Índice

Resumen 3
Introducción 4
Identificación, delimitación y justificación del problema 4
Asentamiento La Carbonilla y equipo de atención: 4
El EAPSC y los varones: 5
Definición del Problema: 6
Propósito: 6
Objetivos 7
Objetivo General: 7
Objetivos Específicos: 7
Marco Teórico 7
Diseño metodológico 11
Universo y muestra: convocatoria y consentimiento 12
Tamaño del Grupo Focal: 13
Características del grupo: 13
Análisis de Resultados 13
Discusión 25
Importancia para la MGyF y Propuestas 27
Referencias Bibliográficas 28
Anexo I 32
Anexo II 34
Anexo III 37

Resumen

"PERSPECTIVAS, ACTITUDES Y CONDUCTAS RESPECTO AL CUIDADO DE SU SALUD EN VARONES DE UN ASENTAMIENTO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES"

PERDIGUÉS, María S; PRADO, Pablo A; CHERA, Silvia; CICCARONI, Virginia; BARTHES AGUIRRE, Pamela B; CASTELLI, Diego; CABALLERO, Romina; COGO ORELLANA, Florencia; GARCIA, Dolores; NUÑEZ, Pablo H; WINDER, Carolina C.

Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú
Combatientes de Malvinas 3002, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP 1427
011 4523-3200 - 011 15 3366 6716
residenciamedicinageneraltornu@gmail.com; delavirgi@hotmail.com

Trabajo de investigación con enfoque cualitativo

Clínica Ampliada/Atención de Problemas de Salud-Enfermedad-Cuidado (S-E-C)

Introducción: El Equipo de Atención Primara de la Salud Comunitaria del Hospital Tornú realiza actividades en el asentamiento La Carbonilla presentando dificultades en el contacto con varones. Se necesita comprender las construcciones simbólicas intervinientes que producen esas dificultades.

Objetivo: Conocer perspectivas, actitudes y conductas de varones que viven en La Carbonilla respecto al cuidado de su salud.

Metodología: Cualitativa, grupo focal.

Resultados: Los varones participantes conceptualizan la salud como ausencia de enfermedad o dolor y como aptitud para trabajar. Ante cualquier padecimiento recorren un proceso de autoatención, basado en experiencias culturales, familiares y personales. Construyen pautas de alarma configurando el proceso de toma de decisiones. Las preocupaciones ajenas al cuerpo se vinculan a la posibilidad de cumplir el rol proveedor y responsable del cuidado de su familia y hogar. Perciben ser los responsables del cuidado, si bien lo delegan cotidianamente a las mujeres. La accesibilidad al Sistema de Salud se encuentra obstaculizada por barreras físicas, administrativas y simbólicas, también involucrando a profesionales de salud como sujetos.

Discusión: El proceso Salud/Enfermedad/Atención se encuentra atravesado por el Modelo Masculino Tradicional Hegemónico. La concepción de salud se reduce a la dolencia corporal. El cuidado y las preocupaciones son dirigidas al cuerpo como herramienta de trabajo. La autoatención se articula con la atención biomédica cuando la percepción de gravedad lo amerita. Atendiendo varones las y los profesionales del equipo actúan con dispositivos y conductas estereotipadas que no albergan las singularidades de sus demandas.

Palabras claves: Varones, Accesibilidad, Cuidado de la salud, Modelos de atención, Autoatención.

Soporte técnico: Cañón multimedia

Introducción

El presente trabajo es un estudio de investigación con enfoque cualitativo que intenta aportar mayor comprensión al proceso de Salud/Enfermedad/Atención (S/E/A) de hombres que viven en el asentamiento La Carbonilla de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que pertenece al Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú (HGAT). Desde este hospital un Equipo de Atención Primaria de Salud Comunitaria (EAPSC) realiza actividades extramurales.

El propósito de ésta investigación se basa en reconocer las necesidades de varones que viven en el asentamiento, sus perspectivas, actitudes y conductas respecto del cuidado de su salud para adecuar y planificar estrategias de atención y generar vínculos facilitadores para la atención de este grupo poblacional. Este estudio se realizó mediante la técnica de Grupo Focal en el cual participaron 5 varones de entre 25 y 59 años de edad que residen en el asentamiento.

Identificación, delimitación y justificación del problema

Asentamiento La Carbonilla y equipo de atención:

El asentamiento está ubicado en la CABA, en el barrio de La Paternal. Situado en la Comuna 15, entre la Av. Manuel R. Trelles, calles Añasco y Espinosa y vías del ferrocarril San Martín, entre el puente de la Av. San Martin y la calle Trelles al 2700 (Estación Paternal, Tren San Martín), sobre terrenos del Estado Nacional.

Se origina a partir de la demolición del ex Albergue Warnes, en 1991, cuando algunas familias ocupan los galpones del Ferrocarril con entrada por Añasco. Posteriormente se asientan temporalmente personas residentes en el Conurbano que se dedican al cartoneo y en el año 2001 la población se incrementa, y sigue creciendo hasta llegar alrededor de 350 familias en el año 2012. Según un relevamiento realizado por el Instituto de la Vivienda, en 2013 habitaba un total de 1258 personas. Desde esa fecha, la cantidad de casas ha aumentado, pero no hay información exacta sobre la cantidad de habitantes en la actualidad. Se divide el territorio en tres Sectores (1, 2 y 3) y la población se organiza mediante la elección de un cuerpo de delegados, por sectores que se reúne para coordinar y consensuar acciones hacia dentro y fuera del barrio. Desde hace unos años se están planteando proyectos orientados a su urbanización[1,2].

El Equipo de Atención Primaria de la Salud Comunitaria (EAPSC), dependiente del Área Programática del HGAT, está conformado por trabajadores sociales, enfermeros, médica generalista, psicólogas y residentes rotantes de Medicina General, Pediatría (Hospital Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan), Trabajo Social, Salud Mental y de la Residencia Interdisciplinaria en Educación y Promoción de la Salud. Desde el año 2005 realiza distintas actividades de promoción, protección y asistencia en salud en el asentamiento de manera coordinada entre los equipos del HGAT y el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez debido a que el territorio geográfico se extiende sobre las áreas programáticas correspondientes a ambos hospitales.

La Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) del HGAT fue creada en el año 2013. Actualmente se encuentra formada por un total de 8 residentes, 2 por año, una instructora de residentes y una coordinadora local. Desde su inicio forma parte del EAPSC.

El EAPSC desarrolla su tarea en el asentamiento con los objetivos de generar, fortalecer y sostener un vínculo con la comunidad del área programática; abordar los problemas de salud ambulatorios y domiciliarios, agudos y crónicos, pasivos y activos, de personas, familias y la comunidad; gestionar los recursos para el acceso oportuno en instancias de interconsulta y/o derivación; favorecer la autonomía de las personas como un objetivo de salud, y participar activamente en el desarrollo de proyectos comunitarios orientados a atender las necesidades de salud de la población[2].

El EAPSC y los varones:

Una de las características de la relación entre EAPSC con la población del asentamiento es que se sostiene principalmente con mujeres: son ellas las que se acercan con sus consultas e inquietudes. El contacto con la población masculina es dificultoso. El equipo lo atribuye a que las salidas de trabajo comunitario al asentamiento se realizan en horario laboral y casi la totalidad de profesionales de salud que participan son mujeres.

Según un estudio realizado por la RMGyF del HGAT[2] en el año 2015, se observó que, en 41 salidas al asentamiento realizadas por el EAPSC en el lapso de un año se llevaron a cabo 336 intervenciones individuales y 9 actividades grupales en terreno. Sobre el total de las intervenciones individuales el 70,3% correspondieron al sexo femenino con un promedio de edad de 29,6 años.

En el trabajo de Barbiero et al. *La Carbonilla: Descubriendo la Comunidad*[3], el análisis por edad de 859 encuestas en relación a los controles periódicos de salud, evidencia que el

74,2% (IC95% 67,1-80,4) de los niños menores de 5 años tienen controles actualizados, encontrándose un marcado incremento hacia la falta de actualización en dichos controles de salud a mayor edad. De las mujeres encuestadas, entre los 15 y 49 años sólo un 37,8% (IC95 31,5-44,3) realizó controles anuales de salud mientras que en los hombres este porcentaje es menor 20,6%(IC95% 15,5-26,5) y se observó que entre los 50 y 64 años aumenta aún más la diferencia entre el sexo femenino con respecto al masculino, 45,9% y 27,8% respectivamente.

Con esa información respecto de la prevalencia de los controles de salud en la población masculina de la Carbonilla al inicio del presente año la RMGyF llevó a cabo una actividad destinada a los varones: *El mes del Varón*. Se realizó semanalmente una convocatoria dirigida a la población masculina con el fin de realizar intervenciones para la pesquisa de hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso y obesidad. En forma complementaria, se realizó una breve encuesta indagando antecedentes de importancia con respecto a su salud, medicaciones y preocupaciones relacionadas a la salud, la familia y el trabajo. Se orientó respecto a consulta médicas, dudas surgidas o se ofrecía un turno para atención en consultorio. Participaron de la actividad 37 varones. Se otorgaron 18 turnos para consultorio con demora no mayor a una semana y sólo 5 personas asistieron, 3 de ellos motivados por dolores articulares asociados a la actividad laboral y 2 por enfermedades crónicas no transmisibles.

Definición del Problema:

A pesar de las distintas estrategias realizadas, no nos fue posible promover y sostener la atención de varones residentes en La Carbonilla. A partir de ello surge la inquietud de conocer cuáles son las representaciones acerca del cuidado de la salud que tienen varones que viven en La Carbonilla y cuál es el rol del Sistema de Salud en relación a ese cuidado.

Propósito:

Se plantea la importancia de conocer las necesidades percibidas por la población masculina junto con sus perspectivas, actitudes y conductas respecto del cuidado de su salud para adecuar y planificar las estrategias de atención dirigidas a éste grupo poblacional.

Objetivos

Objetivo General:

- Conocer las perspectivas, actitudes y conductas de varones que viven en La Carbonilla respecto al cuidado de su salud.

Objetivos Específicos:

- Conocer las representaciones de varones que viven en La Carbonilla respecto del cuidado de su salud
- Conocer las preocupaciones de varones que viven en La Carbonilla respecto a su salud y la de su núcleo familiar
- Detectar las características de dificultades existentes en el acceso al Sistema de Salud
- Conocer las situaciones en las cuales varones que viven en La Carbonilla contactan al Sistema de Salud
- Detectar la información que poseen varones de La Carbonilla sobre la oferta del Sistema de Salud
- Identificar dimensiones que favorezcan vínculos entre el EAPSC y la población masculina del asentamiento La Carbonilla

Marco Teórico

En el presente trabajo se hace referencia a los modelos de atención desde la perspectiva antropológica que define como *atención* a todas las actividades intencionales que buscan prevenir, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado, y no sólo las actividades de tipo biomédico. Dicha perspectiva entiende a la atención como componente de un proceso, el proceso de S/E/A[4]. Ésta forma de entender los elementos que componen el proceso supera la perspectiva reduccionista que explica la salud, la enfermedad y la atención como variables independientes.

Desde otra perspectiva, se han definido en forma integral cada elemento individual de ese proceso. En éste sentido, la Ley 153/99 Básica de Salud[5] define *salud integral* a partir de características o principios fundamentales como son "*la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente"* acompañados por *"un aprendizaje social y una cobertura universal necesarias para mejorar la calidad de vida de la comunidad".* La noción de *salud integral* implica la participación de la población promoviendo

y potenciando las capacidades de la comunidad en relación a la propia vida y desarrollo. Otra característica fundamental en ésta visión es la de incluir el *acceso equitativo* al Sistema de Salud. El *acceso* o *accesibilidad* comprende un vínculo, es relacional. Ese vínculo *"se construye entre los sujetos y los servicios"* y se encuentra determinado tanto por las "*condiciones y discursos de los servicios"* como por las "*condiciones y representaciones de los sujetos en su modalidad específica de relación con estos"*[6]. En este sentido, la accesibilidad no es una característica relacionada exclusivamente con la oferta o administración del sistema (*accesibilidad administrativa*), la geografía específica de una región (*accesibilidad geográfica*), las posibilidades económicas de una población (*accesibilidad económica*) o grandes diferencias culturales con los profesionales (*accesibilidad cultural*)[7]. Un análisis más detallado incorpora también las construcciones y representaciones simbólicas de los sujetos usuarios y efectores (*accesibilidad simbólica*) en relación al proceso S/E/A y el Sistema de Salud[7].

En su conjunto, tanto los pilares de la salud integral como la accesibilidad, se encuentran atravesados por factores determinantes: *los determinantes sociales de la salud.* El modelo de determinantes sociales se ha ido profundizando en las últimas cuatro décadas a partir de la elaboración de distintos investigadores los cuales han desarrollado distintos modelos explicativos[8,9]. La OMS[10,11] ha sintetizado el común de las distintas perspectivas definiendo el concepto como *"las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el Sistema de Salud"* siendo el resultado de las relaciones de poder, riqueza, recursos y políticas adoptadas a nivel mundial, nacional y local.

Retomando la perspectiva de proceso respecto de la salud, la enfermedad y la atención, ésta incorpora el conjunto de significaciones desarrolladas dentro del proceso histórico en el que se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos[12]. Estos son parte del proceso social sobre el cual se construye colectivamente la subjetividad[4].

Dentro del proceso S/E/A, la atención comprende diversas formas de actuar dentro de una sociedad en particular relacionadas con las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas[4]. La conceptualización actual sobre las formas de atención excede ampliamente a la biomedicina, incluye las medicinas no tradicionales e introduce el concepto de *autoatención*, concepto que puede ser interpretado en un sentido restringido o desde una perspectiva ampliada.

Sobre el sentido restringido, refiere a todas aquellas representaciones y prácticas que operan sobre el proceso S/E/A de forma intencionada[4]. Desde esta mirada la autoatención tiene como objetivo la prevención del desarrollo de los padecimientos y la entiende desde la biomedicina como *autocuidado* englobando el conjunto de hábitos de carácter preventivo[4].

Por otro lado, Eduardo Menéndez[4] define la autoatención en un sentido amplio como:

"*[…] representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la auto prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma."*

Ésta visión ampliada de la autoatención fue desarrollada por otros autores bajo el concepto de *cuidado propio* o *cuidado de sí*[13]. Para comprender esa mirada sobre la autoatención es necesario alcanzar primero una definición de *cuidado.* El Centro de Estudios de la Condición Masculina[14] (Unión Europea) lo explica como:

"[…] una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyendo la necesidad más básica y cotidiana que permite la sostenibilidad de la vida."

Desde una perspectiva de la praxis en salud lo definen como:

"[…] la atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar es encargarse de las personas a las que se cuida."

De acuerdo al análisis de Foucault[13] sobre el *cuidado propio* o *cuidado de sí,* el cuidado implica una construcción social e histórica que involucra la concepción y el referente que se tiene sobre sí y sobre los otros. El concepto remite a la importancia de la construcción de autonomía de los colectivos como sujetos activos en la toma de decisiones que atañan a la salud. A partir del análisis de Muñoz Franco[15], esta concepción articula distintos puntos de vista: a) Perspectiva: una mirada hacia afuera con un retorno a la propia interioridad b) Actitud: una concepción general del mundo que genera una forma de relacionarse con los demás y c) Conducta: la serie de acciones que se ejercen para transformarse.

Al entender el proceso S/E/A como un fenómeno determinado por el contexto histórico, cultural y político de cada colectivo, el conjunto de las significaciones se ve atravesado por los modelos hegemónicos dominantes. En éste sentido, asumimos como uno de los modelos dominantes en nuestra sociedad al Modelo Masculino Tradicional Hegemónico (MMTH). El término *masculinidad hegemónica* fue acuñado por Connell[16] en 1987 para referir a la forma de masculinidad prevalente, alabada, idealizada y valorada en un determinado contexto histórico. Actualmente tal modelo se caracteriza por valores que los varones en su socialización interiorizan y hacen propios en forma de ideales y obligaciones[17]. Los valores directrices incluyen: *autosuficiencia, belicosidad heroica, autoridad sobre las mujeres* y *valoración de la jerarquía*[17,18]. Como resultado de la incorporación de dichos valores, la subjetividad de los varones está marcada por el *control de sí* y de los demás, la *competitividad*, las *conductas de riesgo* y el déficit de *comportamientos cuidadosos y afectivos*[17,18]. Como explica Courtenay[19]:

> *"Un hombre que actúa correctamente con arreglo a su género debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. La estimulación intensa y activa de sus sentidos debe ser algo de lo que termine por depender. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad."*

En éste sentido Keijzer[20] introdujo la expresión *varón como factor de riesgo* apoyándose en la observación sobre la tasa de mortalidad masculina y haciendo alusión a la implicación que tiene el aprendizaje social en su salud y la de quienes lo rodean.

La transversalidad del MMTH en todos los ámbitos de socialización afecta no sólo a los varones cuya masculinidad se encuadra en dicho modelo. Repercute, además, en los varones con masculinidades diferentes al MMTH, las mujeres y también los niños. El compromiso de éstos se explica por el reconocimiento de la relación polarizada y complementaria que existe entre el MMTH y el *modelo femenino tradicional hegemónico* (MFTH), o *feminidad subrayada*[16], tal que la construcción de la identidad de género se desarrolla en la oposición del conjunto binario masculino-femenino o varón-mujer[17].

Como se expuso previamente, cada espacio de socialización es una caja de resonancia atravesada por el MMTH. De acuerdo con Onocko Campos[21] los espacios institucionales, así como las relaciones de trabajo y de producción son maquinaria de elaboración de las subjetividades. Así, el Hospital o el Sistema de Salud en su totalidad, en tanto institución, comprenden un espacio reproducción y legitimación del MMTH. Esto se ve reflejado ya en la Declaración de Alma Ata[22] donde, entre las declaraciones expresadas, se recomienda atribuir "*alta prioridad"* en primer lugar "*a las necesidades especiales de las mujeres"* y *"los niños"* y en segunda instancia cita *"los trabajadores muy expuestos y los sectores desfavorecidos de la sociedad"*. Consecuencia de ello, se han desarrollado desde entonces en nuestro país múltiples programas que centran su propósito en la atención materno-infantil.

Actualmente es frecuente observar planes, programas y campañas de prevención, en el marco biomédico de autocuidado, dirigidas a la mujer y el niño[23,24,25,26,27,28,29,30,31,32]. Una campaña de vacunación fue dirigida comunicacionalmente en forma exclusiva a varones: *Vacunate si sos Macho*[33]*,* apelando al MMTH, con una cobertura de casi el 80% en varones de todo el país. Como imagen especular de la oferta, son las mujeres y los niños los principales usuarios y quienes habitualmente monopolizan la demanda al Sistema[34]. Sin embargo, la construcción social de la masculinidad respecto de su perspectiva de género es opuesta al acceso al Sistema de Salud[34]. De ésta forma puede entreverse la relación de correspondencia que existe entre el constructo del MMTH con la oferta del Sistema de Salud. Los puntos de encuentro entre la masculinidad hegemónica y el Sistema de Salud son: la *medicina laboral* y la *urología/sexología-andrología*[34,35,36]*.* Éstas preocupaciones reflejan y sostienen los roles de proveedor y reproductor, respectivamente, característicos del MMTH. Se enlaza, así, una relación en la que se perpetúan la desigualdad y la inequidad en el acceso al Sistema de Salud[34].

Diseño metodológico

Dadas las características del problema a investigar, se eligió el enfoque cualitativo mediante la realización de un Grupo Focal como técnica de recolección de la información. Se procedió a discriminar las siguientes dimensiones para cada objetivo específico y la consiguiente realización de preguntas estímulo o disparadoras (Ver Anexo I):

- Concepciones sobre *Salud* en sus diferentes dimensiones
- Universo de significaciones en torno a preocupaciones y problemas de salud, actitudes y conductas que de ello se desprenden

- Información sobre el Sistema de Salud
- Situaciones en las que acuden al Sistema de Salud
- Percepciones sobre *accesibilidad*

La dinámica del trabajo en el Grupo Focal se basó en lo propuesto por Escobar y Bonilla[37]. El grupo fue coordinado por dos moderadores varones residentes de MGyF y una médica especialista en MGyF que forman parte del EAPSC del HGAT. A fin de facilitar el análisis posterior de resultados, se realizó una grabación de audio junto con el registro manuscrito de una de los coordinadores del grupo. El registro por parte de una observadora a lo largo del desarrollo de la técnica permitió registrar el lenguaje no verbal de los participantes y referenciar a cada participante con los enunciados obtenidos en la desgrabación del registro de audio. Para el análisis de resultados se citó a cada participante con su número asignado y edad. Ejemplo: "*La salud es lo principal. (P5;59)"*. Por otro lado, los moderadores fueron citados numéricamente: Ejemplo: "*(M1)".*

Universo y muestra: convocatoria y consentimiento

El universo son varones adultos que residen en el asentamiento La Carbonilla en el momento de la investigación. Inicialmente se realizó una convocatoria a individuos durante las recorridas del EAPSC, a varones que asisten al consultorio de Medicina General y Familiar (MGyF) de HGAT y a varones contactados durante "*El Mes del Varón"*. En total 10 hombres accedieron a la convocatoria.

El día del encuentro acudió solo uno de los 10 contactados previamente en terreno, habiendo confirmado su participación 7 de ellos. Ante ésta situación, se decidió efectuar una nueva convocatoria en el mismo momento previo a la realización del Grupo Focal con la decisión de no convocar a aquellos que se encontraban realizando tareas laborales, o consumiendo bebidas alcohólicas. En algunos casos las compañeras/parejas/esposas cumplieron un rol importante: los "mandaron" al grupo "*¡Qué desayunar ni qué ocho cuartos! ¡Andá para allá!*" (Esposa del participante n°4).

El grupo quedó compuesto por 5 varones. Sólo uno convocado con anticipación y 4 convocados el mismo día de realización. Todos los participantes recibieron información sobre la metodología del trabajo y firmaron el Consentimiento Informado que garantiza la voluntariedad en la participación, la compresión de la información brindada y el resguardo y confidencialidad de su participación (Anexo II). Las dificultades en la convocatoria se debieron, según referencia de uno de los participantes, a que *"los hombres en la semana laburan para*

afuera, y el fin de semana laburan para adentro" haciendo alusión a las labores que realizan, en sus días de franco, en la refacción y ampliación de sus viviendas.

La actividad se realizó en el Salón de Usos Múltiples del asentamiento y se ofreció un refrigerio al finalizar el grupo. La organización y gestión del espacio estuvo a cargo del equipo de investigadores.

Tamaño del Grupo Focal:

Respecto al número ideal de personas que deben conformar un grupo focal, diferentes autores han propuesto una gran variedad de rangos de participantes. Existe consenso de que el número mínimo puede ser de 3 participantes y el máximo de 12[37]. Se propone que, según las características y la complejidad del tema a tratar, así como la experiencia y la habilidad del moderador, se determine el número adecuado de participantes, sin exceder las 12 personas[37]. Asimismo, para tratar temas sensibles o controvertidos, se recomienda la utilización de grupos pequeños, entre 5 y 8 participantes[37]. El tamaño del Grupo Focal también depende del nivel de profundidad que se le va a dar a la entrevista por parte del investigador y de los objetivos de la investigación[37]. Conforme a estas recomendaciones se dio comienzo a la técnica al reunir 5 participantes.

Características del grupo:

Participaron del grupo 5 varones de entre 25 y 59 años de edad. Cuatro de ellos oriundos de Perú y uno de Misiones, Argentina, todos residentes en La Carbonilla. Todos trabajadores, uno cartonero, uno mecánico y 3 trabajadores de la construcción. Uno de los 5 trabaja en blanco. Todos tienen hijos. Ver Anexo III.

Análisis de Resultados

Se inicia con la indagación respecto al concepto de salud evidenciándose a lo largo del encuentro la prevalencia de la percepción de salud como *ausencia de enfermedad*. La enfermedad está relacionada con la percepción de dolencias físicas y una búsqueda de respuestas en el saber biomédico. Esta conceptualización es congruente con la propuesta de la clínica oficial en donde la medicina opera con un objeto de estudio -el cuerpo humano fragmentado- y mecanismos automatizados enmarcados en protocolos y algoritmos médicos.

– *Salud es estar bien, que no duela nada y seguir trabajando* (P2; 32)

A largo del desarrollo del grupo focal se evidencia que el bienestar en la salud se encuentra relacionado con la posibilidad de continuar su actividad laboral. Éste aspecto que se profundizará más adelante, se encuentra íntimamente relacionado con el rol de proveedor y sostén económico asignado a los varones en esta sociedad.

– El concepto es amplio. Estaba escuchando acá a los vecinos… sería un proceso de mejoramiento de vida o puede ser también controlarse como persona. Es tratar de controlarse, que se yo… una enfermedad, ir al hospital a controlarse con un médico. (P3; 54)

– Tipo chequeo… (P5; 59)

En las anteriores citas, se evidencia que coexisten dos concepciones de salud: una ampliada vinculada con el mejoramiento de la vida y otra con el control como prevención de un riesgo *"controlarse como persona", "tipo chequeo",* o como control de una enfermedad ya existente.

– Hay que cuidar nuestro cuerpo, porque cualquier cosa que podamos sentir a veces lo pasamos, es un dolorcito y ya está. Pero siempre es bueno ir a la salita o al hospital a chequearse a ver a que se debió ese dolor, porque hay dolores que a veces te vienen así y no sabes por qué fue. (P4; 53)

Aquí, se evidencia que el participante vincula la salud con el cuidado del cuerpo. Existe una relación de causalidad entre la percepción subjetiva de la dolencia corporal y la búsqueda de una respuesta que pudiera brindar la atención médica. La protección de la salud llega hasta donde se entienda que una persona está sana, es decir, no enferma.

Se repreguntó en varias ocasiones sobre el concepto de salud para lograr ampliar la definición. El agotamiento en la profundización del concepto generó la interpelación de uno de los participantes:

– […] yo les tengo que hacer una pregunta a ustedes, si nosotros nos acercamos al consultorio por ese dolor ustedes: ¿Con qué nos recomiendan cuidarnos? Los médicos nos mandan a hacer análisis de sangre todo eso […], ¿Por qué no te resuelven lo que pedís y ya está? (P2; 32)

El comentario del participante n°2 pone de manifiesto una concepción de salud en la cual las respuestas del médico a las demandas consisten de una secuencia automatizada de procedimientos, que aparentemente no tienen valor para él.

Asimismo, no se puede descartar un condicionamiento en las respuestas, limitándose a responder lo que creen que se espera escuchar de ellos: *"¿Se refiere en el sentido médico?" (P4; 53)*

Respecto del concepto de *autoatención,* se indagó el recorrido que realizan entorno al abordaje de sus padecimientos. Se hace alusión al *cómo*, al *qué*, al *cuándo* y especialmente a *quién* recurren frente a un padecimiento.

– Anoche justo tuve un dolor estomacal […] pero en eso me empezó a doler más tipo cólico y me acordé de que tengo un botiquín y me tomé una Buscapina®. Tengo ardor y me tomé un Uvasal®. Bueno, me tomé eso y me calmo a la noche […] Ahí se me vino en la cabeza que puede ser el frío también. Porque tengo la costumbre todos los días de bañarme 4 de la mañana con agua fría. Así, que agarré a la noche y me froté con Vick VapoRub® la panza y me levanté después. (P3; 54)

– […] o por ahí otra planta, otra hierba que te haga efecto, que te calme, que te tranquilice… son cosas de que uno vive en el campo y esa es la costumbre [...] Incluso ahora que la mayoría vivimos en ciudades, uno se acerca a las casas naturistas y busca. Es una medicina alternativa que uno mantiene. (P4; 53)

– Yo a mi hijo le hago, a veces, cuando se enferma de la tos (lo trato) con eucalipto. Caliento el agua, le meto ahí las hojitas y lo baño, o con el vapor o una ducha y no se enferma. (P2; 32)

A partir de estos relatos se considera coexisten "*el saber de la gente, mantenido a través del tiempo por medio de la tradición y modificado mediante el contacto y la mezcla con diferentes grupos sociales […] y los grupos de salud institucionalizados con sus discursos y sus propias percepciones*"[38]. Se constata, además, incorporación de productos de la industria farmacéutica como parte del proceso de autoatención.

– Es que cuando sentimos algo nos ponemos a pensar si es el frío, si comimos algo un poco pesadito. O no sé… comenzamos a darle vuelta a ver si podemos tomar una Buscapina® o algo. Nosotros somos médicos también. (P4, 53)

En este sentido, se considera que cuando una persona acude al médico concurre con un diagnóstico presuntivo del padecimiento. De acuerdo con Sacchi et al.[38] cada persona de vuelta en su medio y hogar acepta o rechaza las percepciones del profesional y sus indicaciones según las propias posibilidades de cumplimiento y la interpretación de lo que tiene que hacer.

Además, se preguntó respecto a quién o quienes identifican como referentes al momento de realizar una consulta:

– […] allá en Perú nuestros padres decían "¿Te duele la panza?" Agua de payco y con eso calmaba el dolor, es una planta que crece en todos lados, como mala hierba, y eso nos hacían tomar nuestros padres y ¡¿Qué médico?!¡Nada! (P3; 54)

– Mi señora cuando a mis hijas les da una fiebre alta, no sé si conocerán el sanguinario, unas hojas medias rojas, las machaca y sale un zumo rojito y media hora (después) y ya no hay fiebre. Son cosas para no ir corriendo a otro lado, y eso ya viene de los padres, de los abuelos, si te hace efecto, lo seguís usando. (P4; 53)

Aquí dan cuenta que las/os principales referentes son sus familiares y se manifiesta cómo "*las historias familiares producen un cúmulo de saberes […] por haber atravesado situaciones similares. Tal aprendizaje tiene sus orígenes en experiencias previas: con sus otros hijos, con familiares o referentes en sus vidas*".[38]

– Cuando ya tiene mucha continuidad, entonces se hace más crónico. Ahí, tenemos que preocuparnos, porque es algo que salió fuera de rango. Porque yo sé que siempre me da la gripe así y veo que me está durando más y ahí sí […] (P4; 53)

– Después, no sé si será la presión alta que tengo, yo mismo me controlaba, también me iba a la ducha con agua fría me sentaba un rato escuchando música y me bajaba totalmente la presión, no tomaba nada. Te vuelvo a repetir, cada uno conoce su cuerpo, sabe más o menos controlarse, cuando a uno le sube la presión, que se yo […] (P3; 54)

– Yo terminando enero y empezando febrero todos los años siempre me da la gripe, una semana completa, y no tomo nada y en después pasan 7, 6 días y ya se me pasó. (P4; 53)

Los anteriores relatos dan cuenta que las familias y grupos sociales construyen pautas de alarma vinculadas con experiencias previas, sensaciones y valores. Dichas construcciones configuran los procesos de toma de decisiones evaluando cuándo y a quién acudir frente a un padecimiento. Se establecen entonces jerarquías según la percepción de gravedad recurriendo al médico/a cuando "*salió fuera de rango".*

Otro de los aspectos explorados es el concepto de *cuidado*, siendo vinculado por los participantes en primer lugar con la prevención de un riesgo a la salud. Ésta concepción de cuidado también responde al paradigma de la medicina tradicional donde el enfoque de riesgo prevalece[9].

– Cuidado es una palabra de alerta con dar el siguiente paso. Como decir peligro, como una llamada de atención. Cuidado corporalmente con lo que vas a hacer, con lo que vas a comer, con muchas cosas más. (P3; 54)

Otro participante considera que no hay nada de lo que se pueda cuidar que no se puede prevenir: *"Cuidado es de cuidarse, pero cuando te van pasar las cosas, te van a pasar. En tu mente siempre está cuidarte, pero, lo que te va a pasar te pasa."* (P5; 59)

Como ya se ha visto respecto al concepto de salud, el principal objeto de cuidado para los varones participantes se encuentra vinculado con el cuerpo como herramienta de trabajo:

– Primero sería si estamos laburando en un laburo que es pesado es ver de qué manera hacemos el trabajo. (P4; 53)

– A veces nosotros por el tema del trabajo somos descuidados con nuestra salud. Tenemos que estar bien enfermos para recién ir a hacerse atender porque si no, no, decimos "se quita el dolor". (P2; 32)

– No sé, yo por ejemplo tengo compañeros de trabajo que todos los días viven pendientes del médico, que la rehabilitación; entonces uno ve que ese no va a durar en el trabajo […]. (P3; 54)

Las condiciones vinculadas al trabajo provocan que la dolencia deba interferir con la actividad para que decidan asistir al/la médico/a por temor a la pérdida de productividad o empleo.

Resulta interesante observar cómo uno de los participantes presenta una percepción escindida del cuidado de su cuerpo como si fueran dos cuerpos diferentes y con distinta jerarquía. Por un lado, un cuerpo objeto como herramienta de trabajo y en segunda instancia un cuerpo como persona*: "Primero, cuidado físico que uno tiene en el trabajo, y, después cuidado de nuestra persona, de nuestro cuerpo."* (P4; 53)

Respecto a este último aspecto, en diferentes momentos del recorrido mencionan el trabajo como hecho temprano en la cultura peruana y la edad como indicador de una modificación en la resistencia corporal:

– De jóvenes el dolor para nosotros es lo de menos, la enfermedad es lo de menos, pero la enfermedad nos ataca a nosotros cuando llegamos a los 30, 35, 40. (P2; 32)

– Lo que pasa es que nosotros sobre todo gente de afuera, en éste caso que somos peruanos, de chico nos gustó trabajar. No es que mis padres me largaron a la calle, sino que nosotros mismos buscamos un trabajo. Yo estaba por terminar la secundaria, terminé, soy técnico

electricista, cuando había un mes de paro con unos amigos me dijeron "¿Qué vas a hacer, querés trabajar conmigo?". "Bueno vamos"; y esa fue mi primera experiencia de trabajo, teníamos que cargar esos bloques de cemento de 60 kg más o menos. Yo en ese entonces los cargaba… (P3; 54)

Adhiriendo a la definición de los *determinantes sociales de la salud* de la OMS[9,10] es importante considerar que, entre una multiplicidad de factores interrelacionados, la posición socioeconómica y el estatus ocupacional resultan los determinantes sociales con mayor influencia en la salud en estos participantes a nivel individuo.

Profundizando la reflexión del concepto de cuidado y autoatención se indagó respecto a *las situaciones que los preocupan y en las que consultan al médico*:

– Él decía que hay cosas por las que no le importa la vergüenza ni el temor: la vista y la dificultad para orinar ¿Hay cosas más importantes que otras? Lo de la columna me queda claro que cuando duele se la bancan. (M1)

– Mientras no empeore, porque cuando empieza a empeorar, ahí, sí o sí tienes que ir. (P4;43)

– La vista es muy importante. Yo he ido 3 veces a Lagleyze. Porque yo trabajo con la cerámica y cortando, no he tenido tiempo de ponerme los lentes y me salpicó la vista. (P2; 32)

– Yo soy mecánico, y me empezó a doler acá atrás (señala la región lumbar), como tengo que tirarme debajo de los autos. Al otro día comenzaron los síntomas más fuertes, y me quedaba quieto, y ahí me dijeron que era ciática. Al tercer día ya no podía salir, me quedé en cama 5 días porque no me podía levantar para ir al hospital, nada, hasta que un día dije sea como sea […] (P4; 53)

– De acuerdo el ambiente donde uno labure, donde uno anda, la vista nos preocupa a todos. (P4; 53)

– Con respecto a la vista, ahí sí, si me pasa algo me voy al hospital. Además, ahí ya no tengo miedo porque sé que no me van a pinchar. (P1; 25)

En los relatos se evidencia que las situaciones que los preocupan y por las que acuden al Sistema de Salud se encuentran vinculadas en su mayoría con dolencias o padecimientos que obstaculizan su actividad laboral. También aparece la mirada del otro, que identifica como débil o *flojo* a aquél que toma la decisión de acudir al/la médico/a:

– El varón a veces tiene reserva en decir lo que tiene. Porque te van a decir que estás enfermo, pero yo me siento bien. A veces no reconocemos esto y cuando vemos que no podemos más, ahí vamos […] (P1; 25)

– Es que para nosotros los varones la mayoría, no vamos al hospital si no tenemos un dolor que ya no podemos resistir. Si te duele un poquito, me tomo algo y ves qué pasa. Si no te pasa recién ahí acudimos al médico. (P4; 53)

Uno de los participantes menciona que prefiere decirles a sus compañeros de trabajo que va a realizarse un chequeo a mostrarse enfermo, débil o flojo o vago, lo que lleva a postergar las consultas y el afrontamiento del malestar:

– No es tanto sentir vergüenza, por ahí que los compañeros digan al ir al hospital, "si vos estás sano!" … te pone un poco incómodo, …sino le decís "me fui a hacer un chequeo". (P4; 53)

– Eso es flojera me dicen, es porque quieres descansar (P2, 32)

– …Que no querés trabajar (P4, 53)

– ¿Qué sentís en ese momento que te dicen "sos un flojo"? (M1)

– Pienso: "¿Qué quieres? ¿Qué me tire al piso o me revuelque de dolor para que me creas que me siento mal?" (P2, 32)

Respecto al tema de la sexualidad, se vio la dificultad tanto del moderador como de los participantes para poder nominar al respecto:

– Si les llegara a pasar algo con respecto "a las partes", por decirlo de alguna manera ¿Consultarían rápido? (M2)

– Yo, sí. (P2; 32)

– Sí. (P5; 59)

– Yo cuando tenía 19 años estaba 3, 4 días que orinaba y me ardía el caño del pene ¿No? Yo de provincia venía a trabajar a capital y por vergüenza le decía a mi hermano, le digo, "Me duele esto" Como hombre hay que estar bien en eso (risas cómplices entre los participantes). (P2; 32)

Esta última cita se manifiesta cómo la afirmación identitaria de hombría o virilidad masculina se pondría en juego ante la posibilidad de mencionar alguna dificultad o problemática de salud vinculadas con su sexualidad.

Respecto a la pregunta de *quién los cuida* a ustedes principalmente mencionaron que se cuidan solos o los cuida "su mujer". Todos coinciden en que, en las situaciones de trabajo, -ya sea en un trabajo independiente como bajo relación de dependencia- el cuidado de los compañeros resulta una responsabilidad suya tanto como por ubicarse en un rol protector, como para evitar conflictos grupales.

– Yo trabajo por mi cuenta, pero tengo a 6 personas y las tengo que cuidar, porque si a ellos le pasa algo el responsable soy yo y tengo que ver que todo esté bien porque si no el culpable soy yo. (P1; 25).

– Yo trabajo en una empresa y, sí, nos cuidamos, tanto yo como mis compañeros. (P3; 54).

– En el sentido de laburo, si un compañero sintió un dolor incomodo hay que decirle: ve al médico, algo te pasó. (P4; 53)

El concepto de cuidado ligado al de responsabilidad aparece también en el hogar:

– Y en la casa ¿Cómo es el cuidado? (M2)

– Ahí corre todo por el hombre, la responsabilidad es del papá (P5; 59)

Frente a estas respuestas, la moderación realiza una nueva pregunta, que genera que incorporen a la mujer como cuidadora en el acto de crianza y en el desarrollo de la actividad doméstica:

– ¿Alguno más cree que el que cuida en la familia es el hombre? (M1)

– No tanto, sino la mujer también cuida, pero el hombre tiene más responsabilidad. (P4; 53)

– Las mujeres también. Yo digo, "el hombre de la casa" …. (P5; 59), mientras se ríe.

– Es 50 y 50. Yo la verdad no estoy muy pendiente de mi hija, por ejemplo, de su salud. Ella tiene obra social, entonces la que se encarga es mi señora, tiene que llevarla al control o ella también va. Entonces soy un poquito descuidado en eso, como ella tiene la obra social de parte mía entonces está a cargo de eso. Yo la acompaño, sí, los días que está muy complicado, la llevo acá al sanatorio de Colegiales, ahí donde se atienden. (P3; 54)

– Opino que la que cuida más en la casa es la mujer. El hombre no… se dedica más a mantener la familia nada más, no está en casa todo el tiempo. La mujer es la que se banca todo en la casa, cuidando a los chicos, se queda todo el día con los chicos ahí. Cuando los hijos ya están grandes ahí sí es parejo. (P2; 32)

En relación a este tema, si la mujer es la que cuida o es el hombre, en el trascurso de la conversación hubo un cambio, una transformación en la postura y gestualidad de los participantes, a medida que incorporaban al rol femenino en el cuidado. Hasta ese momento el universo parecía exclusivamente masculino. Incluso la postura corporal fue más relajada sobre los respaldos de las sillas y la palabra más lenta.

Se considera que la incorporación de la pregunta de la moderación: "*¿Alguno más cree que el que cuida en la familia es el hombre?",* permitió incorporar a la mujer como la persona

que lleva adelante el acto de cuidar, pero sin embargo persiste la percepción en ellos que la responsabilidad última es del hombre:

– *¿Esa cosa de la responsabilidad no cambió a pesar de que trabajen los 2?* (M2)

– *No, sigue siendo lo mismo.* (P2; 32)

– *Es lo mismo.* (P3; 54)

En este sentido, pueden inferirse en la percepción de los hombres del grupo, jerarquías donde el hombre supervisa y es responsable de que se lleve adelante *adecuadamente el cuidado*, las tareas de crianza y domésticas que llevan adelante las mujeres. En otro momento destacan que la mujer es la que los impulsa a realizar las consultas médicas. Impresiona que ubican a la mujer en un rol materno y ellos en rol de hijos aun en una relación de poder:

– *A mí no me gusta ir al control y en la empresa te mandan una vez al año, para un control psicológico, de todo ¿no? Pero a mí no me gusta. Mi señora me obliga, me dice: "Tenés que ir al hospital, a hacerte ver […]"* (P.3; 54)

– *Eso es lo bueno, porque la mujer te impulsa, como ahora que la encontramos en el camino y yo no pensaba venir y, "Bueno, voy".* (P4; 53)

La categoría de género viene a dar cuenta de la relación asimétrica de poder entre varones y mujeres donde las actividades en el ámbito doméstico, incluido el cuidado del grupo familiar, queda delegado a la mujer e incluso invisibilizado, como así también su aporte a la economía familiar proveniente del trabajo asalariado de ellas.

Los enunciados a continuación dan cuenta de los roles estereotipados y las características asignadas socialmente, las cuales aparecen naturalizadas: la mujer paciente, cuidadora e insistente:

– *No tienen paciencia ¿Eh? Es como que las mujeres tienen paciencia para dar vuelta, se sientan a esperar […]* (M2)

– *Se preocupan más y si tienen algo como que tiene que tener solución".* (P4;53)

– *¿Por qué piensan que la mujer tiene que estar encima y no sale de ustedes ir?* (M1)

– *Porque nosotros nos aguantamos el dolor, entonces aguanto si pasó, pasó. Y si continua, voy al hospital.* (P4, 53)

Respecto de los y las profesionales, hubo consenso grupal acerca de que no presentan preferencia en que atención profesional sea brindada por un género particular.

– *Con tal que me sanen. (P2, 32)*

En relación al concepto de *salud integral*, se aborda durante la técnica *"las preocupaciones del alma"* o ajenas al cuerpo orgánico. Las preocupaciones referidas incluyeron las dificultades económicas para garantizar las necesidades de subsistencia de su núcleo familiar conviviente como así también de sus familias de origen. Reaparece aquí el rol de hombre como proveedor como el principal motivo de malestar anímico sino puede ser cumplido:

– Podemos ir de un lado al otro, el tema es poder coordinar un trabajo para poder tener algo en la mesa, porque esa preocupación de que no hay…. Si estamos solos nos la bancamos, pero si tenemos familia, eso se agrava un poco más. (P4; 53)

– Tengo a mi mamá que está en Perú, me llaman mis hermanos y me dicen "mamá está mal, tiene el colesterol alto". Entonces, tengo que mandar un dinero de acá para allá todos los meses, para ella. Entonces, para mí, yo todos los días tengo que ir a trabajar para mantener mi familia acá y para mandar dinero a mi familia […] es una preocupación eso para mí […] A veces cuando llueve, no me importa, igual agarro trabajo, tengo que tener plata para poder mandar para allá. (P2; 32)

Cuando se indaga si hablan o comparten con alguien lo que les pasa, mencionan a los/as referentes familiares y sociales (amigos, vecinos)

– Entre familias, o entre vecinos que uno se conoce, tenés confianza. (P4, 53)

– Con los amigos. (P2; 32)

Explorando este aspecto, uno de los participantes menciona que la preocupación se manifiesta principalmente como enojo e ira ante la impotencia que les provoca no poder resolver los problemas que exceden su control. Según Bonino[18] éstas son las únicas emociones legitimadas por el MMTH expresando indirectamente el miedo y la ansiedad:

– Porque si esa preocupación que se transforma en enojo y a veces es ira, te sientes impotente de hacer ciertas cosas. No tanto por vos, sino por los hijos que tienes. Entonces, lo tienes que compartir porque el decirlo va bajando y te dicen: "No. Tené un poco más de paciencia". (P4; 53)

Finalmente, uno de los ejes propuestos para analizar fue el de *accesibilidad al Sistema de Salud*, adhiriendo al concepto que entiende la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios[6].

– […] Ese día justo me sentía mal y tenía el turno para el día siguiente. Llegué al Hospital Tornú me dijo vete a una casa amarilla que ahí están todos los chicos esperando. Pero, no llegué. No

pude localizar. Estuve en la guardia, me dijeron: "Andate al pabellón de allá". Me enojé y dije "¡Ah!¡No lo encuentro!", y, de tanto esperar, me vine sin atenderme. (P2, 32)

– Tiene muchos pabellones. (P5, 59)

De estas citas se desprenden dificultades en la accesibilidad vinculada a la inadecuada información en la señalización y la estructura pabellonada. Además, comentan dificultades que se pueden considerar como de a*ccesibilidad administrativa* asociada a la burocracia interna de las unidades de atención hospitalaria[7]. Principalmente, mencionan la dificultad para conseguir un turno y en relación con el tiempo que transcurre entre la obtención del mismo y la consulta efectiva.

Por otra parte, la oferta de servicios no se adecúa a la realidad laboral y económica de los sujetos. En torno a este aspecto, las personas que realizan actividades fuera del mercado formal de trabajo se ven perjudicadas por la organización del Sistema de Salud. Esto se debe a la cascada burocrática y a que la mayor parte de los servicios son brindados en horario matutino quedando expuestos a despidos por ausentismo:

– Tres meses estuve también para hacerme una operación de la hernia. Primero fui a sacar turno temprano, a las 5, a las 4.30 me fui, hice todo. "Tenés que venir mañana", "Pasado mañana". Tres meses estuve así, pero me hicieron análisis de sangre, orina, todo, todo. Bueno, un día antes de la operación "Tenés que ir a quedarte ahí en el hospital". Sí, me fui, me interné, me hicieron todo, pero después de eso me dicen "Tenés que venir a los 6 meses a hacerte un control" y nunca más […] porque me siento bien. (P5; 59)

– A pesar de que estamos cerca nosotros, 4.30, 5 de la mañana tenés que estar, si no encuentras una fila gigante. (P4; 53)

– El tema es que la mayoría va temprano porque en la tarde estás laburando y no se da el tiempo. (P4, 53)

– El punto es que uno también puede sacar ese turno por teléfono, pero por decir, yo saco turno porque me está doliendo fuerte. Pero, en ese momento no te van a dar turnos porque ya están todos ocupados, tenés que esperar 4 días […] (P4; 53)

*– Vos vas a sacar un turnito, y se está formando la fila. Estás haciendo la fila vos para clínica y hay una señora que te dice: "Clínica (Médica) ya no hay más" y tienes que irte otro día de vuelta. (*P2; 32)

Como se señala en el relato a continuación, los participantes evidencian desigualdad entre el subsistema público y el de las obras sociales en torno a la disponibilidad y acceso a turnos:

– Yo veo la atención de ellos (obra social) mejor que la de nosotros (subsistema público). Porque él, de su casa no más llama para que le den un turno para la enfermedad que el sienta. En cambio, nosotros, tenemos que ir al hospital a sacar un turno y no te van a atender ese día que te sentís mal, tienes que esperar. (P2, 32)

En relación a esto destacan que la guardia termina siendo el dispositivo que más se ajusta a sus necesidades dentro del subsistema público por dos de sus características: la atención por demanda espontánea y durante las 24 horas:

– Si vos realmente estás enfermo, estás jodido y estás mal, te atienden en el momento, por guardia. La guardia te va a decir "Venite mañana a tal hora". (P5; 59)

Sin embargo, el dispositivo de la guardia resulta insuficiente para dar soluciones integrales ya que en su función no contempla los recursos necesarios para seguimiento y profundización de las problemáticas. Las mismas se continúan en seguimiento ambulatorio.

Respecto a la *Accesibilidad Simbólica* se evidencia cómo "*los Servicios de Salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos y sobre la calidad de atención"*[7].

– Una vez fui a verme de la vista porque me empezó a arder la vista, yo uso anteojos. Entonces, me voy al oftalmólogo, ahí, por la obra social ¡¿Para qué?! Me tocó un doctor que me dijo: "A ver, vení para acá, ¡Uh!¡Pero, usted no ve nada! ¡No sé cómo podés andar en la calle!". Me dice: "Usted no diferencia los colores. Ve una silueta blanco y negro". Me empezó a decir "¿Por qué tus padres no se preocuparon por tu salud? Yo quiero conocer a tus padres, que vengan acá". ¿Dónde me metí? Me llamó la atención. Me dice: "Yo no sé cómo cruzas el semáforo, ¿ves los colores?". "Sí', le digo. Salí más psicoseado, al decirte así, en vez de que te alivie del problema salís más enfermo de lo que entraste. (P3; 54)

Este relato evidencia la relación asimétrica de poder presente entre médico y paciente. Es el primero el que define lo que le pasa al segundo. Le impone su sentir, ubicándolo en un lugar de objeto. En este sentido, se resalta lo mencionado anteriormente respecto a la accesibilidad simbólica en tanto las acciones de los servicios de salud producen efectos

subjetivantes en la población: *"salí más psicoseado".* El vínculo con el Sistema de Salud resulta, en muchos casos, expulsivo.

– Yo instalo aires acondicionados y (en) la altura hay momentos que se me nubla (la vista), se me pone negro. Dije "me voy a hacer un chequeo" porque me insistía mi señora. "Bueno, voy", le digo. Me hice un chequeo todo, y no me encontraron nada. Le digo (al médico): "Pero si se me nubla la vista, será 5 segundos algo así, y como que se me sube la presión". Me hicieron de todo. "No, no tienes nada". Me fui al Tornú, me fui a otro hospital, a otro hospital y no se me solucionó, me sigue pasando lo mismo. Pero, ya está […] (P4; 53)

Este fragmento da cuenta de la deslegitimación del Otro. Desde la mirada de los Servicios de Salud lo que no puede ser explicado u objetivado no existe o es subestimado.

A partir del concepto de accesibilidad y luego del recorrido de los relatos de los participantes surge otro concepto: *el maltrato institucional*. Se puede definir como:

"*[…] cualquier legislación, programa, procedimiento o actuación por acción u omisión procedente de los poderes públicos, o bien derivada de la actuación individual profesional o funcionario que comporte abuso, negligencia, perjuicio a la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico la correcta maduración o que vulnere el derecho de las personas*".[39]

En consecuencia, se considera a las instituciones de salud también como posibles maltratadores si mediante su acción u omisión provocan daño en los sujetos.

Discusión

Todas las categorías analizadas (*concepto de salud, cuidado, autocuidado, autoatención; acceso al Sistema de Salud*) se encontraron atravesadas por el MMTH, tanto en las representaciones de los varones como en la lógica del Sistema de Salud. Los participantes reprodujeron los roles asignados socialmente de proveedores, protectores, autosuficientes, con control de sí y de los demás.

En relación al concepto de salud, surgió una concepción reducida limitada a la dolencia corporal, excluyendo los aspectos integrales. Se centra en la consideración del cuerpo como una herramienta de trabajo, y, hacia éste es donde se dirigen las preocupaciones y el cuidado. El contacto con el Sistema de Salud se lleva a cabo cuando la dolencia corporal interfiere la actividad laboral. El varón que se cuida o demuestra alguna dolencia, no responde al estereotipo de lo que se espera del hombre, que debe aguantar y resistir para sostener su

belicosidad heroica. Resulta interesante ver como el rol de trabajador domina la identidad de los participantes, pudiendo el análisis estar sesgado en este punto ya que realizan actividades laborales similares.

Las distintas formas de atención se articulan sin ser antagónicas, es decir, la autoatención se basa en sus experiencias culturales, familiares y personales. Se suma la atención biomédica cuando perciben que la gravedad o evolución del padecimiento lo amerita. En esas instancias, la accesibilidad al Sistema de Salud se ve obstaculizada principalmente por barreras administrativas, físicas, así como también la imposibilidad de los trabajadores de la salud de alojar subjetivamente a las personas.

Los Sistemas de Urgencias Hospitalarios continúan siendo los que más se adecuan a este tipo de población debido a su disponibilidad. Tienden, en el mejor de los casos, a abordar el problema que los aqueja resultando ser una respuesta temporal y parcial. Es crucial cuestionar las modalidades de atención con un enfoque prioritariamente biologicista que tratan a la enfermedad dejando a un lado la dimensión subjetiva y social de las personas. Se perpetúa un reduccionismo negativo en el concepto de salud y por lo tanto en su abordaje.

En los relatos de los participantes aparecen signos de maltrato institucional: escasez de recursos para responder a sus necesidades, cascadas burocráticas, el profesional en el lugar de experto decidiendo sin tener en cuenta las características singulares de los sujetos. El equipo de investigacióne sostiene que el reconocimiento del Otro como sujeto es una estrategia de prevención del maltrato institucional.

A lo largo del proceso, se evidencia la forma particular que tienen los varones de percibir, procesar, enfrentar y solucionar sus problemas de salud. Incluir sus modos de autoatención permite ampliar la mirada respecto a las variables que atraviesan el proceso S/E/A. Resulta una manera de trabajar la participación como estrategia tendiente a posibilitar el diálogo para incorporar, reconocer y resignificar sus saberes en relación al proceso S/E/A. De esta manera, se podría reducir la tensión existente entre la demanda de los varones y el abordaje biologicista y reducido a lo que el profesional de la salud propone unilateralmente en la atención. Muchas veces estos varones demandan una atención biologisista, en el sentido de resolver el problema orgánico, pero aparece la tensión cuando el saber y el poder están depositados sólo en el/la médico/a, así sean acciones para detección temprana o preventivas. El abordaje de Clínica Ampliada busca instalar una práctica transformadora que incorpore y retome los saberes, conocimientos y percepciones de los sujetos. Es necesario tener presenta

a la accesibilidad como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud. Por lo tanto, se considera imprescindible la inclusión de las prácticas de vida y de salud de la población masculina en cada estrategia tendiente al mejoramiento del acceso.

Importancia para la MGyF y Propuestas

La investigación aportó conocimientos sobre la simbolización del cuidado de la salud de varones que viven en La Carbonilla, además de dejar en evidencia que las estrategias utilizadas hasta el momento no han sido efectivas para adecuarse a sus necesidades. Los dispositivos existentes ofrecen una respuesta parcial a sus dolencias, sin abordar la salud de una manera integral, aun a pesar de estar protocolizadas en ese sentido.

Es imprescindible como equipo interdisciplinario de salud adecuar la modalidad de atención para alojar las demandas de los varones con el propósito de no seguir reproduciendo modelos reduccionistas.

A partir de la presente investigación se proponen las siguientes modificaciones de la práctica sanitaria:

1. Construir un punto de encuentro entre las propuestas del equipo de salud y las representaciones de los varones en relación al cuidado para mejorar el acceso con el fin último de reconstruir un modo vincular que facilite movilizar lo instituido del MMTH.
2. Planificar actividades acordes a los intereses de los varones en horarios más accesibles.
3. Trabajar en la promoción de la salud y en el autocuidado potenciando los recursos de los varones y no sólo realizar pesquisa de enfermedades. Tomando los aportes realizados por el grupo, se podrían incluir actividades para el cuidado de la salud en relación al trabajo.
4. Entablar un diálogo empático en las consultas y entrevistas que permita ir deconstruyendo el MMTH para habilitar aspectos que dentro del MMTH – MFTH corresponden a lo femenino.
5. Dar lugar al diagnóstico presuntivo elaborado por los sujetos y al recorrido realizado en el proceso de autoatención y cuidado. Eso podría abrir una posibilidad de singularizar efectivamente la consulta, a lo que la situación propone, tanto en la demanda de atención como en la posibilidad de construir desde el profesional de la salud una relación novedosa con las personas, más allá de la aplicación de protocolos de controles de salud.
6. Facilitar el acceso mediante mejoras en la señalización de pabellones y servicios dentro del hospital, recurseros con información útil y posibilidad de entrega de turnos telefónicos.

El aprendizaje adquirido en esta investigación habilita una posibilidad de transformación de la práctica de los autores que consideramos extrapolable a la atención de varones en general. Cambiar un modelo de organización, un modelo de trabajo incorporado a lo largo de años implica lo que Elina N. Dabas[40] denomina *"Migración Epistemológica"*. No se produce de un día para otro, genera resistencias y coalición de intereses. Está acompañada por momentos de entusiasmo y de miedo por lo que se deja. Lo diferente a emprender resulta difícil de realizar y por lo tanto se tiende a regresar a las formas conocidas. Se acuerda con Davas que es primordial identificar lo que se necesita aprender, trasladar el aprendizaje a la tarea y sostenerlo en el tiempo. Será un gran desafío para equipos de salud atravesados también por el MMTH.

Referencias Bibliográficas

[1]Michelena L. *El estatus legal de los Nuevos Asentamientos Urbanos: El caso de "La Carbonilla". Ciudad de Buenos Aires, 2012* [Internet]. Trabajo presentado en las VII Jornadas de Sociología de la UNLP. 5 al 7 de diciembre de 2012, La Plata, Buenos Aires, Argentina [Consultado 4 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2093/ev.2093.pdf

[2]Chera S, Barthes P, Ciccaroni V, et al. *Objetivación del proceso de atención de un equipo de Atención Primaria de la Salud en contexto comunitario. Asentamiento La Carbonilla – CABA.* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional de Medicina General. 7 al 10 de octubre de 2015, Santa Fe, Santa Fe, Argentina.

[3]Barbiero JM, Fleito D, Chervin VM et al. *La Carbonilla: descubriendo la comunidad.* Trabajo presentado en el XXVIII Congreso Nacional de Medicina General. Noviembre de 2013, Potrero Funes, San Luís.

[4]Menéndez EL. *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.* Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2003 [Consultado 29 de abril de 2016];8(1):185-207.

[5]Ley n° 153/99 Básica de Salud, Consentimiento Informado, Historias Clínicas, VIH y HIV-SIDA [Internet]. Art. 3. Boletín Oficial de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, n° 703 (25 de febrero de 1999) [Consultado 3 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=3800&qu=c&ft=0&cp=&rl=0&rf=1&im=&ui=0&printi=&pelikan=1&sezion=825352&primera=0&mot_toda=&mot_frase=comunas&mot_alguna=

[6]Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A et al. *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Anuario de Investigaciones [Internet]. 2006 [Consultado el 18 de mayo de 2016];14:201-209. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a19.pdf

[7]Solitario R, Garbus P, Stolkiner, A. *Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios*. Anuario de Investigaciones [Internet]. 2008 [Consultado el 01 de septiembre de 2016];15: 263-269. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a25.pdf

[8]Caballero GE, Moreno GM, Sosa CME, Mitchell FE, Vega HM Columbié PLA. *Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos.* Infodir [Internet]. 2012 [Consultado 11 de mayo de 2016];8(15). Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf

[9]Moiso A. *Determinantes de la salud*. En: Barragan H (dir.). *Fundamentos de la salud pública* [Internet]. La Plata: Edulp; 2007 [Consultado 11 de mayo 2016]. p. 161-189. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo__.pdf?sequence=4

[10]*Situación Actual: necesidad de un movimiento mundial para la equidad sanitaria.* En: Organización Mundial de la Salud (OMS). *Subsanar las Desigualdades en una Generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal S.A.; 2009 [Consultado 3 de mayo de 2016]. p. 25-40. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

[11]Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. OMS; [Consultado 3 de mayo de 2016]. Determinantes Sociales de la Salud; [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

[12]Menéndez E. *La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?* Alteridades [Internet]. 1994 [Consultado 29 de abril de 2016] ;4(7):71-83. Disponible en: http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf

[13]Foucault M. *Hermenéutica del Sujeto.* La Plata: Altamira; 1996.

[14]Centro de Estudios de la Condición Masculina(ESECÉ). *Los hombres y el cuidado de la salud*[Internet]. España: Observatorio de Salud de las Mujeres, Ministerio de Sanidad Política Social, Gobierno de España; 2009 [Consultado 28 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf

[15]Muñoz Franco NE. *Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico.* Psicol. Conoc. Soc. [Internet]. 2012 [Consultado 20 de mayo de 2016];2(2):6-26. Disponible en: http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/141/72

[16]Connell RW. *Gender and Power: sociedad, persona y política sexual*. Oxford: Polity Press; 1987.

[17]Bonino L. *Masculinidad, salud y sistema sanitario*[Internet]. En: Ruiz Jarabo C y Blanco P. *La Violencia contra las Mujeres. Prevención y detección.* Madrid: Díaz de Santos; 2004 [Consultado 22 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.luisbonino.com/pdf/MASCULINIDAD%20y%20sist%20sanitario.pdf

[18]Bonino L. *Salud, Varones y Masculinidad*[Internet]. En: Lozoya JA y BedoyaJM (comp.). *Voces de Hombres por la Igualdad.*España: Chema Espada; [Consultado 22 de mayo de 2016]. Disponible en: https://vocesdehombres.files.wordpress.com/2008/10/salud-varones-masculinidad.pdf

[19]Courtenay W. *Constructions of masculinity and their influence on men's wellbeing: a theory of gender al health.* Soc Sci Med [Internet]. 2000 [Consultado 27 de mayo de 2016];50:1385-1401. Disponible en: http://www.postpartummen.com/pdfs/SS&M.PDF

[20]Keijzer, B. *Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina*. La Manzana [Internet]. 2006 [Consultado 18 de abril de 2016];1(1): [Aprox. 17 pantallas]. Disponible en: http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm

[21]Onocko Campos R. *Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria* [Internet]. En: Spinelli H, (comp.). *Salud Colectiva: cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Salud Colectiva; 2004 [Consultado 2 de junio de 2016]. (Colección Salud Colectiva). Disponible en: https://docs.google.com/file/d/0BzaR5JaaCG-_NGQwNGE2ZjgtNzk5Ni00OGEwLTg2NzMtODIxYmU3YTNiZTQw/view

[22]*Declaración de Alma-Ata* [Internet]. En: Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Atención Primaria de Salud.* Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 6 al 12 de septiembre de 1978 [Consultado 7 de mayo de 2016]; Alma-Ata, URSS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf

[23]Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación [Internet]. República Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; [Consultado 14 de mayo de 2016]. *Dirección Nacional de Maternidad Infancia y Adolescencia (DINAMI)*; [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/dinami/

[24]Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación [Internet]. República Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; [Consultado 14 de mayo de 2016]. *Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino*; [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/cancer-cervico-uterino/

[25]Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación [Internet]. República Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; [Consultado 14 de mayo de 2016]. *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*; [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saludsexual/

[26]Ministerio de Salud Presidencia de la Nación [Internet]. República Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; [Consultado 14 de mayo de 2016]. *Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE)*; [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/229-programa-de-sanidad-escolar

[27]Ministerio de Salud Presidencia de la Nación [Internet]. República Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; [Consultado 14 de mayo de 2016]. *Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC)*; [Aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/414-programa-nacional-de-cardiopatias-congenitas-pncc

[28]Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes [Internet]. Boletín Oficial de la República Argentina, año CXIII, n° 30.767 (26 de octubre de 2005) [Consultado 14 de mayo de 2016]. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm

[29]Ley 26.279 de Pesquisa Neonatal [Internet]. Boletín Oficial de la República Argentina, año CXV, n° 31.232 (5 de septiembre de 2007) [Consultado 14 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/chagas/index.php/institucional/ley-26279

[30]Buenos Aires Ciudad [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; [Consultado 14 de mayo de 2016]. *Salud, Programas y Redes de Salud: Salud Materno Infantil*; [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/salud-materno-infantil

[31]Buenos Aires Ciudad [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; [Consultado 14 de mayo de 2016]. *Salud, Programas y Redes de Salud: Salud en la Escuela*; [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/salud-en-la-escuela

[32]Ley n° 471/00 de Relaciones Laborales en la Administración Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Art. 22 y 26. Boletín Oficial de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, n° 1026 (5 de agosto de 2000).

[33]Ministerio de Salud de la Nación. *Campaña Nacional de Vacunación para la Eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC). Informe final* [Internet]. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación; 5 de febrero de 2008 [Consultado 20 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/informe-final-rubeola.pdf

[34]Calvetti JM. *Análisis de la utilización de los servicios del Centro de Salud y Acción Social Comunitaria Nº 35 focalizado en los varones entre 2005 y 2011* (Tesis) [Internet]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria; 2014 [Consultado 8 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/035447_Calvetti.pdf

[35]Buenos Aires Ciudad [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; [Consultado 14 de mayo de 2016]. Salud: *Jornadas de prevención oncológica en el Hospital Tornú;* [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/noticias/semana-de-la-prostata-en-el-hospital-tornu

[36]*Campaña contra el cáncer de próstata*. Clarín [Internet]. 22 de septiembre de 2015 [Consultado 14 de mayo de 2016]; Secc. Buena Vida, Salud: [Aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://www.clarin.com/buena-vida/salud/Cancer-prostata-campana-deteccion-precoz_0_1214878843.html

[37]Escobar J, Bonilla-Jimenez FI. *Grupos Focales: una guía conceptual y metodológica.* Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología [Internet]. 2009 [Citado 18 de agosto de 2016];9(1):51-67. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/publicaciones/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen9_numero1

[38]Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. *Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud en familias pobres de la ciudad de Salta*. Salud Colect [Internet]. 2007 [citado 2 de septiembre de 2016]; 3(3): 271-283. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/scol/v3n3/v3n3a05.pdf

[39]Martinez Roig A, SanchezMarin JJ. *Malos tratos institucionales*. Trabajo presentado en el I Congreso Estatal de Infancia Maltratada [Internet]. 13 al 15 de noviembre de 1989 [Consultado 1 de septiembre de 2016]. Barcelona, España. Disponible en: http://www.congresofapmi.es/anteriores.asp?sec=2&pp=2

[40]Dabas EN. *Red de Redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1993.

Anexo I

Preguntas estímulo para el grupo focal:

Objetivos	Dimensiones/ejes/temas (Definiciones conceptuales)	Preguntas potenciales
Indagar que concepto de "cuidados" y "salud" tienen los varones que viven en La Carbonilla.	**SALUD** ¿Qué entienden por salud? ¿Lo físico? ¿Psicosocial? ¿Vivienda? ¿Trabajo? ¿Agua potable (Servicios)?	**¿Qué es para ustedes la salud?** ¿Cuándo se está sano? ¿Tiene que ver con lo que pasa en el cuerpo, en la mente?; ¿Qué les pasa a ustedes en particular, su núcleo familiar, en el barrio donde viven?
	CUIDADO ¿Qué es cuidado? ¿Quién cuida? ¿A quién/es? Noción de autocuidado	**¿En qué piensan ustedes si yo les digo "cuidados en la salud"?** ¿Qué es cuidar/se? ¿Se cuidan ustedes y de qué? ¿Los cuidan? ¿Quiénes los cuidan? ¿Ustedes cuidan a otros? ¿Cómo?
Conocer las preocupaciones sobre salud y cuidado de los varones que viven en La Carbonilla.	**PREOCUPACIONES** ¿Dónde entra la salud dentro de la jerarquía de preocupaciones? Síntomas que alertan ¿Identifican los dolores/síntomas/molestias como un problema de salud?	**¿Qué les preocupa de la salud?** **¿Qué hacen con esas preocupaciones?, ¿Cómo se manejan?** ¿Cuándo, algo que sucede con frecuencia se transforma en preocupación? ¿Hay cosas que en ustedes no les genera preocupación, pero en **otras personas** sí? ¿Por qué piensan qué es así?
Conocer, las conductas que toman ante las preocupaciones de salud, y lo que realizan antes de contactar al equipo de salud en esas situaciones.	**CONDUCTAS** Los problemas de salud, ¿Cómo los piensan y vivencian? ¿Se van solos? ¿"Aguantan" los malestares? Si perciben un problema de salud, que amerite atención ¿pueden acceder al hospital centro de salud, etc.? (trabajo/barrio /clase social)	**¿Entre el momento en que se sienten mal, hasta el momento en que buscan ayuda que hacen? ¿Por qué?** **Si quieren ir al médico por algo que les preocupa en el momento ¿Pueden ir?**

Conocer cómo creen los varones de La Carbonilla que otros hombres perciben el proceso salud enfermedad cuidado	**MASCULINIDAD y PROCESO S/E/C /REPRESENTACIONES** ¿Qué aspectos de la masculinidad hacen que se "aguanten" el dolor? **Representaciones sociales de la masculinidad** La mirada de los otros en relación masculinidad /proceso salud /enfermedad /cuidado	**¿Qué creen que piensa la gente si un hombre consulta al médico?** **¿Qué hace que un hombre se banque el dolor?** **¿Qué les dicen otros hombres si les cuentan que tienen un problema de salud o si se está cuidando?**
Conocer ante qué situaciones toman contacto con el sistema de salud los varones que viven en La Carbonilla.	**CONDUCTA / COSULTA CON EL SISTEMA DE SALUD** Conocimiento de las situaciones en las que acuden al sistema de salud, si no lo hacen o no lo logran conocer los motivos	**¿En qué ocasiones toman contacto con el centro de salud, hospital, atención médica?** ¿Qué cosas influyen al momento de ir/ Por qué van? ¿Cuándo no van, por qué? ¿Van por ustedes o por alguien más, por un familiar, amigo, compañero? Cuando van, ¿lo deciden ustedes o alguna persona se los indica?
Averiguar qué conocimiento tienen de la oferta de servicios del sistema de salud	**OFERTA** Conocimiento acerca de la oferta de servicios de salud	**¿Conocen dónde y cuándo pueden consultar sobre los distintos problemas que se les presentan?** ¿Cuáles son?
Detectar si existen dificultades en el acceso al sistema de salud.	**ACCESIBILIDAD** Reconocer, detectar dificultades en acceso al sistema de salud en las oportunidades que desearon contactarse y no lo lograron Conocimiento acerca de cómo acceder al sistema de salud	**¿Siempre que han necesitado del sistema de salud pudieron acceder a él?** ¿En qué ocasiones encontraron dificultades para que los atiendan o reciban en un hospital o centro de salud? **¿Les pasó alguna vez de tener un turno para ver a un médico y en el momento no poder ir o decidir no ir?** ¿Qué creen que influye para que pase eso/por qué?
Tomar <u>mayor</u> contacto con los varones del asentamiento La Carbonilla.	**EQUIPO MGyF** Detectar que acciones pueden llevar a que los varones consulten. Acciones para generar demanda.	**¿Conocen el equipo que se acercan a La Carbonilla?** Dar información días y horarios. Folleto de información de servicios.

Anexo II

Consentimiento Informado:

Htal. Gral. Agudos E. Tornú

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERSPECTIVAS, ACTITUDES Y CONDUCTAS RESPECTO AL CUIDADO DE SU SALUD EN VARONES DE UN ASENTAMIENTO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Descripción

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre las perspectivas, actitudes y conductas de varones que viven en La Carbonilla respecto al cuidado de su salud.

Esta investigación es realizada por el Equipo de atención primaria comunitaria dependiente del área programática del Htal. E. Tornú. El propósito de esta investigación es conocer perspectivas, actitudes y conductas de hombres que viven en La Carbonilla respecto al cuidado de su salud para implementar acciones destinadas a mejorar las estrategias del equipo de salud dirigidas a la población masculina de La Carbonilla y disminuir los obstáculos en el acceso al sistema de salud a los varones.

Usted fue convocado para participar en esta investigación debido a que es un varón que vive en La Carbonilla, fue contactado por el equipo de salud durante sus recorridas barriales e invitado a participar. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 8 personas como voluntarias. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que participe en un grupo focal, reunión con modalidad de entrevista abierta y estructurada donde se procura que los individuos seleccionados por el investigador elaboren y discutan desde su experiencia personal la temática objeto de investigación, se encontraran presentes dos moderadores que coordinaran la charla y un registrador, para facilitar el análisis, durante el grupo focal se realizará grabación de audio. Dicho grupo focal se llevará a cabo el día 14/08/16 en el S.U.M. ubicado en el sector 2 de La Carbonilla.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

Riesgos y beneficios

Los posibles riesgos son incomodidad al conversar sobre el tema propuesto frente al grupo, para minimizar esto consideramos que el grupo sea de menos de 10 integrantes se garantiza respeto a las opiniones y confidencialidad de todo lo que surja durante el grupo focal.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio, no obstante, su participación permitirá generar información para mejorar las estrategias del equipo de salud dirigidas a la población masculina de La Carbonilla

Voluntariedad

Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad

Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá y tampoco será asociado con ninguna opinión en particular.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello cuando se publique la investigación se le indicara el enlace (LINK) de acceso a la misma.

Datos de contacto

Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la/el Investigador/a Responsable de este estudio: Nombre Investigador/a Responsable: _____ Teléfonos: _____ Correo Electrónico: _____

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento y que ha recibido copia de este documento.

Nombre y Apellido	Firma	Fecha

He discutido el contenido del consentimiento informado con el de arriba firmante

Nombre y Apellido del investigador	Firma	Fecha

Anexo III

Características de los participantes del Grupo Focal:

Participante	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
Edad	25	32	54	53	59
Nacionalidad	Peruana	Peruana	Peruana	Peruana	Argentina, Misionero
Ocupación	Albañil	Albañil	Electricista	Mecánico Automotor	Cartonero
Nivel de Escolarización	Terciario Completo	Secundario Completo	Terciario en curso	Secundario Completo	Primario Completo
Pareja Estable	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Hijos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí