

ASUNTOS DE GÉNERO

¿Quién cuida en la ciudad?

Tiempos de espera en los servicios de salud pediátrica públicos y privados en Montevideo

Cecilia Rossel



NACIONES UNIDAS



cooperación española

ASUNTOS DE GÉNERO

¿Quién cuida en la ciudad?

Tiempos de espera en los servicios de salud
pediátrica públicos y privados en Montevideo

Cecilia Rossel



NACIONES UNIDAS



cooperación
española

Este documento fue preparado por Cecilia Rossel, Consultora de la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en colaboración con Diego Hernández, en el marco del proyecto de la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo “Desarrollo urbano, autonomía económica de las mujeres y políticas de cuidados” (1415AK) y bajo la supervisión de Olga Segovia y María Verónica Aranda, de la misma División.

Los autores agradecen los comentarios de María Nieves Rico, Directora de la División de Asuntos de Género de la CEPAL, así como la labor de asistencia a la investigación realizada por Santiago Acuña y Victoria Vega. La publicación de este estudio se realiza en el marco del Programa de Cooperación entre la CEPAL y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) (2016-2017).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Los límites y los nombres que figuran en los mapas de esta publicación no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4170

LC/TS.2018/12

Distribución: Limitada

Copyright © Naciones Unidas, enero de 2018. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

S.18-00035

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Publicaciones y Servicios Web, publicaciones@cepal.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Resumen | 5 |
| Introducción | 7 |
| I. Marco conceptual | 9 |
| A. Tiempo y género: abordajes y debates | 9 |
| 1. Uso del tiempo y tipo de trabajo | 10 |
| 2. Geografía del tiempo y género | 11 |
| 3. Tiempo, espacio y desigualdad de género..... | 13 |
| B. El tiempo de espera como constreñimiento espacio-temporal: tiempo, percepciones y estrategias | 14 |
| II. Tiempo y desigualdad de género en América Latina: antecedentes y desafíos pendientes | 17 |
| A. Desigualdad en la distribución del trabajo no remunerado | 17 |
| B. Desigualdad en la accesibilidad y los constreñimientos espacio-temporales..... | 18 |
| III. Aspectos metodológicos | 21 |
| IV. Principales hallazgos | 23 |
| A. La oferta de servicios pediátricos en Montevideo en clave espacio-temporal | 24 |
| B. El rol de las mujeres en la vinculación con los servicios | 30 |
| C. Tiempos de espera, percepciones y estrategias de las familias | 33 |
| 1. Percepción y valoración del tiempo | 35 |
| 2. Incertidumbre y estrategias | 39 |
| V. Consideraciones finales e implicancias de política | 45 |
| Bibliografía | 49 |
| Anexo | 53 |
| Serie Asuntos de Género: números publicados | 58 |

Cuadros

| | | |
|------------|--------------------------------------------------|----|
| Cuadro 1 | Enfoques que problematizan tiempo y género | 9 |
| Cuadro A.1 | Pauta de entrevistas en profundidad | 54 |

Gráficos

| | | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1 | América Latina (7 países): tiempo promedio destinado al trabajo remunerado y no remunerado, por la población ocupada de 15 años y más, último período disponible | 18 |
| Gráfico 2 | Montevideo: cantidad total de horas/pediatra provistas por el sistema de salud por día (lunes a sábado), 2016-2017 | 25 |
| Gráfico 3 | Montevideo: cantidad total de horas pediatra provistos por el sistema por hora (lunes a viernes), 2016-2017 | 25 |
| Gráfico 4 | Montevideo: distribución de provisión en tramos horarios por día, 2016-2017 | 26 |
| Gráfico 5 | Montevideo: distribución de provisión en tramos horarios por día, 2016-2017 | 26 |
| Gráfico 6 | Montevideo: distribución de oferta por hora y día según subsistema: públicos v/s mutualistas y privados, 2016-2017 | 27 |
| Gráfico 7 | Montevideo: distribución de oferta por tramo horario y día según subsistema: públicos v/s mutualistas y privados, 2016-2017 | 28 |
| Gráfico 8 | Montevideo: encargado de llevar al niño o niña al control regular usualmente | 31 |
| Gráfico 9 | Montevideo: tiempo declarado que espera generalmente en el local antes de ser atendido | 33 |
| Gráfico 10 | Montevideo: tiempo máximo de espera declarado por el adulto en el local antes de haber sido atendido | 34 |
| Gráfico 11 | Montevideo: tiempo mínimo de espera declarado por el adulto en el local antes de haber sido atendido | 34 |
| Gráfico 12 | Montevideo: tiempos mínimo, usual y máximo de espera en el local antes de ser atendido | 35 |

Mapas

| | | |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Mapa 1 | Montevideo: locales por cantidad de horas ofrecidas según subsistema (lunes a viernes de 6 hrs. a 12 hrs.) | 29 |
| Mapa 2 | Montevideo: locales por cantidad de horas ofrecidas según subsistema (lunes a viernes 13 hrs. a 17 hrs.) | 29 |
| Mapa 3 | Montevideo: locales por cantidad de horas ofrecidas según subsistema (lunes a viernes 18 hrs. a 21 hrs.) | 30 |

Resumen

Este documento busca contribuir a la discusión sobre tiempo y género en la región desde la perspectiva de la geografía del tiempo. Esta mirada, complementaria a la acumulación sobre usos del tiempo y tipos de trabajo, pone el foco en los constreñimientos espacio-temporales que las familias, en particular las mujeres, enfrentan para realizar las actividades cotidianas que desean o deben realizar, como por ejemplo el cuidado de niños y niñas. Se entiende que el tiempo no puede ser analizado en forma separada del espacio, en tanto las actividades que las familias realizan tienen lugar en un territorio concreto, por lo que el lugar y la secuencia con que se realizan las actividades son muy relevantes. Con este enfoque, la trayectoria de las personas en un día cualquiera dibuja un *path* cotidiano que es a la vez temporal y espacial.

Además, el documento estudia los tiempos de espera de las familias, mujeres y hombres adultos, que llevan a sus hijos menores de 3 años al control pediátrico del niño sano en Montevideo como forma de profundizar en un tipo concreto de limitación espacio-temporal. A partir de la realización de entrevistas en profundidad a las madres y los padres acompañantes de niñas y niños pequeños a los controles de niño sano, y utilizando fuentes secundarias, se dimensionaron los tiempos de espera en servicios de salud pediátricos y se exploraron las percepciones de las familias —y en particular de las mujeres— sobre este fenómeno, en especial, cómo es internalizado, tolerado y tenido en cuenta a la hora de tomar decisiones cotidianas de organización de actividades.

El análisis pone de relieve los sesgos de días y horarios que tiene la oferta de servicios pediátricos en Montevideo, así como su estratificación entre los subsistemas público y privado. También se evidencia el predominio femenino en la tarea de llevar a niños y niñas a la consulta pediátrica, así como la relativa naturalización de esta situación, en especial en mujeres de sectores más vulnerables. De las entrevistas en profundidad y de las fuentes relevadas surge inequívocamente el sesgo de género en materia de cuidado, puesto que la referencia ineludible es hacia las mujeres, cuya identificación con el cuidado de niños y niñas es muy relevante. Finalmente, los hallazgos dan cuenta de los tiempos de espera y de los niveles de incertidumbre temporal asociados a las visitas pediátricas en Montevideo. El documento pone de manifiesto la importancia de analizar estos tiempos de espera integrados al conjunto de obstáculos espacio-temporales que enfrentan las mujeres, así como los hombres, cuando desarrollan un trabajo de cuidado en este caso: llevar y acompañar a menores de edad al control pediátrico. El estudio muestra con claridad que este uso del tiempo cuando se combina con otros factores

intervinientes, como el acceso restringido a medios de transporte o largas distancias entre las actividades que deben realizar las personas y las familias, permite identificar fuentes de vulnerabilidad y de desigualdad de género.

Los hallazgos reafirman la importancia del tiempo y de los constreñimientos espacio-temporales a la hora de analizar el acceso a un servicio básico, como es la atención regular de salud a los niños y niñas pequeñas. También contribuyen a visibilizar que los desafíos de conciliación de agendas y demandas laborales y familiares, y la carga de llevar a las y los niños al médico siguen siendo desafíos mayoritariamente femeninos y forman parte, como tantas otras dimensiones, de la actual división sexual del trabajo y de la reproducción de la desigualdad de género en la vida cotidiana.

Introducción

El tiempo es un recurso escaso, que los hogares deben distribuir entre las distintas actividades que llevan a cabo. Por su naturaleza indivisible, no es acumulable ni puede reservarse, se consume mientras se produce o, más precisamente, transcurre. El tiempo también constituye un activo de los hogares, una variable central que estos deben administrar para poder cumplir con un conjunto de actividades que podrán estar más o menos coordinadas o, incluso, ser conflictivas entre sí en materia de las ventanas temporales que consumen.

Desde esta perspectiva, el tiempo incide en las capacidades de los individuos de alcanzar no solo los objetivos básicos del bienestar, sino también la realización individual y la posibilidad de tener la libertad real para elegir en los funcionamientos complejos por los que opte. En este enfoque, la efectiva realización de las actividades depende, entre otros factores, del ajuste entre la disponibilidad horaria de las oportunidades y el presupuesto temporal de las personas; también de la forma en que las diversas actividades y los hogares se localizan en el espacio geográfico; a lo que se suman otros elementos como los sistemas de movilidad urbana.

Cuando se necesita llevar adelante una actividad, existen dos clases de costo temporal: los de traslado hasta el lugar donde la actividad se desarrolla y el tiempo de participación en ella. En el caso de los controles médicos a niñas y niños, buena parte del tiempo de participación responde a la espera de atención y los trámites necesarios una vez en el servicio (sacar orden, presentar número, medicamentos, entre otros). Por este motivo, este factor puede restringir sustantivamente las oportunidades alcanzables, es decir, el acceso efectivo a ciertas oportunidades, porque consume el tiempo con el que se cuenta para el desarrollo de otras actividades y, en última instancia, la expansión de capacidades. En el caso de los tiempos de espera, el efecto restrictivo del tiempo consumido puede verse agravado por la incertidumbre respecto a cuál será el “monto temporal” efectivo con que el hogar debe contar a la hora de atender a un o una menor.

Adicionalmente, distintos estudios muestran que cuando se trata de la realización de actividades para el cuidado de las y los niños pequeños, estos elementos operan en forma diferencial para hombres y mujeres. El tiempo de espera en servicios asociados al cuidado impacta negativamente sobre el tiempo de éstas, introduciendo más constreñimientos y, en última instancia, más obstáculos para que puedan desarrollar otras actividades en su vida cotidiana.

Pese a la centralidad que este asunto tiene para entender las desigualdades de género y socioeconómicas en el uso del tiempo, son escasos los estudios que aborden la espera en servicios asociados al cuidado de niños y niñas y cómo afectan a la expansión de capacidades de las mujeres. De hecho, más allá de los análisis sobre diferenciales en la distribución del trabajo no remunerado, muchos de ellos realizados por la División de Asuntos de Género de la CEPAL (CEPAL, 2017a; Rico y Segovia, 2017) casi no existen en América Latina estudios que permitan captar los fenómenos vinculados a los tiempos de espera en los servicios de cuidado.

Este documento tiene por objetivo acercar este debate a la realidad latinoamericana a través del análisis de los tiempos de espera de las familias, mujeres y hombres adultos, que llevan a sus hijos e hijas menores de 3 años al control pediátrico del niño sano en Montevideo. En particular, profundiza en cómo este fenómeno es internalizado por las familias y las personas, y tenido en cuenta a la hora de decidir qué servicio de salud utilizar y qué estrategias de conciliación de actividades implementar en relación con esa decisión. El foco está puesto en la descripción y se incorporan algunos elementos explicativos con relación a la identificación de rasgos y condiciones asociados a la toma de decisiones e implementación de estrategias por parte de las familias.

En la primera sección se plantea el marco conceptual utilizado, haciendo un recorrido por los dos enfoques fundamentales que problematizan conjuntamente tiempo y género: los estudios de uso del tiempo y la literatura de geografía del tiempo. En la segunda sección se sintetizan brevemente los principales antecedentes de cada enfoque para el estudio de la realidad latinoamericana. En la tercera sección se presenta la estrategia metodológica desarrollada para analizar los tiempos de espera de las familias, en especial de las mujeres, montevidéanas al momento de llevar a sus hijos e hijas pequeñas al control pediátrico. En la cuarta sección se presentan los principales hallazgos de la investigación. Finalmente, el documento culmina con una serie de consideraciones y vincula los resultados alcanzados en el estudio del caso de la ciudad de Montevideo con algunos desafíos que éstos plantean para el desarrollo de políticas públicas de tiempo en la región.

I. Marco conceptual

A. Tiempo y género: abordajes y debates

El tiempo es un recurso escaso, que requiere ser distribuido por los hogares para las distintas actividades que desarrollan sus miembros. En cierta forma, el tiempo puede ser considerado un activo de los hogares, que debe ser administrado por éstos con el fin de poder cumplir con el conjunto de actividades de sus miembros. El tiempo también es indivisible y no puede ser acumulado, por lo que es consumido en el mismo momento en que transcurre (Bosque Sendra & Díaz Muñoz, 1991).

El tiempo incide en las capacidades de los individuos para alcanzar no solo los objetivos básicos del bienestar, sino también la realización individual y la posibilidad de tener la libertad real para elegir en los funcionamientos complejos por los que opte (Hernández y Rossel, 2013). Es esperable, por tanto, que la distribución desigual del tiempo entre distintos grupos sociales tenga impacto sobre las posibilidades de acceso al bienestar de estos grupos.

Uno de los clivajes donde más claramente puede observarse la distribución desigual del tiempo es el género. En la literatura existen dos tradiciones relevantes para entender cómo la división sexual del trabajo estructura patrones desiguales de distribución y asignación de tiempos: la mirada sobre uso del tiempo y tipo de trabajo y el enfoque de geografía de tiempo desde una perspectiva de género. El cuadro 1 introduce los aspectos centrales que aborda cada enfoque:

Cuadro 1
Enfoques que problematizan tiempo y género

| Enfoque | Preocupación central | Principales conceptos |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| "Uso del tiempo" | Carga de trabajo remunerado y no remunerado y su distribución entre hombres y mujeres | Los desplazamientos en el espacio no ocupan un rol central, son mencionados sin ser distinguidos |
| "Geografía del tiempo" | Centro en las actividades que deben realizar las personas y en la movilidad cotidiana | Enfoque espacio-temporal integral. Atención a constreñimientos espacio-temporales para el acceso, requerimientos de concatenación y coordinación de actividades por parte de los hogares, <i>daily paths</i> en tiempo y espacio |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Hernández y Rossel, Tiempo urbano, acceso y desarrollo humano, 2013.

1. Uso del tiempo y tipo de trabajo

Las restricciones y condicionamientos que se derivan de la distribución del tiempo son muy distintas para hombres y para mujeres. Históricamente, esta desigualdad ha tendido a perjudicar a éstas últimas, profundizando rasgos estructurales de las sociedades patriarcales pautadas por la subordinación y desigualdad que restringe a las mujeres al espacio reproductivo y doméstico.

La tradicional dicotomía generada por la división sexual del trabajo entre lo público y lo privado —donde lo primero ha tendido a equipararse al ámbito de la producción, lo político y el trabajo, reservado a los hombres; mientras que lo segundo se ha asociado a la esfera doméstica, definida por la reproducción y el trabajo doméstico y ligada a las mujeres—, ha contribuido a instalar un modelo de hombre proveedor, que asume a las mujeres como responsables de las tareas domésticas y los cuidados de personas dependientes (Fraser, 1994; Sainsbury, 1999).

Por esta razón, la distribución del tiempo y los usos diferenciales que de él realizan hombres y mujeres no sólo no son neutrales, sino que están fuertemente condicionados por una consideración desigual en los límites entre los espacios públicos y privados y, sobre todo, por una asignación de roles y de espacios diferentes a hombres y a mujeres.

En este enfoque, la preocupación central ha sido la distribución desigual del tiempo destinado a distintos tipos de trabajo y, en especial, la visibilización y reconocimiento social del tiempo de trabajo doméstico y no remunerado, que contrasta con lo que tradicionalmente se denomina trabajo productivo o no remunerado (Antonopoulos, 2009).

Una extensa literatura ha dimensionado las características de la distribución desigual del trabajo remunerado y no remunerado. Los estudios basados en encuestas de uso del tiempo muestran de forma contundente la distribución desigual del trabajo no remunerado entre hombres y mujeres, siendo éstas últimas las que cargan fundamentalmente con el peso del cuidado y las tareas domésticas. La investigación empírica indica que, aunque parece ir modificándose en las últimas décadas, las mujeres cargan con la mayor parte del trabajo no remunerado, destinando a esto mucho más tiempo que los hombres (Budlender, 2002; Kalenkoski, Ribar, y Stratton, 2005; 2006; Krantz-Kent, 2009; Anxo et al., 2007; Antonopoulos y Hirway, 2010; Miranda, 2011; OECD, 2011; Treas y Drobic, 2010; CEPAL, 2017a; 2017b).

Esta tendencia, sin embargo, no implica que hombres y mujeres destinan la misma cantidad de tiempo a “trabajar”. En realidad, indica que éstas últimas adicionan horas de trabajo no remunerado al tiempo que destinan a actividades remuneradas. Como resultado, las mujeres enfrentan una “doble carga” de tiempos de trabajo (Anexo et al., 2007).

Las distintas explicaciones ensayadas refieren tanto a lógicas económicas de especialización dentro de los hogares como forma de optimizar eficiencia o de negociación y relaciones de poder en el hogar (Folbre, 2004), como al peso relativo de dinámicas patriarcales, representaciones de género y pautas de subordinación traducidas en normas sociales sobre el rol de las mujeres en la sociedad y el grado en que deben hacerse cargo del trabajo doméstico y de cuidados.

Las actividades de cuidado y no remuneradas son fundamentales para el acceso a bienestar en cualquier sociedad. Por esta razón, no solo deben ser visibilizadas sino también consideradas como económica y, por tanto, parte de los sistemas de cuentas nacionales (Antonopoulos, 2009; Hirway, 2005).

La división sexual del trabajo y el impacto que ella tiene para la desigual distribución del trabajo no remunerado entre hombres y mujeres permea profundamente a las políticas públicas que, a su vez, impactan sobre la desigualdad de género en la distribución de los tiempos. Así, por ejemplo, es posible identificar distintos modelos de bienestar asociados a distintas formas de resolver la división sexual del trabajo (Lewis, 1992; Sainsbury, 1999). En países donde los cambios culturales han ido debilitando la lógica de hombre proveedor y mujer cuidadora la distribución del tiempo destinado al trabajo no remunerado entre hombres y mujeres también se ha tornado más igualitaria (Daly y Rake, 2003), lo que indica la relevancia de fortalecer políticas orientadas a *desfamiliarizar* el trabajo no remunerado, equiparando la “estructura de tiempos” de trabajo por género.

2. Geografía del tiempo y género

La acumulación a partir de estudios de uso del tiempo ha sido central para visibilizar la urgencia con que se necesita abordar la desigualdad de género, permitiendo cuantificar y explicar varias lógicas detrás de la forma en que esa desigualdad se genera y, más relevante aún, se refuerza y profundiza. Sin embargo, esta perspectiva no cuenta toda la historia detrás de la desigual relación entre géneros y el rol del tiempo. En general, este enfoque da cuenta de la distribución del tiempo entre géneros, pero no responde preguntas igualmente relevantes para detectar otros obstáculos, entre ellos, ¿cuál es la secuencia en que dicho tiempo se distribuye? o ¿en qué actividades concretas y desarrolladas en qué lugar físico? A modo de ejemplo, dos personas pueden dedicar la misma cantidad de minutos al cuidado, pero la presión y obstáculos a los que se ven sometidas serán distintos si una de ellas lo debe insertar en una jornada luego de varias horas de trabajo o si las actividades requieren desplazamiento fuera del hogar o no.

El enfoque de geografía del tiempo —potente a la hora de entender no solamente las tareas que se deben realizar en el hogar sino también aquellas que demandan movimientos y una secuencia de actividades determinada— pone el foco en el tiempo urbano y en cómo éste incide sobre las posibilidades que los individuos tienen de llevar a cabo las actividades que necesitan realizar. En particular, parte de la idea de que la posibilidad que tienen los individuos y hogares de realizar actividades depende del ajuste entre la disponibilidad horaria de las oportunidades y el presupuesto temporal de las personas; también de la forma en que las diversas actividades y los hogares se localizan en el espacio geográfico; sumado a otros elementos como los sistemas de movilidad urbana (Hawthorne y Kwan, 2013; Neutens, Schwanen, y Witlox, 2011).

Para la geografía del tiempo, en su vida cotidiana las personas dejan una “estela” (*daily path*) de movimiento no solo en el espacio sino también en el tiempo. La forma de esa estela depende de las opciones individuales, y de cómo logran resolver distintas limitaciones. En otras palabras, la geografía del tiempo plantea que la posibilidad de las familias de realizar las actividades deseadas y acceder a oportunidades puede ser obstaculizada por distintos tipos de restricciones. Básicamente, todo individuo enfrenta constreñimientos de capacidad (*capability*), determinados por el tiempo que tiene de dedicar a la satisfacción de necesidades biológicas, así por habilidades personales y distintos tipos de recursos, incluidos los materiales. También enfrenta constreñimientos de acoplamiento (*coupling*), que definen dónde, cuándo y por cuánto tiempo esa persona debe encontrarse con otros individuos, herramientas o materiales para poder producir, consumir, o realizar intercambios (Hägerstrand, 1970). En otras palabras, cada individuo debe “acoplarse” con otros para poder desarrollar muchas de las actividades que debe realizar (un ejemplo claro de este tipo de constreñimientos es el de los padres que deben recoger a sus hijos en la escuela cada día). Finalmente, las personas enfrentan constreñimientos de autoridad (*authority*), asociados a limitaciones impuestas por leyes, regulaciones y otras reglas impuestas por distintos actores y que no son sencillas de cambiar (Ellegård y Svedin, 2012). Esto engloba, por ejemplo, los horarios de atención de los servicios o los horarios de trabajo acordados con un empleador¹.

Además del rol que desempeñan en dar forma a la estela diaria de cada individuo en el tiempo y en el espacio, las restricciones de capacidad, acoplamiento y autoridad interactúan de distintas maneras, incidiendo sobre el acceso a ciertos servicios o actividades o elevando muchísimo los costos que las personas deben pagar para poder acceder a ellos (Bosque Sendra y Díaz Muñoz, 1991). El acceso es, desde la perspectiva de la geografía del tiempo, un asunto central.

El acceso puede ser entendido como medida de la correspondencia entre las características del servicio otorgado por el prestador de salud y las expectativas que el usuario tiene con respecto a éste. Puede entenderse como el grado de ajuste entre las características de quien provee el servicio y las características de quien lo consume (Penchansky & Thomas, 1981b, p. 139). Este concepto de acceso desarrollado por Penchansky & Thomas (1981b) plantea que el ajuste entre consumidores y servicios de

¹ A partir de la idea pionera de Hägerstrand (1970), la literatura de geografía del tiempo ha planteado variaciones a los tres tipos de constreñimientos. Por ejemplo, (Jirón y Mansilla, 2013) identifican seis tipos de barreras para la accesibilidad de las personas a las actividades diarias, relaciones o lugares: financieras, físicas, organizacionales, temporales, de habilidades y tecnológicas.

salud depende de cómo se resuelvan cinco aspectos específicos: disponibilidad (*availability*), accesibilidad (*accessibility*), acomodación (*accommodation*), asequibilidad (*affordability*) y aceptabilidad (*acceptability*) (Penchansky y Thomas, 1981b, 127).

La “disponibilidad” refiere al volumen y tipo de recursos provistos por los servicios de salud en relación con el tipo y volumen de necesidades que presentan los usuarios. Para que las personas puedan acceder a servicios de salud, es necesario que esos servicios existan (Penchansky y Thomas, 1981a). Unido a lo anterior, sin embargo, la mera existencia de policlínicas en un territorio puede no ser suficiente para que los usuarios accedan a ellas. La “accesibilidad” da cuenta de la relación entre la localización de los centros de salud y la de los usuarios y puede definirse como la capacidad de las personas para superar las distancias geográficas entre un punto y otro de la ciudad (Miralles-Guasch & Cebollada, 2003). Otras definiciones —muy similares conceptualmente— hacen referencia a la movilidad potencial de las personas o motilidad como uno de los capitales con que cuentan los hogares (Kaufmann, Manfred, y Joye, 2004) o el grado de ajuste entre las estructuras de oportunidades de movilidad y los recursos con que cuentan los hogares para movilizarse en la ciudad (Hernández, 2012). Con “acomodación” hacen referencia a la forma en que los recursos están organizados para recibir a los clientes y la capacidad de estos últimos para acomodarse a esa organización, y su conformidad con ésta. En esta última dimensión están contemplados los sistemas de organización de agendas médicas, horas de actividad, servicios telefónicos, entre otros). La “asequibilidad” tiene que ver con la relación de precio de los servicios del proveedor de salud con respecto al ingreso del usuario, su capacidad de pago y seguro de salud. En esta dimensión se preocupan los autores por tomar en cuenta la conformidad del cliente con respecto al valor que el servicio de salud tiene con dado el costo total que paga. Por último, la “aceptabilidad” refiere a la actitud de los clientes acerca de las prácticas y características de los proveedores de salud y viceversa (Penchansky y Thomas, 1981a).

El otro concepto clave en la geografía del tiempo, en especial para el análisis de las desigualdades de género, es el de estructura o secuencia de actividades (Ellegård y Svedin, 2012). La secuencia de actividades de un individuo se define por una serie de necesidades a satisfacer que implican “actividades a realizar bajo determinados constreñimientos estructurales, lugares que alcanzar y desafíos de accesibilidad que superar” (Hernández y Rossel, 2013). La secuencia de actividades está afectada por la naturaleza de las actividades (fijas o flexibles), donde las primeras constriñen el tiempo disponible para las segundas (Neutens, Delafontaine, y Schwanen, 2010)². A modo de ejemplo, la naturaleza tanto de las diferentes actividades laborales, así como de la consulta pediátrica varían configurando distintas restricciones. Trabajos con horarios de entrada y salida más o menos flexibles y consultas pediátricas con mayor o menor tiempo de espera e incertidumbre hacen variar el escenario desde el cual la familia se encuentra para tomar decisiones sobre su agenda. La secuencia de actividades también tiene un reflejo geográfico, una expresión espacial que condiciona la cantidad de tiempo disponible con que cada hogar cuenta para realizar las actividades que desea o necesita realizar (Hernández y Rossel, 2013).

En las familias, las secuencias de actividades de sus miembros están interconectadas y pueden llegar a depender mucho unas de otras³. Esto es especialmente cierto cuando se trata de vehículos compartidos y necesarios para acceder a actividades puntuales, así como la conjugación de horarios de trabajo para hacerse cargo del cuidado de los hijos. Desde esta perspectiva, la geografía del tiempo supera no solo la conocida debilidad de los estudios de uso del tiempo al omitir la dimensión espacial, sino también la debilidad de observar las actividades en forma aislada, no considerando la conexión que cada actividad tiene con el resto de las actividades del individuo y del grupo familiar (Ellegård, 1999).

² Por ejemplo, una persona que tiene que ir al trabajo de 9 a 16 y después de esto debe recoger a su hijo/a en la escuela a las 16:45 casi no tiene tiempo de realizar actividades flexibles en su agenda hasta después de haber retornado a su hogar, teniendo que dejar a su hijo/a cargo de otro adulto. Lo mismo aplica a la actividad de recoger al niño/a: la persona deberá llegar a la escuela en el horario en que ésta termina. En contraste, si desea ir a un restaurant con un amigo (una actividad típicamente flexible) puede hacerlo en varios locales y horarios. Algo similar ocurre con las idas a hacer compras.

³ A diferencia de las secuencias que se dan en forma de serie y que refieren a situaciones en las personas están en un mismo lugar al mismo tiempo, pero no necesitan interactuar ni conocerse para llevar a cabo la actividad (Ellegård, 1999).

La relación entre tiempo, espacio y acceso no puede ser ajena a las secuencias de actividades. El involucramiento en servicios sociales y el cumplimiento con actividades obligatorias —como llevar a niñas y niños al control pediátrico regular— implica la integración de esta actividad en agendas cotidianas (McQuoid y Dijst, 2012). Más constreñimientos y agendas con mayor proporción de actividades fijas derivan en forma más o menos lineal a dificultades incluir en esas agendas actividades no diarias o esporádicas, como la consulta médica (Kwan, 1998; 1999; Hawthorne y Kwan, 2013).

3. Tiempo, espacio y desigualdad de género

Como ya se adelantó, las categorías que provee la geografía del tiempo son útiles para entender la problemática del acceso. Pero las dimensiones del acceso no se distribuyen ni afectan a todos los individuos por igual. Las oportunidades no se distribuyen en forma equitativa, no solo en términos de espacio, sino también en términos de funcionamiento. Los servicios de salud, por ejemplo, no se despliegan en forma uniforme en el territorio y los servicios disponibles en un territorio pueden no ser iguales a los disponibles en otro. La disponibilidad de servicios no está ajena a patrones de exclusión socioeconómico y territorial. Además, los servicios pueden requerir distintas inversiones monetarias por parte de las y los usuarios (asequibilidad). Como resultado, los servicios pueden estar altamente estratificados por ingreso o nivel socioeconómico. También es esperable que los servicios impongan distintos requerimientos de tiempo a sus usuarios (por ejemplo, la diferencia entre ir personalmente a agendar una hora médica o pedirla por teléfono y los tiempos de espera) (aceptabilidad) y que tengan horarios de funcionamiento distintos (aceptabilidad).

Las variaciones descritas pueden estar asociadas a distintas formas de administración y a constreñimientos de autoridad que, nuevamente, no se distribuyen equitativamente entre estratos sociales. Adicionalmente, la accesibilidad a los servicios no puede darse por sentada porque, al igual que ocurre con muchos otros recursos o activos, no se distribuye en forma idéntica entre los distintos sectores sociales. Por el contrario, no sólo los sectores de mayores ingresos tienen acceso a medios de transporte de uso privado que les permiten mayor autonomía para movilizarse, sino que suelen tener patrones de movilidad bastante específicos, diferentes a los que presentan, por ejemplo, los hogares de ingresos medios o aquellos en situación de pobreza. En este último caso, no existe disponibilidad de vehículos particulares en la mayoría de los hogares, por lo que el transporte público se convierte en la única opción, siempre y cuando se pueda afrontar el pago de la tarifa (Hernández y Rossel, 2013).

En definitiva, los sectores más pobres, suelen tener menor libertad para adaptar sus agendas diarias porque tienen menos recursos como, por ejemplo, transporte privado, horas flexibles de trabajo y capacidad de negociación con sus empleadores (Hawthorne y Kwan, 2013). Esto no refiere a que presentan una imposibilidad física de no poder acceder a actividades puntuales, sino más bien que los costos mayores para hacerlo. Estos costos se constatan en, por ejemplo, la pérdida de una jornada laboral (traducida en costos monetarios concretos).

Pero el clivaje socioeconómico no es el único en base al cual el acceso puede estar estratificado⁴. En los últimos años, la geografía del tiempo ha puesto también el foco en la desigualdad de género y en cómo se asocia a distintas configuraciones de accesibilidad, así como a secuencias específicas en el tiempo y el espacio.

La evidencia muestra que los patrones de viaje de las mujeres son bastante menos pendulares —es decir, realizan menos viajes que empiezan y terminan en el mismo lugar, con pocas escalas— que la de los hombres (Alcaino, Domarchi, y Carrasco, 2009, 2; Hamilton et al., 2005). Los patrones de movilidad de las mujeres tienden a ser, en contraste, más encadenados (Currie et al., 2009; Neutens, Delafontaine, y Schwanen, 2010) y con una mayor proporción de viajes orientados a satisfacer necesidades orientadas al funcionamiento o mantenimiento del hogar o al cuidado de sus miembros dependientes. Estos patrones juegan un importante rol en fortalecer una posición poco ventajosa de la mujer en la sociedad.

⁴ Recientemente, la geografía del tiempo también ha empezado a visibilizar las especificidades de espacio-tiempo que marcan las trayectorias cotidianas de poblaciones migrantes, argumentando que los constreñimientos espacio-temporales para este grupo están fuertemente influenciadas por su status socioeconómico, sexo, edad y las condiciones laborales temporales que suelen caracterizar a esta población (Rogaly y Thieme, 2012, 2086).

Kwan (1999) critica las medidas convencionales de accesibilidad basadas en la distancia señalando que éstas tienen un sesgo de género porque ignoran el rol de la conducta de viajes complejos, así como los constreñimientos espacio-temporales que afectan especialmente las vidas cotidianas de las mujeres (Kwan, 1999). Según la autora, las mujeres tienen niveles mucho más bajos de acceso a las oportunidades urbanas en comparación con los hombres y estos constreñimientos son claves para entender las diferencias de género en el acceso a oportunidades urbanas (Kwan, 1999)⁵. En realidad, las diferencias de género en el acceso no se relacionan con la distancia geográfica exclusivamente, sino que se vinculan con aspectos tales como la distribución desigual de tiempos al trabajo no remunerado (como el cuidado de los niños y niñas).

Esto pone de relieve los estrechos vínculos que existen entre los dos enfoques que problematizan el tiempo y la desigualdad de género. En realidad, la división desigual del trabajo y las responsabilidades domésticas impacta en la distribución desigual de los constreñimientos espacio-temporales de las personas. Las mujeres tienen agendas cotidianas más rígidas (con mayor proporción de actividades fijas) que los hombres (Kwan, 1999; McQuoid & Dijst, 2012), independientemente del tipo de inserción laboral que tengan.

Las mayores limitaciones que enfrentan las mujeres se reducen cuando existen otras u otros adultos en el hogar que comparten responsabilidades domésticas. Por otro lado, las mujeres que tienen mayor cantidad de actividades fijas en su agenda tienen también mayor probabilidad de tener inserciones laborales part-time o más precarias (Hägerstrand, 1989).

Una implicancia importante de estos hallazgos es que la redistribución del trabajo no remunerado al interior de los hogares se traduciría en la reducción de las barreras y constreñimientos producidos por actividades fijas en las agendas cotidianas de las mujeres, lo que a su vez contribuiría a mejorar su posición en el mercado laboral (Hägerstrand, 1989). Por otro lado, en la medida en que la organización de las vidas cotidianas de las mujeres está estructurada en base a la obligatoriedad de ciertas actividades que deben desarrollarse tanto fuera como dentro del hogar, es necesario situar el vínculo entre trabajo remunerado y no remunerado (o entre vida laboral y doméstica) en el contexto de conjunto de actividades del cada individuo y también en el conjunto de los grupos familiares (Kwan, 1999).

B. El tiempo de espera como constreñimiento espacio-temporal: tiempo, percepciones y estrategias

El tiempo puede ser, al igual que muchas otras dimensiones de la vida social, un recurso en pugna y un instrumento de poder (Schwartz, 1974). El tiempo puede ser manipulable y puede ser, también, objeto de negociación.

Aunque las ciencias sociales han prestado mucha atención a la distribución del tiempo y la relación entre tiempo y poder, la espera no ha constituido un aspecto central en esta literatura⁶. La espera limita el uso del tiempo para otros fines y genera costos sociales y personales (Schwartz, 1974). Desde esta perspectiva, la espera va en contra de un óptimo de eficiencia social⁷.

El tiempo de espera indica que quien es esperado tiene más poder que quien espera. Para quien espera, indica que su tiempo vale menos que el aquel o aquello que se está esperando (Schwartz, 1974).

Los efectos negativos de la espera son múltiples y variados⁸. En este trabajo interesa enfocarse en el rol que juega el tiempo de espera como constreñimiento de autoridad, es decir, como constreñimiento impuesto por los servicios. Concretamente, el tiempo de espera afecta al acceso desde la dimensión de

⁵ Kwan (1999) no encuentra, sin embargo, diferencias en el acceso a distintos tipos de oportunidades dados determinados constreñimientos espacio-temporales.

⁶ Parte de la explicación a esta omisión puede deberse a la “inactividad” asociada a la espera, lo que puede dar a entender que no es relevante para unas ciencias sociales que buscan estudiar la actividad y la acción colectiva. Sin embargo, la espera involucra la acción de dilatar o diferir de quien hace esperar, así como la ansiedad y la decepción de quien espera.

⁷ Para una revisión de la literatura que aborda la espera como componente de ineficiencia ver (Schwartz, 1974).

⁸ Por ejemplo, tienen implicancias, entre otras cosas, para la salud psicológica de las personas (Piven y Cloward, 1971).

“acomodación” pero también desde la perspectiva de la “aceptabilidad”, en la medida en que refleja cierta actitud de tolerancia por parte de los usuarios. El tiempo de espera puede constituirse como obstáculo al acceso (Redko, Rapp y Carlson, 2006) y puede también, aunque no prive del uso de los servicios, incrementar significativamente los costos del acceso.

Los efectos negativos antes reseñados pueden verse agravados por la incertidumbre respecto a cuál será el “monto temporal” efectivo con que el hogar debe contar a la hora de atender a un niño. En realidad, el tiempo de espera incrementa la incertidumbre producida por la consulta médica, en la medida en que las personas no conocen de antemano el tiempo que deberán invertir en el uso del servicio (Hawthorne y Kwan, 2013). También incide sobre la satisfacción general que las personas tienen sobre sus experiencias en los servicios de salud, (Hawthorne y Kwan, 2013).

Es importante tener en cuenta, a su vez, que la espera no afecta a todas las personas por igual ni de la misma forma. Por el contrario, la espera varía, es estratificada y en general la forma en que se estratifica responde a patrones de distribución desigual de poder en las sociedades (Schwartz, 1974). En otras palabras, la distribución desigual del tiempo de espera es reflejo de la distribución desigual de poder (Auyero, 2011).

La evidencia sobre tiempos de espera en servicios de salud en ciudades de Estados Unidos muestra que los sectores de menores ingresos tienden a enfrentar más tiempos de espera que los sectores más favorecidos (Hawthorne y Kwan, 2013). Las esperas en los servicios públicos de salud tienden a ser mucho mayores que en los servicios privados, no solo en el momento de ir a la consulta sino también para conseguir una cita con el médico (Hawthorne y Kwan, 2013).

Cuando el tiempo de espera en los servicios de salud pediátricos es alto, genera constreñimientos y costos en las agendas de las familias, en especial de las madres a cargo de los niños, que son quienes, de acuerdo con la literatura, asumen predominantemente la responsabilidad de llevar a sus hijos e hijas al médico. En los controles médicos a los niños y niñas, buena parte del tiempo de participación responde a la espera para ser atendido. Es por este motivo que este factor puede restringir sustantivamente las oportunidades alcanzables, es decir, el acceso efectivo a ciertas oportunidades, porque consume el tiempo con el que se cuenta para el desarrollo de otras actividades y, en última instancia, la expansión de capacidades.

Lo anterior pone de relieve la importancia del tiempo de espera como variable a tener en cuenta las estrategias que los hogares despliegan para realizar sus actividades diarias. Estas estrategias pueden incluir estrategias de redistribución de tiempo (como la modificación del tiempo de la agenda de actividades —por ejemplo, cambiarlas de los días laborables a los fines de semana— o redistribución de tiempos de trabajo no remunerado entre miembros de una familia) o estrategias espaciales (como el cambio de locación de actividades, selección de servicios por este criterio o cambios en lugar de residencia o de trabajo) (Elman y Gilbert, 1984).

II. Tiempo y desigualdad de género en América Latina: antecedentes y desafíos pendientes

A. Desigualdad en la distribución del trabajo no remunerado

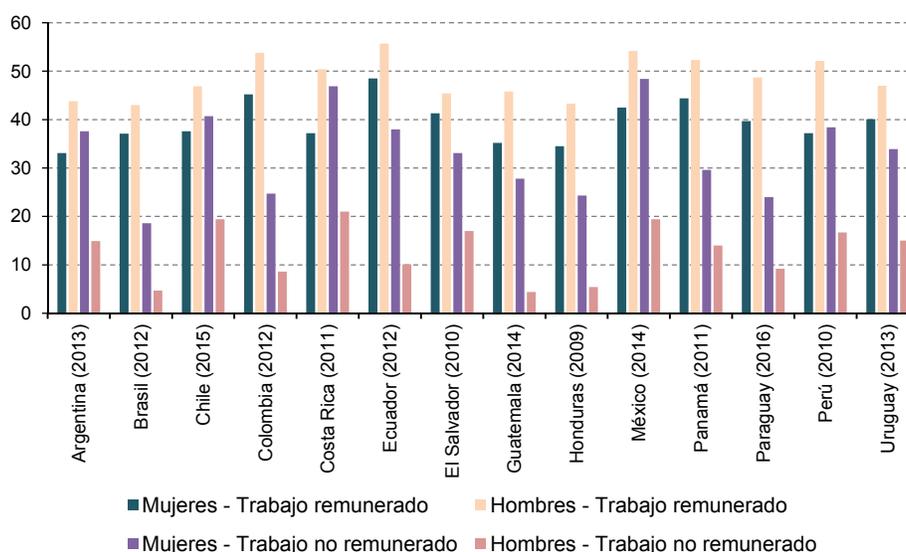
En América Latina, existe una tradición de estudios cuya preocupación central es de los patrones diferenciales de uso del tiempo entre hombres y mujeres. Los estudios basados en encuestas de uso del tiempo en la región confirman empíricamente cómo la naturalización de la asociación de las mujeres y el cuidado consolidaron una forma desigual de distribuir el tiempo entre hombres y mujeres, en especial el tiempo dedicado al trabajo remunerado y no remunerado.

Los estudios también muestran que esta distribución desigual de tiempos dedicados a actividades no remuneradas tiene impactos directos sobre las posibilidades de las mujeres de acceder al trabajo remunerado (Martínez Franzoni, 2008; CEPAL, 2010a; CEPAL, 2012; 2017a y 2017b), condicionado en buena medida su autonomía y posibilidades de acceso al bienestar (CEPAL, 2010a) y de desarrollar sus capacidades (Montaño, 2010).

Pese a los avances que ha experimentado la región en relación al acceso al trabajo remunerado (en las últimas décadas ha habido un aumento muy significativo de la participación laboral femenina), este cambio no se ha traducido en una redistribución del tiempo que destinan a actividades no remuneradas, básicamente asociadas al cuidado. Como resultado, la carga total de trabajo en las mujeres (la cantidad de horas que trabajan, sumando actividades remuneradas y no remuneradas) es significativamente mayor a la carga total de trabajo de los hombres (CEPAL, 2010b; CEPAL, 2017a) (véase el gráfico 1).

Estos datos indican que las demandas de cuidado, antes resueltas casi exclusivamente por el trabajo no remunerado de las mujeres, pasaron a tensar la tradicional división sexual del trabajo, configurando así una “crisis del cuidado” (CEPAL, 2010a; Rico, 2011). Esta crisis se pone de relieve en los numerosos obstáculos que las familias —y dentro de ellas las mujeres— enfrentan para conciliar la vida productiva y remunerada y la maternidad y crianza de hijos e hijas.

Gráfico 1
América Latina (7 países): tiempo promedio destinado al trabajo remunerado y no remunerado, por la población ocupada de 15 años y más, último período disponible
(En horas semanales)



Fuente: Elaboración en base a CEPAL (2017). Panorama Social de América Latina 2016. Santiago de Chile.

La carga de trabajo no remunerado asociado al cuidado infantil tiende a ser más alta entre las mujeres pobres (que, como se adelantó en capítulos anteriores, presentan tasas de fecundidad mayores). Este diferencial de partida se combina con una menor posibilidad para traspasar la tarea de cuidado a otras personas o comprar servicios en el mercado —vía servicios, empleo doméstico, etc.—, en contraste con el margen que tienen las mujeres de ingresos medios y altos (CEPAL, 2010a).

La incidencia de la distribución desigual del trabajo no remunerado también se hace visible al observar los principales indicadores laborales por estrato y género. La participación laboral de las mujeres más desfavorecidas, pese a haber aumentado en las últimas décadas, sigue estando muy por debajo de la de mujeres más educadas y con más ingresos. Esto es especialmente así entre las mujeres con niños pequeños (CEPAL, 2010a). La desigual distribución del cuidado también empuja a las mujeres de menores recursos a insertarse en el empleo informal (OIT/PNUD, 2009; CEPAL, 2012) y refuerza la sobrerrepresentación femenina entre las personas desempleadas (CEPAL, 2012).

B. Desigualdad en la accesibilidad y los constreñimientos espacio-temporales

En este documento argumentamos que el panorama reseñado en la sección anterior no puede ser comprendido en su totalidad sin poner sobre en el debate las diferencias de género que pautan la accesibilidad, así como los constreñimientos espacio-temporales que afectan en forma distinta y más fuerte a las mujeres que a los hombres.

Aunque son pocos los estudios que abordan este asunto para la realidad latinoamericana existen algunos antecedentes que vale la pena reseñar. En relación con la accesibilidad la evidencia previa indica que, al igual que en el mundo desarrollado, las mujeres presentan en mayor medida patrones de movilidad con viajes asociados a tareas domésticas, con alta proporción de viajes acompañando a otras personas e itinerarios más complejos (Jirón, 2007). En contraste, las mujeres tienen menor acceso a automóvil que los hombres⁹.

⁹ Estudiando el caso de Santiago de Chile, Alcaino, Domarchi y Carrasco (2009) muestran que mientras que el 21% de los viajes masculinos eran en auto, solo el 8% de los femeninos lo eran. Hernández (2012) llega a conclusiones muy similares para el caso de Montevideo.

Adicionalmente, (Hernández y Rossel, 2013) encuentran, para el caso de Montevideo, diferencias en los tiempos asociados al acceso a trámites y servicios básicos para el cuidado de niñas y niños pequeños según el género y el lugar de residencia: “los costos temporales asociados a los trámites tienen una incidencia diferencial en las mujeres y se tornan mucho más altos en el caso de las de estrato bajo que viven en zonas alejadas del centro, aun cuando ellas no siempre lo perciban así”. (Hernández y Rossel, 2013, p.62). Los autores también encuentran que las mujeres, en especial las más pobres, enfrentan altos niveles de incertidumbre en términos horarios al realizar los trámites, debido a los altos tiempos de espera que deben enfrentar para hacer uso de los servicios (Hernández y Rossel, 2013).

III. Aspectos metodológicos

Como estrategia metodológica general, las ambiciones del documento son de carácter exploratorio y descriptivo. Por tanto, se busca describir los principales obstáculos de naturaleza espacio-temporal que enfrentan los hogares, en particular los relacionados al tiempo de espera. No obstante, se incorporan algunos elementos explicativos —o de descripción causativa— al momento de analizar la vinculación de algunos rasgos y condiciones descriptos en el documento con ciertas estrategias y decisiones que toman los hogares a la hora de lidiar con ellos.

Los tiempos de espera en tanto componente fundamental de la dimensión espacio-temporal trascienden el tiempo demandado a los hogares. Es necesario explorar los mecanismos a través de los cuales se constituyen en obstáculos, no solamente los observados sino que también los que derivan de ellos. Lo mismo se aplica para la comprensión de la forma en que afectan la dinámica cotidiana de las familias, sus arreglos de cuidado, distribución de roles y relación entre las actividades productivas y reproductivas. Para comprender el modo en que interactúa este mecanismo espacio-temporal y la dinámica cotidiana de los hogares, a la luz de relaciones estructurales de género es necesario utilizar herramientas que permitan el desarrollo de sentidos, significados y razonamientos.

Es así que se optó por la realización de entrevistas en profundidad a usuarios de sectores medios-bajos y bajos para analizar los mecanismos que convierten a la dimensión espacio-temporal en general y la del tiempo de espera en particular en obstáculos para el acceso al control del niño sano y cuál es el efecto desde una mirada de género. De la misma forma, se relevan las estrategias desplegadas por las familias, así como los factores que las explican. También se indagan las representaciones de las y los usuarios y sus percepciones sobre varias dimensiones contextuales y sustantivas a la problemática. Entre ellas se cuentan: i) la composición del hogar y su relación con el mundo del trabajo, ii) aspectos referidos a la vida urbana (movilidad cotidiana del hogar, localización de oportunidades, percepciones urbanas más generales sobre el barrio y la ciudad), iii) los arreglos de cuidado y de educación de las y los niños, iv) descripción y percepción sobre los servicios de salud en relación al control del niño sano, donde se indagan aspectos de calidad y servicios incluyendo los tiempos de espera y sus representaciones acerca de ellos, v) estrategias de los hogares como dimensión transversal a toda la entrevista que incluye aspectos urbanos, de calidad (por ej. cambio de local o médico) así como la movilización de otros activos. Una de las ventajas de esta herramienta es que permite un diseño flexible

y abierto a un discurso emergente que puede echar luz sobre los distintos espacios de significado que el estudio pretende abarcar (véase el cuadro A.1). Los nombres de las personas entrevistadas fueron sustituidos por otros para proteger su anonimato.

Adicionalmente, el documento recurre a dos fuentes secundarias de información producidas en el marco del proyecto “Obstáculos y costos para el acceso a servicios en población vulnerable: forma urbana, constreñimientos espacio-temporales y calidad”¹⁰. Ellas aportan contextualización cuantitativa a la discusión orientada a la comprensión, fortaleciendo el diagnóstico por un lado y dejando preguntas sobre las que profundizar a partir de la comprensión de mecanismos por el otro.

La primera fuente secundaria consiste en un relevamiento de cada uno de los locales del sistema de salud en que se provea al menos una hora de especialista que pueda llevar adelante el control regular del niño sano (por ej. pediatra). De esta forma, se elaboró para cada médico de cada institución el día y la hora en que atendía (lunes a sábados de 6 a 21) así como el local en que lo hacía. Asimismo, cada local fue georreferenciado en un sistema de información geográfica¹¹. Este relevamiento abarcó el universo del sistema que se podría dividir en dos grandes sectores: el subsistema público y el privado. El primero se compone casi exclusivamente por el prestador estatal Administración de Servicios de Salud de Estado (ASSE) y se complementa con los servicios ofrecidos por el instituto previsional uruguayo (BPS-Banco de Previsión Social) y la autoridad departamental (policlínicas de la Intendencia de Montevideo)¹². Por otra parte, la mayoría del subsistema privado se concentra en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC o mutualistas)¹³. La cobertura del subsistema público puede obtenerse como uno de los prestadores del aseguramiento de salud del sistema nacional de salud, pero también por su naturaleza de salud pública gratuita. El subsistema privado únicamente incluye personas aseguradas (generalmente trabajadores formales) o que pagan directamente por la cobertura. Esto determina un perfil de usuario más vulnerable en el primero que en el segundo y a la vez una barrera de tipo institucional —o constreñimiento de autoridad a los efectos de este trabajo— al acceso¹⁴.

La segunda fuente secundaria de información es una Encuesta a 261 usuarios de servicios de salud realizada en el marco del proyecto ya mencionado. Esta encuesta fue realizada en salas de espera de instituciones médicas a adultos que llevaban a niños y niñas al control regular. La muestra de los locales es representativa del universo de aquellos que brindan al menos una hora de especialista que lleve adelante dicho control. Su marco muestral surge del relevamiento de locales y especialistas mencionado más arriba. Una de las preguntas realizadas en la encuesta consiste en los tiempos máximos y mínimos que ha esperado el entrevistado, lo que permite presentar insumos cuantitativos al respecto y otras variables de interés para los objetivos de este estudio¹⁵.

¹⁰ Proyecto UCU-DCSP/ANII Uruguay 2016-2018. La información fue levantada entre julio y noviembre de 2017.

¹¹ Este relevamiento se realizó a partir de cada prestador y su grilla pública de horarios, contactándolas en aquellos casos en que no se obtuviera información o ésta no fuera clara. En el caso de los especialistas de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) este listado se obtuvo vía un pedido expreso contestado por la institución.

¹² No se incluye en el relevamiento los servicios ofrecidos en la órbita policial y militar (Ministerios del Interior y de Defensa Nacional).

¹³ Las IAMC o “mutualistas” son seguros que cubren una canasta universal de prestaciones. También existen seguros privados con una lógica de aseguradora tradicional, los que no pudieron ser incluidos por no ser posible acceder a la información a través de varias vías. De cualquier manera, su participación en términos de cobertura es marginal.

¹⁴ Para una descripción del sistema de salud ver Filgueira y Hernández (2012). Para una síntesis actualizada de cobertura por subsistemas y organización general del sistema de salud en Uruguay, véase (Rossel, 2016).

¹⁵ La muestra para la encuesta consistió en 600 casos relevados en 30 locales (a razón de 20 casos por local) donde se ofrecen servicios de pediatría. Para seleccionar la muestra se utilizó un diseño multietápico aleatorio. La unidad primaria de muestreo consistió en el centro/día (por ej. policlínica x/lunes; policlínica x/martes, entre otros). La unidad secundaria de muestreo consistió en las horas en las que se harían las encuestas. Para cada centro, se seleccionaron cuatro franjas horarias (de una hora) en las que se relevarían las encuestas (hasta completar la cantidad de casos por centro/día sobre la cantidad de franjas horarias). A su vez se definieron cuatro estratos muestrales que combinan el subsistema al que pertenece el local (público o privado) con el tamaño (mayor o menor tamaño, de acuerdo con la cantidad de horas pediatra que ofrecieran). Las unidades primarias de muestreo fueron seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño de cada una. El tamaño está definido por la cantidad total de horas pediatra ofrecidas en dicho local ese día. Esta estrategia permite balancear la probabilidad de cada hogar que va a atender a un niño en ese lugar, en tanto los centros más grandes tienen mayor probabilidad de ser sorteados pero los “hogares” que aguardan ser atendidos en dichos centros es menor. A la inversa, si bien los centros más pequeños tienen menos probabilidad de ser sorteados, quienes aguardan a ser atendidos tienen mayor probabilidad de ser encuestados.

IV. Principales hallazgos

En esta sección se presenta la evidencia empírica que alimenta la discusión y el diagnóstico a la luz del problema de investigación y de política pública aquí abordado. La presentación de los resultados parte del análisis de la oferta territorial y horaria en la ciudad a modo de contextualización espacio-temporal de la problemática. Allí se hace hincapié en la forma en que la ciudad genera distintas configuraciones posibles de acceso. En efecto, el espacio abre —o cierra— distintas opciones en un proceso que además de estar localizado en el tiempo, en el espacio también responde a un aspecto institucional como el tipo de prestador que se trate.

Posteriormente se analiza el rol de la mujer en esta actividad específica, en particular su protagonismo a la hora de llevarla adelante. Esta sección empírica pretende dejar bases claras acerca de dónde se concentran los principales costos que se expondrán posteriormente. Permitirá observar que si bien, los hogares como tales deben enfrentarse a retos espacio-temporales y definir estrategias, son las mujeres quienes soportan el peso tanto de los obstáculos como de la implementación de estrategias para mitigarlos.

La siguiente subsección aborda el núcleo de la problemática, describiendo el problema del tiempo de espera y detallando sus implicancias en dos planos. El primero busca diagnosticar cómo se manifiestan y en qué magnitud los costos asociados al cuidado del niño sano, con énfasis en el tiempo de espera. Esto implica revisar evidencia proveniente de fuentes cuantitativas, así como de lo que emerge de entrevistas en profundidad con familias. Esta primera mirada permite diagnosticar el problema y pensarlo desde sus diversos componentes. El segundo plano a considerar en este caso tiene que ver con los mecanismos a través de los cuales este tipo de factores operan y pueden convertirse en obstáculos espacio-temporales para el acceso. Una vez que se identifican estos mecanismos, el relato empírico apunta naturalmente hacia las estrategias de los hogares para mitigar estos obstáculos. Dichas estrategias se identifican especialmente a partir de un análisis del discurso explícito y emergente en las entrevistas. En tanto la aproximación en este caso es de carácter cualitativo y sus ambiciones exploratorias, las categorías analíticas se van construyendo en relación a las dimensiones de la problemática que se presentaron.

A. La oferta de servicios pediátricos en Montevideo en clave espacio-temporal

La dimensión espacio-temporal del acceso se asocia a recursos que, en principio, están bajo el control de los hogares. Claro está que dichos recursos se ven atravesados por aspectos estructurales que definen umbrales básicos de costos y obstáculos. Uno de ellos es el de la cobertura territorial del servicio. Además de fijar la presencia de oferta sin la que las chances de acceder serían inexistentes, pautan la forma en que determinados obstáculos se van a manifestar y operar. Esta dimensión es de carácter estructural, proviene de políticas públicas y matrices de protección y bienestar sobre las que los hogares y personas tienen escaso control.

La descripción de cobertura territorial que sigue a continuación incorpora una dimensión central pero frecuentemente ausente en los estudios sobre género y acceso: el componente espacio-temporal. Incorporarlo implica el reconocimiento que, aun existiendo infraestructura adecuada, el acceso a estos servicios no puede darse por sentado. De alguna forma, lleva la discusión más allá del clivaje presencia/ausencia de infraestructura y reconoce que la forma en que dicha infraestructura se instala —las características de la oferta— determinan que el acceso sea facilitado u obstaculizado. Las dimensiones que afectará tienen un efecto directo en materia de género ya que tienen que ver con las estructuras y cargas temporales que un hogar soporta las que, como se viene argumentando a lo largo del documento, es diferencial en detrimento de las mujeres.

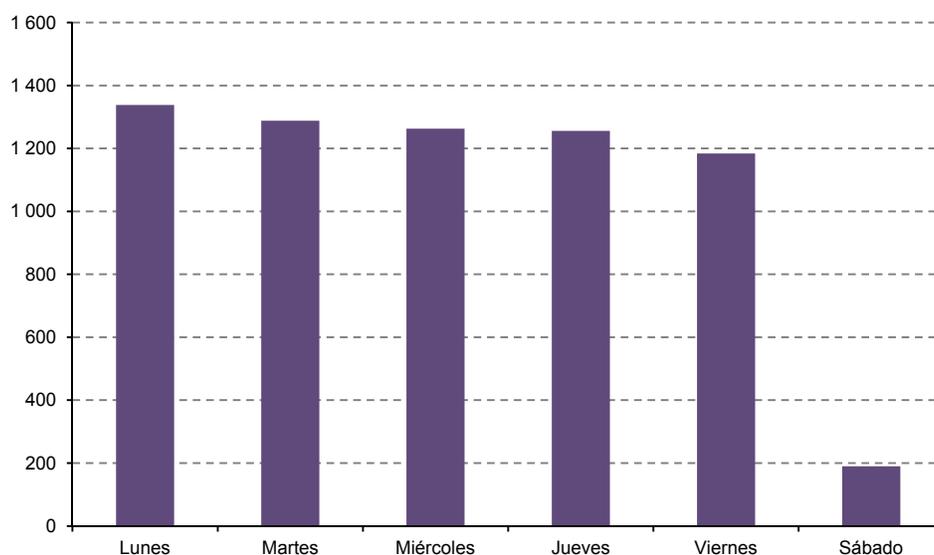
Esta sección analiza la oferta disponible de pediatras (o las especialidades que brinden cuidado del niño sano) en distintas franjas temporales para todos los locales de los subsistemas público, mutual y privado de salud en Montevideo. Los resultados que se presentan incluyen datos que surgen del procesamiento de una base de datos de locales construida a partir de un relevamiento de cada uno de los prestadores de los médicos especialistas y los horarios y lugar de atención entre lunes y sábado. La información se presenta primero considerando al sistema en su conjunto, donde se describen los rasgos de la provisión de servicios de salud en la ciudad, identificando patrones temporales por día y hora. Posteriormente se distingue por forma de administración del prestador. En el primer caso, interesará responder a la interrogante de qué es lo que el sistema ofrece en el territorio estudiado a lo largo del tiempo. En la segunda esta información se abre por forma de administración de cada prestador.

Se identificó una oferta superior a las 6.500 horas distribuidas entre lunes a sábado de 6 a 21 horas a lo largo de la ciudad de Montevideo. Estas horas son provistas por dos grandes subsistemas, el subsistema público y el mutual y privado. Cada uno de ellos provee prácticamente la mitad de las horas pediatra ofertadas en la ciudad, con una proporción algo mayor en este último.

Al observar la distribución de horas ofrecidas por día en Montevideo si bien es muy parejo a lo largo de la semana, es clara una oferta superior los días lunes y una más inferior que el resto los viernes (véase el gráfico 2). La oferta los días sábados se podría calificar como marginal.

Al observar la oferta de pediatras por hora (véase el gráfico 3) se aprecia una concentración de la oferta en la mañana, más específicamente entre las 8 hrs. y las 10 hrs. Si bien existe oferta en el resto de los horarios, esa concentración implica probablemente mayor variedad en términos territoriales y de médicos. De la misma forma, también estará relacionada a los tiempos de espera, capacidad de programar una cita y disponibilidad del profesional buscado.

Gráfico 2
Montevideo: cantidad total de horas/pediatra provistas por el sistema de salud por día (lunes a sábado), 2016-2017
(En horas diarias)



Fuente: Elaboración en base a Relevamiento de servicios de salud para la atención pediátrica del niño sano en Montevideo, 2016-2017.

Gráfico 3
Montevideo: cantidad total de horas pediatra provistos por el sistema por hora (lunes a viernes), 2016-2017
(En horas)

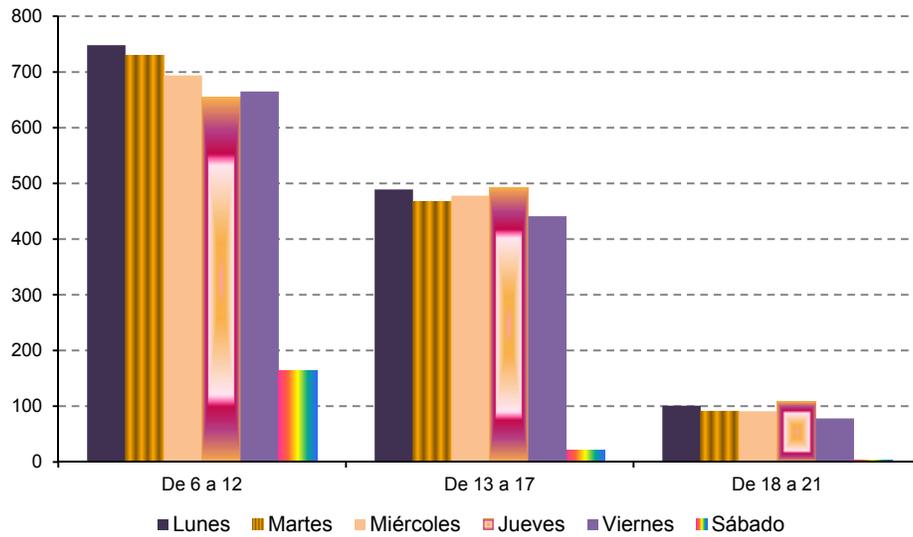


Fuente: Elaboración en base a Relevamiento de servicios de salud para la atención pediátrica del niño sano en Montevideo, 2016-2017.

El sesgo matutino en los horarios de atención es más claro al observar la oferta por franja horaria tanto en valores absolutos (véase el gráfico 4) como relativos (véase el gráfico 5). Allí es posible advertir cómo la cantidad de horas que ofrece el sistema luego de las 12 del mediodía disminuye en una tercera parte con independencia del día que se trate. En el caso de los días sábados, la oferta es baja en términos

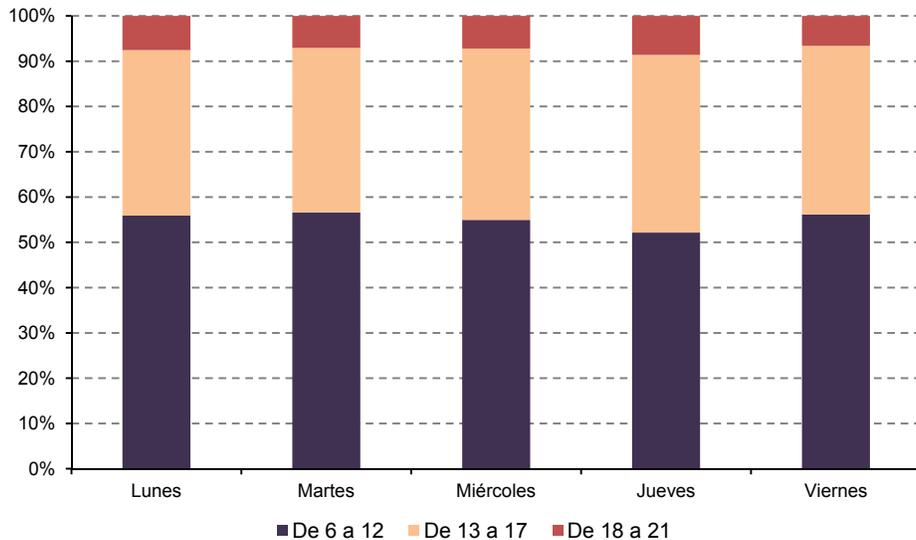
absolutos y se concentra prácticamente en su totalidad en el horario matutino. Asimismo, también es destacable que la oferta de pediatras se reduce drásticamente a partir de la hora 17. Al observar la oferta temporal por día y hora, resulta claro un sesgo matutino en términos específicos, pero también hábil en términos generales, esto es, de lunes a viernes hasta las 17.

Gráfico 4
Montevideo: distribución de provisión en tramos horarios por día, 2016-2017
(En horas por pediatra)



Fuente: Elaboración en base a Relevamiento de servicios de salud para la atención pediátrica del niño sano en Montevideo, 2016-2017.

Gráfico 5
Montevideo: distribución de provisión en tramos horarios por día, 2016-2017
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración en base a Relevamiento de servicios de salud para la atención pediátrica del niño sano en Montevideo, 2016-2017.

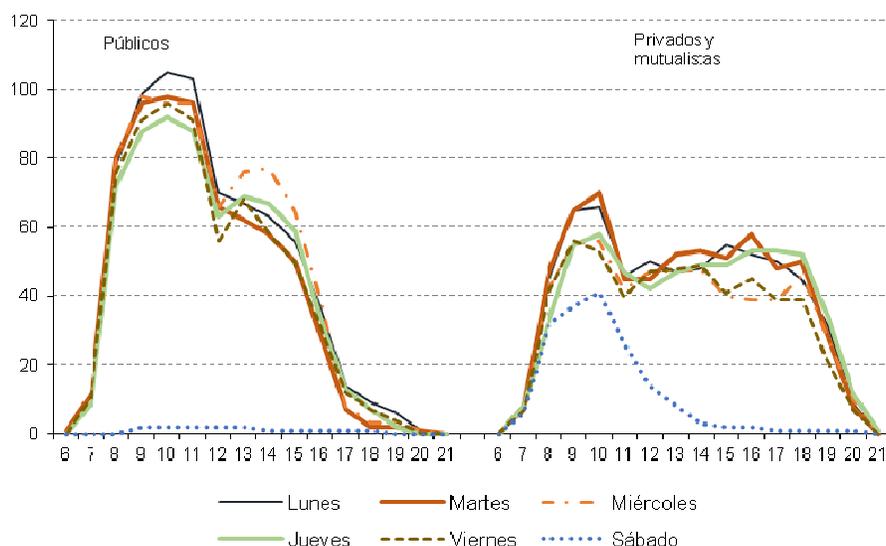
Una primera especulación que se deduce de esta información es que la oferta de servicios de pediatría tiende a solaparse con horarios típicamente laborales. Esto permite entrever conflictos en materia de conciliación entre actividades productivas y reproductivas, especialmente en la franja horaria vespertina. En esta lectura, se asume una oferta adecuada a la demanda, por lo que los potenciales problemas responderían a cuestiones de distribución horaria y no de necesidad de reforzamiento de determinadas franjas. Resulta claro que un hogar con escasa flexibilidad matutina, al enfrentarse al sistema en su conjunto se encontrará con una oferta mucho menos diversa.

Como ya se adelantó, el conjunto de horas ofrecidas por el sistema se reparte en dos porciones relativamente similares entre el subsistema público y el privado. El primero se compone casi exclusivamente por el prestador estatal Administración de Servicios de Salud de Estado (ASSE) mientras que la mayoría del subsistema privado se concentra en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC o mutualistas). Debe tenerse presente que los afiliados a ASSE presentan un perfil de usuario más vulnerable. Por estos motivos, las implicancias de género relacionadas al tiempo de espera y los obstáculos espacio-temporales no serían completas si no se considera la dimensión institucional. Ella se aborda a continuación al discriminar por subsistema la información de distribución por día y hora.

Al observar la distribución de cantidad de pediatras por hora y franja (véanse los gráficos 6 y 7) es posible constatar que el subsistema público es el que aporta el grueso del sesgo matutino en los horarios de atención. Sin importar el día de la semana, el subsistema público ofrece sistemáticamente algo más del 50% de horas/pediatra provista en el horario de la tarde de más oferta (antes de las 17 horas). También es posible identificar que en el subsistema privado el pico de oferta de pediatras se mantiene más allá de las 17 horas e incluye —aunque en menor medida— varias horas los días sábados en la mañana.

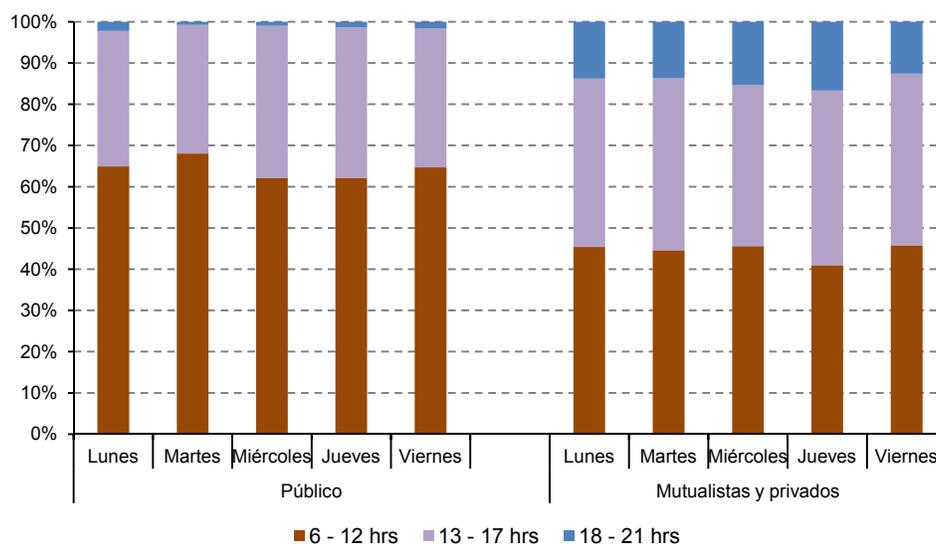
De estos datos se desprende que al sesgo matutino señalado con anterioridad hay que releerlo a la luz de la discriminación por subsistema. Dicha lectura permite observar que, si bien hay mayor oferta en la mañana y los primeros días de la semana, el sistema público presenta menos diversidad horaria tanto en el lapso de horas con alta oferta que comienza un declive más temprano que en el subsistema privado como en la alta concentración en la mañana y la ausencia de oferta los días sábado.

Gráfico 6
Montevideo: distribución de oferta por hora y día según subsistema:
públicos v/s mutualistas y privados, 2016-2017
(En horas pediatra por día)



Fuente: Elaboración en base a Relevamiento de servicios de salud para la atención pediátrica del niño sano en Montevideo, 2016-2017.

Gráfico 7
Montevideo: distribución de oferta por tramo horario y día según subsistema:
públicos v/s mutualistas y privados, 2016-2017
(En porcentajes)



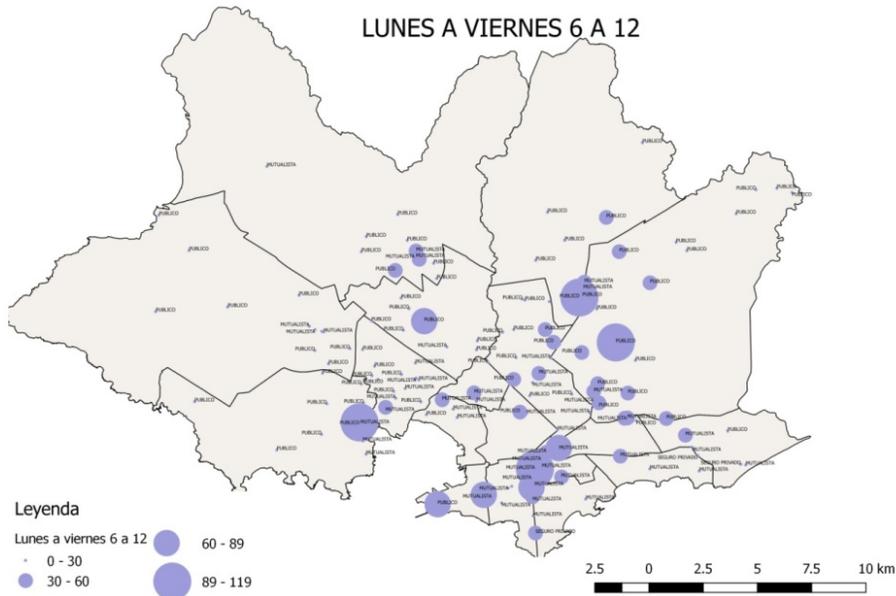
Fuente: Elaboración en base a Relevamiento de servicios de salud para la atención pediátrica del niño sano en Montevideo, 2016-2017.

Los datos de cobertura recién reseñados asumen una cobertura homogénea a lo largo del territorio. Este supuesto se ve cuestionado por la lógica de provisión espacial en una ciudad la que implica distintos tipos de locales, demandas locales y estrategias de despliegue territorial. A continuación se da cuenta de esta dimensión al observar la localización de cada local así como la cantidad de horas que ofrece, una aproximación a la variable “tamaño” de cada local a los efectos de los objetivos del documento.

Los mapas que se presentan a continuación despliegan cada local en los que se ofrece algún tipo de servicio donde se permita realizar controles del niño sano. El tamaño de cada punto indica la cantidad de horas que se ofrecen en la franja horaria a la que refiere el mapa, al tiempo que la leyenda incluye el subsistema al que pertenece. El análisis se limita al período hábil, esto es de lunes a viernes a los efectos de agregarle claridad y legibilidad.

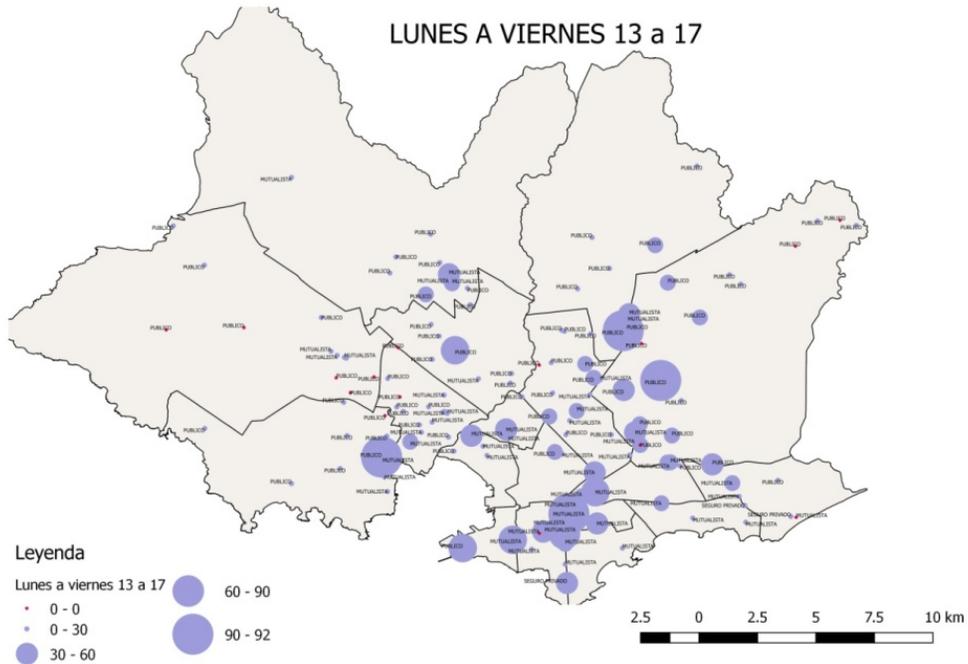
Los mapas son categóricos en cuanto a que el supuesto de homogeneidad territorial de la oferta descrita por día y horario no es sostenible. A lo largo del día, Montevideo ofrece tres panoramas claramente identificables. Entre las 6 hrs. y las 12 hrs. hay un número importante de locales grandes (categoría alta de cantidad de horas ofrecidas) que se complementa con puntos medianos a lo largo de todo el territorio y pequeños en la periferia. Buena parte de estos últimos corresponden a locales de ASSE en zonas alejadas del centro. No hay locales que no ofrezcan ninguna hora/pediatra. Estos aparecen al pasar a la siguiente franja horaria y consisten principalmente en los locales de ASSE periféricos que se convierten en puntos rojos. Los centros más grandes generalmente se mantienen a lo largo de las dos franjas horarias y presentan mayor concentración sobre el centro sur de la ciudad, donde existen locales importantes de prestadores pertenecientes a ambos subsistemas. En la franja que comienza a las 18 hrs. la mancha de puntos rojos (locales sin oferta) es densa y abarca toda la ciudad. Los puntos con actividad se concentran en mayor medida dentro de la categoría mutualistas al tiempo que el subsistema público deja prácticamente de tener presencia.

Mapa 1
Montevideo: locales por cantidad de horas ofrecidas según subsistema
(lunes a viernes de 6 hrs. a 12 hrs.)



Fuente: Elaboración en base a Relevamiento de servicios de salud para la atención pediátrica del niño sano en Montevideo, 2016-2017.

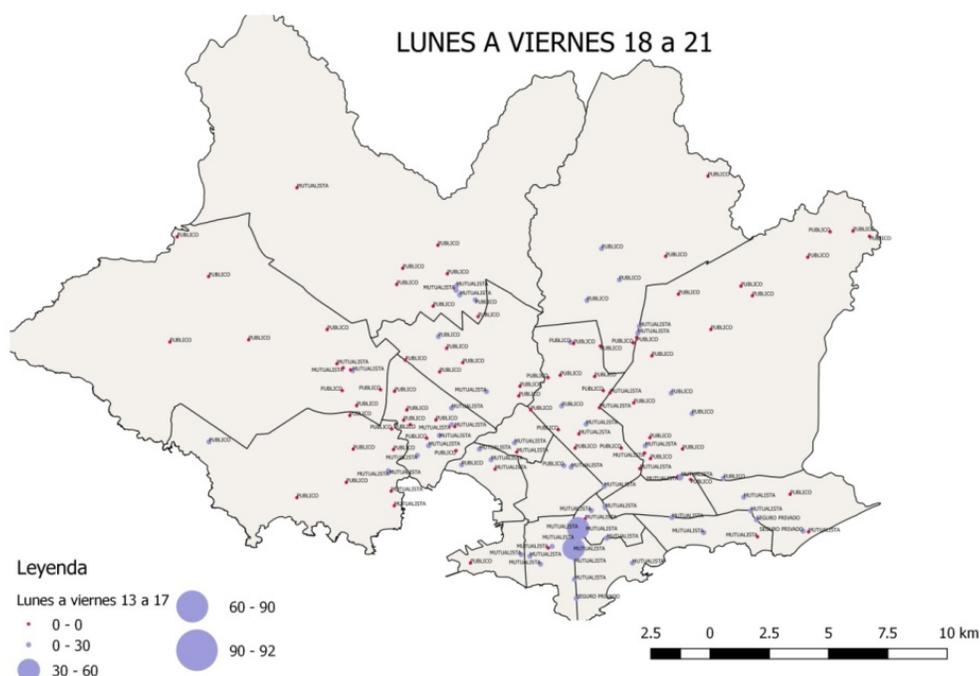
Mapa 2
Montevideo: locales por cantidad de horas ofrecidas según subsistema
(lunes a viernes 13 hrs. a 17 hrs.)



Fuente: Elaboración en base a Relevamiento de servicios de salud para la atención pediátrica del niño sano en Montevideo, 2016-2017.

La información de cobertura presentada hasta aquí resulta clave para entender el rol de los tiempos de espera tanto en su forma de costos espacio-temporales como en la definición de las estrategias de los hogares para enfrentarlos. La cobertura presenta distintos niveles de variedad y apertura tanto por subsistema como en el territorio. De hecho, el tipo de prestador y la presencia territorial y variedad están correlacionadas. El prestador público alcanza zonas periféricas de la ciudad con un formato de oferta más pequeña y acotada en el tiempo. Dicha lógica es la misma en el resto del territorio, especialmente en lo que refiere al sesgo matutino de atención. El despliegue espacio-temporal diferencial se combina con el tiempo de espera profundizando su carácter de obstáculo espacio-temporal y restringiendo —o ampliando— potenciales estrategias como, por ejemplo, la elección de locales alternativos.

Mapa 3
Montevideo: locales por cantidad de horas ofrecidas según subsistema
(lunes a viernes 18 hrs. a 21 hrs.)



Fuente: Elaboración en base a Relevamiento de servicios de salud para la atención pediátrica del niño sano en Montevideo, 2016-2017.

B. El rol de las mujeres en la vinculación con los servicios

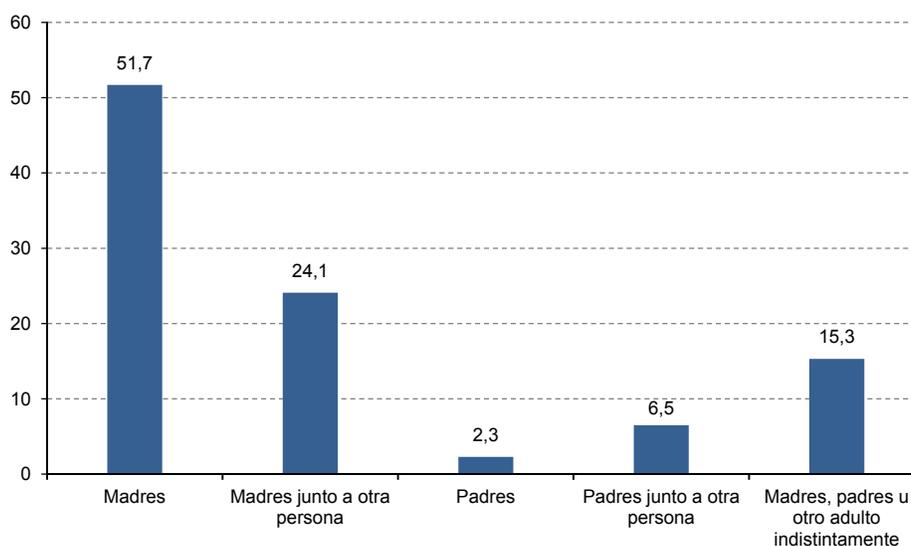
Antes de centrarse en el análisis del tiempo de espera en el marco de los obstáculos espacio-temporales y su distribución regresiva en materia de género, debemos detenernos brevemente en dar cuenta de uno de los hallazgos que, aunque esperado, es central a los efectos del estudio.

Un primer indicador surge de la encuesta realizada en las salas de espera de las instituciones. En esos casos, los encuestados eran las y los adultos que acompañaban a las y los niños al control del “niño sano” a quienes se les consultaba quien acompañaba al niño o niño más frecuentemente. Al sistematizar el registro de los adultos y adultas que acompañaban al control del “niño sano”, es posible observar que en más de dos terceras partes de los casos la madre está presente (véase el gráfico 8). Más aún, en algo menos de la mitad de ellos está la madre del niño exclusivamente. Si se construyera un dato de “disponibilidad” al agregarle a las categorías “solamente la madre” y “madre más otro adulto” la que

implica cierta rotación de adultos (que incluye a la madre), en más de 9 de cada 10 de los hogares encuestados la madre se encuentra disponible para esta faceta del cuidado.

El segundo indicador es que la enorme mayoría de las entrevistas, con independencia de la forma en que fueron gestionados y con quien, fueron realizadas con mujeres. Pero más allá de este dato que carece de valor estadístico y que en sí mismo carece de novedad para los estudiosos del tema, fue posible identificar la emergencia de cierta naturalidad en el hecho de que son las mujeres quienes deben encargarse del cuidado de las y los menores.

Gráfico 8
Montevideo: encargado de llevar al niño o niña al control regular usualmente
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración en base a Encuesta a usuarios en centros de salud, proyecto “Obstáculos y costos para el acceso a servicios en población vulnerable: forma urbana, constreñimientos espacio-temporales y calidad” (UCU-DCSP/ANII Uruguay). Proyecto 2016-2018. La información fue levantada entre julio y noviembre de 2017.

En el discurso de los entrevistados y entrevistadas —que, una vez más, fueron en su mayoría mujeres— resultaba claro la mención a un arreglo de cuidados que incluía a los referentes masculinos. No obstante ello, la presencia de estos últimos refería básicamente a horarios fuera del horario laboral, incluso para los casos en que la propia mujer trabajaba. En esos casos se hacía mención, en condicional, a las posibilidades de la otra persona de concurrir. Es así que si bien el discurso comenzaba en general refiriendo a un arreglo común donde se compartían responsabilidades, cuando este arreglo era descrito con mayor profundidad denotaba en realidad un protagonismo mucho mayor para la mujer.

En otros casos el discurso refería directamente a la responsabilidad propia y explícitamente se mencionaba, no en todos los casos, la participación poco frecuente del padre del niño o niña.

– ¿Quién los lleva usualmente al control?

“La mayoría de las veces yo. Si me toca los sábados él me acompaña, pero ya si toca los jueves ya no puede porque tengo 17.30 el control de la tarde. Él la ha llevado (...). Pero por lo general siempre voy yo por un tema de horarios y porque me gusta. (...) Por costumbre ya como quien dice”. (Jennifer)

– ¿Quién es el que lo lleva al médico?

“Y, yo”. – ¿Y por qué tú?

“Porque sí. Si no pudiera en todo caso lo llevaría el padre. Pero nos manejamos como que si no soy yo es él y si no es él soy yo. Nos manejamos así porque nos gusta así”. _ ¿Y por lo general? “Por lo general soy yo porque él nunca está, pero si es él no habría problema”. (Belén)

_ ¿Y quién generalmente los lleva a control? “Yo”. _ ¿Siempre sos tú? “Sí. Cuando está el padre esta de licencia lo lleva él. Pero él no es de faltar ni de enfermarse (el padre), al contrario. Porque si no, no nos da ni para...”

_ Entonces por lo general tú los llevas... “Sí, sí” (Agustina)

_ ¿Eres tu quien los llevas? “Sí”. _ ¿Y por qué lo llevas tú? ¿Hay algún tipo de arreglo? “Y, porque yo soy la que está con ellos. Conozco más lo que tienen. Si les pasa algo, si les duele algo. Soy la que estoy más y se más si tienen algo que no es normal o no está bien. Los conozco más yo que mi marido porque yo paso más horas con ellos. Y además por tranquilidad mía”. _ ¿Siempre es la misma persona? ¿Siempre sos tú o esporádicamente va alguien más? “No, siempre voy yo. Siempre he sido yo”. (Carmen)

_ ¿Y quién es la persona que se encarga de llevarlos usualmente al control?

“Arranco yo y mi marido sale de trabajar y va a ayudarme. Yo siempre saco hora para las 18, que es el último horario y él llega. Porque yo para andar en el cambiador, que te están gritando que te apures, no. Él es mucho más práctico para eso. Ahí somos los dos siempre. Mi madre inviable que los lleve, porque no se maneja con ellos afuera. Y sino algunas veces que estoy enferma, el arranca solo”. (Paula)

(Sobre el niño) _ ¿Quién dirían que es el principal cuidador o referente de él?

Héctor- “No sé porque los dos en realidad”.

Mariana- “Siempre estamos con él los dos, el que corre porque se enfermó somos los dos.

H- Ósea por preferencia en el trabajo, la madre obviamente, como que tiene más tolerancia, a mí por ejemplo no me dejan salir. ¿Te acordás una vez que pedí y me dijeron que no?”

_ ¿Qué pasó?

M- “Si estamos en el trabajo y llaman que está mal salimos los dos, pero fue porque no teníamos plata y lo único que había era el auto. Y él me tenía que llevar porque el bebé estaba enfermo. Y ta, entonces a él le dijeron que no era justificativo lo de él porque yo era la madre”.

H- “Medio discriminativo, ¿no? Porque yo si hay que correr para él corremos los dos. Y yo soy el padre también”. (Mariana y Héctor)

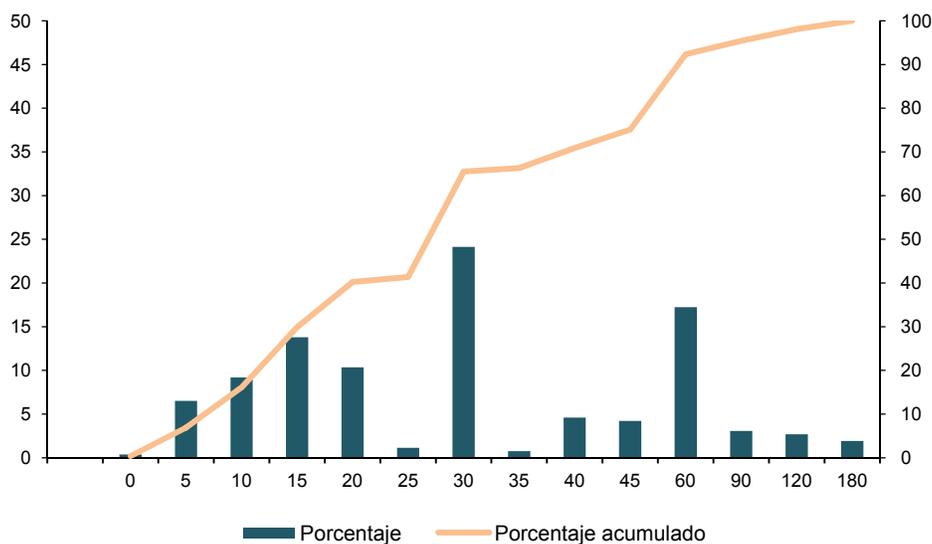
Es entonces que buena parte de las reflexiones en relación a los efectos de los obstáculos espacio-temporales deben ser leídas a través de un cristal que tenga en cuenta el costo diferencial que pagan las mujeres por ellos. Como ya se adelantó en el documento, este tipo de obstáculos pueden determinar patrones de exclusión respecto a un bien central y que además es exigido por el Estado a todas las familias. Dicho esto, también debe tenerse presente que, aunque no excluya, genera costos que condicionan las relaciones entre géneros y uno de cuyos efectos no deseados podría ser la consolidación de desigualdades y situaciones de vulnerabilidad para mujeres. Como en otras áreas donde la desigualdad de género es estudiada, esta consideración debe acompañarse por la insoslayable referencia a la clase social, que nos ilustra sobre cómo las mujeres más pobres se ven más perjudicadas aún por estos rasgos estructurales de nuestras sociedades.

C. Tiempos de espera, percepciones y estrategias de las familias

Una primera aproximación a los tiempos de espera tiene que ver con su cuantificación. La encuesta a usuarios permitió relevar este tiempo en tres registros distintos: el tiempo de espera más frecuente, esto es, aquel que es percibido como el promedio por parte del encuestado; la recordación del tiempo mínimo que ha llegado a esperar y el otro extremo, el tiempo máximo que ha llegado a esperar. Vale destacar que en todos los casos se trata de tiempos percibidos y no tiempos reales, no obstante lo cual, como en otras áreas de política —como el transporte y la movilidad— constituye información muy valiosa para establecer niveles y variaciones entre los distintos registros. Claro está, que existirá un efecto “redondeo” (en los minutos 5, 10, 15, y así sucesivamente) que complejiza buscar diferencias en rangos muy bajos. De todas formas, esta desventaja no opera en el caso del presente documento.

Al observar el tiempo de espera, es posible establecer un punto de corte en el entorno de la media hora de espera (véase el gráfico 9). Más de 6 de cada 10 adultos esperando por ser atendidos declaran esperar al menos 30 minutos para ser atendidos por el médico. Vale decir que este tiempo que se coloca prácticamente como un piso es similar al detectado a partir de las entrevistas, incluso en muchos casos ha sido más bajo. En estudios anteriores ya reseñados en los antecedentes, se había identificado una pauta diferencial entre los distintos subsistemas, en particular en materia de los tiempos de espera (D. Hernández y Rossel, 2013). En efecto, los seguros privados minimizaban radicalmente los tiempos de espera, al tiempo que las mutualistas presentaban una situación relativamente polarizada y el subsector público hacía lo propio aunque con mayor incertidumbre tanto en el tiempo de espera como en el tiempo de los trámites asociados (por ej. obtener turno o retirar medicamentos).

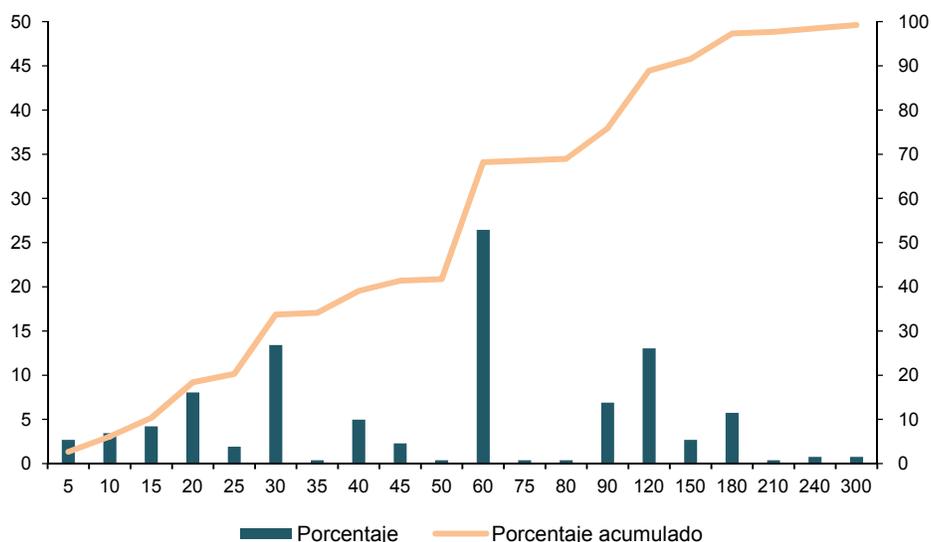
Gráfico 9
Montevideo: tiempo declarado que espera generalmente en el local antes de ser atendido
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración en base a Encuesta a usuarios en centros de salud, proyecto “Obstáculos y costos para el acceso a servicios en población vulnerable: forma urbana, congestión espacio-temporales y calidad” (UCU-DCSP/ANII Uruguay).

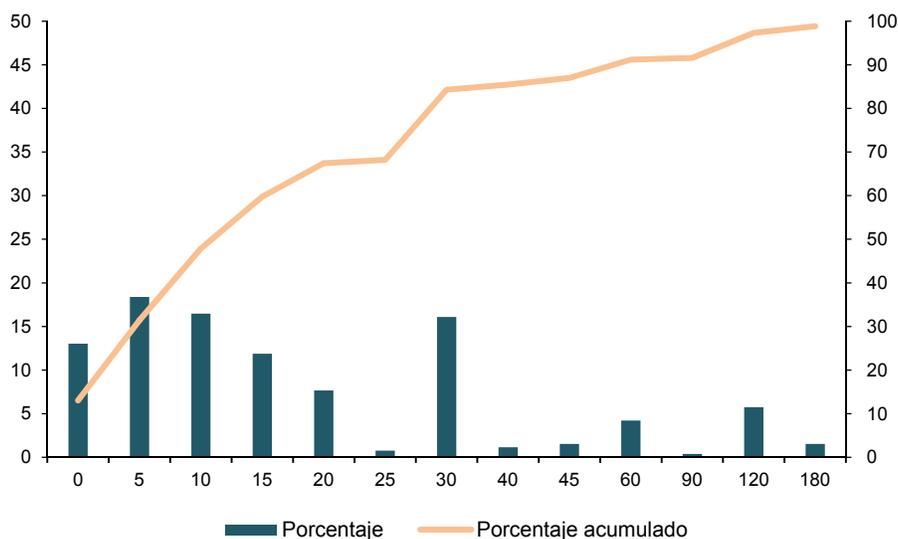
Como se argumentó con anterioridad, para discutir acerca de los obstáculos espacio-temporales, es tan importante tener en cuenta la cuantía del costo en términos temporales, como otros elementos con implicancias igualmente relevantes. Uno de ellos es la variación entre los tiempos de espera relacionados a la incertidumbre acerca del tiempo que la persona necesita para participar en la actividad.

Gráfico 10
Montevideo: tiempo máximo de espera declarado por el adulto
en el local antes de haber sido atendido
(En porcentaje)



Fuente: Elaboración en base a Encuesta a usuarios en centros de salud, proyecto “Obstáculos y costos para el acceso a servicios en población vulnerable: forma urbana, constreñimientos espacio-temporales y calidad” (UCU-DCSP/ANII Uruguay).

Gráfico 11
Montevideo: tiempo mínimo de espera declarado por el adulto
en el local antes de haber sido atendido
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración en base a Encuesta a usuarios en centros de salud, proyecto “Obstáculos y costos para el acceso a servicios en población vulnerable: forma urbana, constreñimientos espacio-temporales y calidad” (UCU-DCSP/ANII Uruguay).

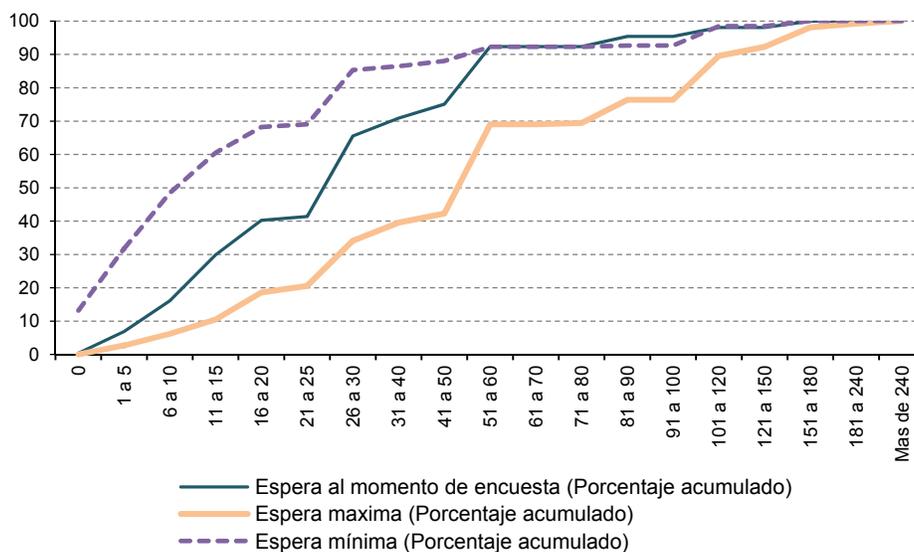
Para ello, es de utilidad contar con la declaración de los individuos acerca de cuál fue el tiempo mínimo y máximo que esperaron para ser atendidos (véanse los gráficos 10 y 11). Allí puede observarse que al considerar el tiempo máximo la curva de porcentaje se desplaza hacia el extremo superior, siendo el piso de al menos 30 minutos ocupado en lugar de por 6 de cada 10 encuestados por 9 de cada diez.

Asimismo, una proporción relevante de personas declaran haber esperado entre 1 y 3 horas para ser atendidos, apareciendo tiempos extremos aún mayores. Si se considera el tiempo mínimo, es posible observar un corrimiento inverso, aunque menos intenso porque la expansión hacia los extremos superiores fue mayor. En ese caso, los 10 minutos pasan a convertirse en el eje en torno al cual gira el tiempo de espera, tiempo que es el máximo esperado por la mitad de la población.

El análisis de los tiempos mínimos y máximos que las personas han esperado da cuenta de una brecha importante que pauta la experiencia del tiempo de espera. Expresado de otra manera, si un sistema tuviera tiempos espera relativamente regulares, se esperarían que las tres curvas confluyeran y este no es el caso (véase el gráfico 12). Las brechas que se exponen responden a promedios de porcentajes acumulados, pero que como se verá más adelante tienen que ver con variaciones en las experiencias individuales.

Si se fijara como punto de referencia la mediana de cada distribución, esto es, el tiempo del que igual o por debajo se ubica la declaración del 50% de la población e igual o por encima el restante 50%, los tiempos usuales, mínimos y máximos se ubican en entre 20 y 30, entre 1 y 10 y entre 50 y 60 minutos respectivamente. Esto habla de una dispersión de +/- 100% del tiempo declarado como usual, lo que da cuenta de ciertas complejidades a la hora de planificar el tiempo que se debería dedicar a la actividad.

Gráfico 12
Montevideo: tiempos mínimo, usual y máximo de espera
en el local antes de ser atendido
(En porcentajes acumulados)



Fuente: Elaboración en base a Encuesta a usuarios en centros de salud, proyecto "Obstáculos y costos para el acceso a servicios en población vulnerable: forma urbana, constreñimientos espacio-temporales y calidad" (UCU-DCSP/ANII Uruguay).

1. Percepción y valoración del tiempo

La información analizada hasta aquí da cuenta de la expresión explícita del tiempo como obstáculo al acceso al control del niño sano y generador de desigualdades entre géneros. Esta manifestación esconde detrás un relato que se construye a partir de un conjunto de percepciones y significaciones que en algunos casos se traducen en estrategias concretas de acción. La combinación entre aspectos estructurales vinculados a las relaciones de género, la matriz de protección y su despliegue en el territorio y la postura individual que surge de la forma en que se percibe esa realidad y se actúa frente a ella, da como resultado situaciones de mayor o menor vulnerabilidad. Para captar y comprender ese entramado complejo, es necesario recurrir a los actores, lo que en este documento se realizó a través de entrevistas en profundidad cuyos resultados se sintetizan a continuación.

Una primera dimensión tiene que ver con el tiempo efectivamente transcurrido para acceder al médico. De las entrevistas surgen tiempos variables y que en muchos podrían ser calificados de largos. La segunda constatación surge de cuál es la valoración del tiempo que se debe invertir en este tipo de actividades en el marco de tiempos relativamente largos. Contrariamente a lo esperado, en los hogares vulnerables emergió de forma sistemática un discurso que manifestaba una escasa valoración del tiempo. Este espacio de significado arrojó resultados en los que intervalos de algunos casos más de una hora (o incluso más largos), no necesariamente se vislumbraba estar frente a tiempos extensos y, mucho menos, inaceptables. En estudios anteriores en los que se relevaron estratos medios y medio altos, este tipo de tiempos eran concebidos como excesivos y hasta inaceptables (Hernández y Rossel, 2013).

Los tiempos de espera son valorados de distintas maneras por los entrevistados, dependiendo de otros factores como el empleo, la cantidad de niños y niñas en la sala de espera y sus edades, y la calidad de la atención del pediatra. Los relatos de mujeres desempleadas sobre la conveniencia y compatibilidad de los horarios de los pediatras no reflejan inconvenientes algunos. Ellas no declaran tener dificultades para llevar a las y los niños a una consulta pediátrica en cualquier momento del día.

– ¿Te genera alguna dificultad conciliar la hora que van al médico con alguna actividad tuya?

“Por lo general no. A no ser que alguna vez tenga que hacer faltar a los nenes a la escuela. Igual la pediatra de ellos atiende de mañana a las 8 de la mañana así que siempre me atienden de mañana, también cuando van al dentista. Pero no, no he tenido dificultad, a lo que no trabajo”. (Belén)

– ¿Y te genera algún tipo de dificultad conciliar la consulta pediátrica con alguna otra responsabilidad o quehacer? *“No, generalmente no tengo problema. Tampoco tenía tan seguidas. Ahora con el sí, pero no he tenido problemas. Generalmente el horario donde yo los atiendo generalmente no hacemos nada. Terminamos de almorzar y enseguida vamos, como que no tienen otra actividad. Si tienen es mas tarde” (Carmen)*

Una dificultad que es reiteradamente mencionada por distintas madres en cuanto al tiempo de espera es la de lograr permanecer por largos períodos de tiempo con hijos pequeños en la sala. Muchas no observan que esperan un período extenso o excesivo en sí mismo, pero que sí parece ser excesivo cuando la espera se realiza con niños pequeños.

– ¿Estás conforme con esperar por ejemplo dos horas o te parece excesivo?

“Por un lado es medio excesivo porque si estoy con un bebe, se ponen molestos, ya no quieren estar sentados ni parados. Y si estoy con los grandes no me calienta porque ellos están ahí y ta”. (Jennifer)

– ¿Y cuánto crees que es un tiempo razonable, óptimo que vos crees que es razonable esperar? *“Una hora como mucho. Se supone que si vos vas a un hospital es por algo. ¿Y en un control regular, de rutina, que te genera esperar?”*

Y a mí no me molesta. En sí no me gusta la espera. Pero no tengo problema, espero. Pero ponele, ahora no dejan comer a los niños adentro ni tomar mate”. (Belén)

– ¿A vos e generaría algún tipo de consecuencia o perjuicio esperar tanto?

“No, en general por los niños, porque se inquietan y empiezan a tocar todo, arrastran las sillas de las salitas de niños. Llega un momento que se aburren. Porque yo en realidad no tengo nada más importante que hacer. Tengo todo el día para ocuparme de ellos en realidad, no es que yo tenga algo que hacer, o llegar porque venga alguien”. (Agustina)

– ¿Y cuánto sería para vos un tiempo razonable para esperar? *“Más de 45 minutos con niños de dos años imposible. Los tenés que colgar de una piola”. (Paula)*

“Te agota, porque te agota a vos y los agota a ellos. Y vos tenés que llegar a tu casa y poner a ritmo todo lo que no hiciste por estar allá. Y que te salga todo bien y no te digan “vuelva dentro de dos días por tal cosa”. (Paula)

“Si vas como adulto a una consulta, te la bancás. Un niño se pone impaciente. Cuando entramos da vueltas, toca todo. Vas para hacer algo rápido y estas todo el tiempo rezongando para que se quede sentado quieto o optas por darle un celular (cosa que estoy en contra)”. (Lorena)

_ Bueno, me decían que generalmente esperan una hora hasta que el pediatra los atiende. ¿Cuánto consideran que sería un tiempo razonable de espera? ¿Una hora les parece excesivo, les parece que está bien?

Mariana – “Con él que es chico es mucho. Él es tranquilo, pero hay niños que se aburren pobrecitos de estar ahí”.

Héctor- “Se aburren y los querés sacar lo antes posible de ahí, ¿no?”

M- “Aparte, claro. Los mismos microbios”.

H- “Claro, es un hospital, van niños enfermos también”.

_ Como que no es un lugar que quieran estar mucho tiempo capaz...

M- “Claro, no es para estar”.

H- “De repente hay alguno que está con tos ponele, además del clima”

M- “Capaz que 20 minutos, media hora ya estaría”.

H- “Claro, igual hay que verlo por el lado de que si demora por tener a alguien adentro. Ahí uno es tolerante porque también es padre”. (Mariana y Héctor)

Si bien algunas madres manifiestan que el tiempo de espera en definitiva resulta excesivo, al menos para un niño, también otras ya aceptan esta situación como dada y adoptan una postura más bien conformista. Se dirigen al control sabiendo que el tiempo de espera va a ser alto, no generan expectativas de que un menor tiempo al de costumbre es posible, y por lo tanto tampoco reportan disconformidades con la situación.

_ ¿Entonces que te lleve más o menos en este momento no te genera alguna dificultad?
“No, no. Porque si voy al médico voy sin apuro. No tengo problema. Voy sin apuro. Además ya voy sabiendo que voy a esperar”. (Belén)

_ ¿Cuánto tiempo te lleva una vez que estás en el lugar? *“Una hora, nunca más de una hora. (...) te atienden bastante rápido. Incluso tienen lugares, como bóxer así, que tienen colchonetas, vos llevás tu manta evidentemente, la ponés a la niña ahí, porque yo no la pongo en las mantas de ahí, llevo lo mío, lo personal, y tienen como unos reflectores que dan calor, que vos tenés que desnudar al niño para que te lo midan, te lo pesen, todo. Entonces vas, lo desnudás, te lo pesan, te lo miden, todo, y después de ahí desnudito como está lo llevás al médico, pero como hay calefacción ahí adentro no necesitás abrigarlo. (...)” (Gladys)*

En algunos casos, estas largas esperas aceptadas por las madres se correlacionan con una detenida revisión por parte del pediatra. De alguna manera esto funciona de contrapeso, en tanto la tranquilidad de controlar a su hijo exhaustivamente compensa todo tiempo de espera.

_ ¿Cuánto te llevaba la consulta? *“Ese es el tema. ¿Viste eso de “Lo que cuesta vale”? Ese es mi pediatra. De repente estuve dos horas esperándolo, con número, porque él es tan buen pediatra, que te los desnuda a los niños, te los da vuelta, les mira hasta el dedo gordo, les mira la uña...es de los que ya no quedan. Por eso creo que todos los padres asumimos ese costo.” “Si te dan hora a las diez, sabés que es a las doce. (...) A pesar de*

eso yo elijo, y elegimos con mi marido también, porque es la tranquilidad de que nos atienda él.” (No lo conocían, sino que les fue asignado aleatoriamente por el sanatorio, pero les fascinó desde el primer control). (...) “Lo único que no es tan maravilloso, pero es un precio que pagamos y todos los demás padres también, es que sabés que es un médico demorón. Pero le revisa todo. Que ya no hay médicos así. Hay médicos que ni la ropa le sacan.” (Isabel)

— ¿Te genera cierta incertidumbre esto que me decís, que por ejemplo no sabés cuánto demora porque depende del número que te toca? *“No, a veces puede ser menos también. Es depende porque él es muy puntual. Pero él se toma su tiempo, con cada paciente. Pero yo ya estoy acostumbrada porque ya los conozco”. (Jennifer)*

Esta valoración genera estrategias tiempo-intensivas y a las claras poco eficientes (por ejemplo, caminar hasta un lugar lejano para ser atendida por un médico específico) o, a la inversa, seguir concurriendo al más cercano aunque los tiempos de espera sean muy extensos. Pero en una reflexión más general sobre equidad, debe tenerse presente que el hecho de que algunas personas perciban costos temporales y personales excesivos como bajos no los convierte en tales, y mucho menos en aceptables. Con independencia de la valoración que hagan estas mujeres del tiempo que deben dedicar, los efectos sobre el desarrollo de otras actividades como insertarse en el mercado laboral, se verán indudablemente resentidas. Uno de los efectos de sentirse con más disponibilidad de tiempo y que debería ser estudiado en mayor profundidad es la posibilidad de mantenerse con el mismo médico sin importar este tipo de costos. En las entrevistas surgió de forma frecuente nociones que identifican el tiempo de espera como una inversión que permite seguir atendiendo al niño con un médico cuya atención es percibida como muy buena.

Como se menciona anteriormente, por lo general, los tiempos de espera indicados por las entrevistadas no son menos de media hora en la sala, y aproximadamente dos horas la realización completa de la actividad.

— Y pensando en todo el trámite completo, desde que salís de tu casa hasta que volvés, ¿cuánto tiempo les lleva? *“Ponele que capaz que dos horas. Si voy caminando tengo 25-30 min de ida, confirmas la orden, son 15 minutos, ya ahí tenes 45 minutos sin que la pediatra atienda al primero. Mientras espero mi turno tendré capaz que media hora más. Y sí, ponele dos horas (...) una vez llegué a esperar 2 horas y media” (Lorena)*

— ¿Cuánto te demora la realización completa del control, es decir, una vez que salís de acá hasta que llegas? *“Ahora a mí me dieron hora para la próxima, para media hora entre cada uno. Ella está media hora más o menos con cada niño, y yo tengo los 4, empieza a las 11. ¿O sea que tenes dos horas fácil, solo de control? Si si ¿Cuánto tiempo te demora todo el trámite de la consulta, desde que salís de acá hasta que volvés? El lunes por ejemplo tendría con los 4. Ellos tienen hora a las 11. Y yo tendría que salir como 11 menos cuarto de acá, llamar al taxi. Y llamarlos después que salgo para que me vaya a buscar. Capaz que serían 15 minutos más. Depende los viajes que tenga el taxi también. Pero serían capaz que dos horas y media todo”. (Agustina)*

— ¿Cuánto demora la realización entera del control pediátrico, desde que salen hasta que llegan? *“Tres horas, tres horas y media”. (Paula)*

— ¿Cuánto esperas aproximadamente en la sala hasta que los atiende el pediatra para el control regular? *“Con ellos de las tres horas que estás ahí adentro, tenes 5 minutos que los miden y lo pesan. Salís de ahí y vas a la dentista, ponele que estás media hora, cuarenta minutos. Después de ahí volves a sala a esperar el médico que son 10 minutos. En el dentista estas 30-40 minutos, ¿a qué te llamen? Sí, a que te llamen. En el dentista después son dos minutos. Pero vas haciendo ese viajecito que toma tiempo. Después lo que más esperas es el pediatra. Que depende del número que tengas” (Jennifer).*

_Y contame, ¿cuánto tiempo dirías que les lleva el trámite completo? ¿Una vez que salen de acá hasta que vuelven?

Mariana- “Y dos horas, dos horas y media”.

_Bien, ¿y que incluiría en esas horas y media?

M- “Desde que salimos de acá, la espera, el sacar el número que viste que tenés igual que retirarlo, la orden”.

_ ¿Cómo es eso?

M- “Claro, ellos te dan el papel de la fecha, pero eso no es la orden. Vos tenés que ir a retirar la orden. Entre que hacés la cola. Después que lo pesan, lo ve el dentista, después recién lo ve el pediatra. Que también puede ser que llegue tarde. Sí, son dos horas, dos horas y media fácil”. (Mariana y Héctor)

Es interesante observar cómo cambia radicalmente el reporte de casos donde el local del prestador en que las personas atienden a los niños no es una sede central, sino que policlínicos con menos concurrencia de pacientes. Por ejemplo Carmen, que atiende a sus hijos en la Asociación Española los lleva al policlínico de Las Torres y el tiempo de espera en la sala es significativamente menor al que ha tenido que esperar en Sede Central. Del mismo modo, el tiempo de espera que tiene Agustina en SAPP del barrio Casarino (Suarez) es ínfimo.

_ ¿Y tiempo de espera en la sala? ¿Cuánto por lo general esperas?

“En realidad no he esperado mucho, generalmente han sido unos minutos y me han hecho pasar. Pero creo que menos de 15 minutos Como es una policlínica no hay tanta gente, entonces el tiempo de espera es más corto. En central he esperado más tiempo”.

_ ¿Cuánto más o menos? “De 5 a 10 minutos capaz 15. Lo máximo que he esperado fue 25 minutos, pero fue raro. O se demoraron con algún paciente o algo, o la doctora se atrasó. Sino no. Acá en la policlínica generalmente llego, me anuncio y en seguida sale la enfermera y me hace pasar para acomodarlo”. (Carmen)

_ ¿Y esperas mucho en la sala de espera? “No, no, porque ya te dan la hora y vas en la hora”. ***_ ¿Cuánto es lo máximo que has esperado?*** “Nunca hemos tenido que esperar. Ya llegas, lo controlan, lo pesan, lo miden y en seguida los ve la pediatra. Por suerte es bien rápido”. ***_ ¿Y por lo general hay más personas que esperan a ser atendidas?*** “No, atienden de todo ahí, porque tenes medicina general todo el día. Igual nunca hay más de 10 personas, es muy difícil. Vos vas y si hay 2 o 3 personas esperando en la sala es mucho” (Paula).

2. Incertidumbre y estrategias

Más allá de identificar tiempos excesivos que superan una hora de espera o hasta más de tres horas, de los relatos también surge la escasa regularidad en los tiempos de espera que se infería del análisis de la información cuantitativa presentada más arriba. En este caso, el análisis cualitativo permite profundizar en el efecto distorsionante que genera sobre las actividades de los hogares. Así, por ejemplo, si una persona planificó la pérdida de una jornada laboral, una agilidad inesperada en el trámite no devuelve la jornada perdida.

Pueden existir varias formas de lidiar con esta incertidumbre. Una es adoptar estrategias intensivas en tiempo, fruto generalmente de una subvaloración de éste. Por supuesto que este tipo de estrategias no minimiza costos ni impactos negativos, simplemente los internaliza en el miembro del hogar responsable de la actividad, generalmente las mujeres. Otro tipo de estrategias depende de que los miembros del hogar cuenten con flexibilidad en el lugar de trabajo que les permita realizar modificaciones puntuales sin perjudicar su condición laboral. Estas estrategias son de difícil implementación en estratos más bajos que cuentan con condiciones laborales más rígidas tales como el sector servicios, comercio, servicio doméstico o personales.

La incertidumbre del tiempo de espera puede estar dada por varios factores, pero sin duda de los más mencionados por los actores es el sistema de “números” por el cual a cada paciente se le asigna un orden para entrar a consulta. Y no solamente esto, sino que además no es del todo confiable la regularidad del tiempo entre cada número, por lo que en definitiva se vuelve más impredecible el tiempo de espera total. Algunos casos incluso no han obtenido como indicativo fiable el número de consulta, dado que han sido atendidos mucho tiempo después de lo esperado. Otro factor que incide en esta cuestión es la edad de los pacientes del día. Sucede, en ocasiones, que los bebés o niños más pequeños tienen prioridad antes que los más grandes, independientemente del número que cada uno tenga. Todo depende, nuevamente, del pediatra y sus decisiones.

— ¿Cuánto tiempo estás allá? “Dependiendo el número que tenga, dependiendo las ganas que tenga la doctora, dependiendo si llega en hora, que a veces llega media hora más tarde, a veces podemos estar dos horas y media, tres. Depende del número que tenemos”. (Gladys)

— Y siguiendo con el tema de los tiempos, ¿cuánto esperan por lo general en la sala hasta que la atienden? “Es según el número que te toque. Yo ahí calculo el tiempo que te va a llevar. Vos tenés que confirmar la orden 15 minutos antes, y ponele si tenés un número 15, tenés una hora y algo, como mucho una hora y media. Una vez tuve que esperar 2 hs y media. Porque la pediatra, la segunda que tuve, que era bien, pero demoraba, te revisaba de todo, y cada persona que entraba demoraba bastante”. — ¿Cuánto demoraba la consulta con ella? “Entre 15 y 20” — ¿Y por lo general la pediatra que van ahora cuánto demora en la consulta? “Demorará 10 minutos. Si ve que tenga que revisarla por algo raro se toma su tiempo. Ahí no le importa el que esté afuera, que espere”. (Lorena)

— ¿Cuánto te demora desde que salís de acá, todo el trámite hasta que volvés?

“Y depende. Si tengo control 17.30 como tengo los jueves, como es solo control. Yo que sé, dos horas. Desde que salgo hasta que o un poquito más capaz. Porque depende del número que tengo, depende si tengo niños grandes, si tengo bebés es toda la atención que te digo que él presta. (...) Lleva tiempo, tres horas mínimo lleva, desde que salgo hasta que llego”. (Jennifer)

“Ellos te dicen, la consulta es de tal hora a tal hora. Entonces vos más o menos le calculas, preguntas cuántos números dan y calculas. Me ha pasado de que la consulta empiece a las 9, tener el número 2 y que me atiendan 10 menos 5. Imposible que esté 55 minutos con una sola persona”. (Pilar)

— ¿Siempre saben que es una hora, o de repente eso puede variar?

H- “Puede variar”

M- “Sí, puede variar”

— ¿Esa incertidumbre no les juega en contra en algún sentido?

H- “Y no, porque estás ahí y estás viendo. Calculas más o menos, ves el número que tenés. A veces ni por número llaman, porque a veces te agarran la hoja así nomás. Y vos esperando el número, llega tu turno y llaman a otro”.

M- “Esas cosas te sacan, no? ¿Y reclamar viste que no podes porque a veces te sacan no?”

— ¿No reciben muy bien las quejas?

M- “Pero a veces le decís, “yo tenía el número tanto” y te dice “bueno, no sé, espere, ahora lo llamo”, y te hablan con ese tono que vos decís...”

— ¿Y eso qué sensación les genera?

M- “Rabia!” (risas) (Mariana y Héctor)

Como se menciona anteriormente, la edad de los pacientes puede incidir en el orden que cada uno entre a consulta, y por lo tanto el margen que deben esperar (o mayor o menor) al previsto. La cantidad de pacientes opera de forma similar. Es un elemento que no se puede predecir con anterioridad, de modo de poder planificar previamente la situación y cómo sobrellevarla. Y la gran variabilidad de esta situación hace que las diferencias sean grandes.

_ ¿Cuánto esperas en la sala de espera? Una vez que llegas, hasta que te atienden. “Depende del médico. En el control pediátrico, depende del número que tengas y si hay como te dije, niños más grandes, es rápido. Pero si tenés niños bebés te atiende primero a los bebés. Si tenés el número uno, y llegó un bebé, tenés que esperar porque entra el bebé”. _ ¿Así que eso hace que varíe el tiempo de espera? “Claro, es depende. En ese tema es muy variado”. (Jennifer)

_ ¿Y cuánto te demora todo el trámite desde que sales hasta que vuelves? “Depende. A veces podés pasar tres horas como también podés pasar enseguida. Depende la gente que tenga para atender. A veces tiene mucha gente y a veces hay muy poquito y te atienden enseguida. En sí en lo que demorás más es en sacar el número, eso que me parece un atraso. De sacar el número y esperar para sacar la orden. Y hay demasiada gente. Eso es lo que demorás más. Después capaz que esperando son 10 minutos y en el consultorio 5 si está todo bien. La demora está ahí, esperar para ser atendido ahí para que te den la orden”. _ ¿Y eso varía? ¿Sabes más o menos cuanto vas a esperar? “Por lo general demoran bastante. Nunca vas y enseguida te dan la orden”. (Belén)

“... (la atención en la policlínica) empieza a las doce, y a veces estamos hasta las cuatro de la tarde. Según la cantidad de niños que vayan a veces estamos hasta las cuatro de la tarde... Te dan hora a las doce y te atienden a las cuatro. Vos vas diez y media u once y media para dar el carnecito y te atienden a las cuatro, cuatro y media. Hay mucha gente, y la pediatra para hacer el trabajo bien, es muy lenta. Está mucho rato con cada niño (...) Al llegar y entregar el carné la pesan y la miden a la niña, y luego de eso es que puede estar cuatro horas esperando que la atienda la pediatra. Si me voy pierdo el lugar. El tiempo de la pediatra con cada niño es de entre 15 minutos y media hora” (Isabel)

De las entrevistas surge que las familias despliegan distintos tipos de estrategias para lidiar con los constreñimientos y dificultades en el acceso. Un claro ejemplo es el problema que surge en la conciliación del trabajo remunerado con la consulta pediátrica. Nuevamente, las personas que no están insertas en el mercado laboral no reportan dificultades en esta dimensión. Sin embargo, sí emergen dificultades y de hecho de forma distinta entre quienes tienen un horario flexible de trabajo y quienes no lo tienen. Por un lado, trabajadores y trabajadoras con una jornada laboral estricta que cumplir, deben irse más temprano o pedir el día para poder llevar a sus hijos e hijas al control, significándoles un respectivo descuento de su ingreso. Por otro lado, quienes tienen la oportunidad de flexibilizar su horario de trabajo, con anterioridad cambian sus agendas de acuerdo a la hora del médico.

“Ella cuando tiene los sábados control yo pido "a las nueve me tengo que ir" y no hay problema. Me voy y después no regreso porque es un lapso grande, depende del número que tenés en el médico. O si tengo que faltar le digo "mira que tengo control a tal hora" y no vengo porque no me sirve, porque gasto más en boleto que las horas que tengo que ir a trabajar. Ta, no tengo problema, es llevar el certificado y más nada”

- ¿No te descuentan?

“Sí, o sea me descuentan el día. El descuento del día lo tengo. Porque no fui a trabajar, no es un jornal. Porque yo soy jornalera y él también. Ellos tienen 2 horas por mes de trámites. Pero esas dos horas se las pagan. (Jennifer)”

¿Los horarios que te ofrecen de pediatras? ¿Son compatibles con tu agenda?

“Con el horario de trabajo, no. Siempre me caen en el horario de trabajo. Una de ellas atiende de 12:30 a 16:00. Incompatible con cualquier laburo. La otra es según, te va cambiando también, pero te atenderá hasta las 15. Arranca tipo 11 de la mañana y termina a las 3 de la tarde. La mayoría de las veces puedo cambiar de horario en mi trabajo. Hoy por ejemplo me ofrecieron ir de mañana y fui de mañana. Si no trato de cambiarlo o hago horario cortado”. (Pilar)

También son variadas las opciones de las familias en cuanto a la decisión de llevar a todos los hijos juntos al control, o ir por separado. Esta diferencia la delimita la distancia a la que se encuentra el prestador de salud desde el hogar y los medios de transporte accesibles para llegar hasta allí, y al mismo tiempo el tiempo de espera una vez en la sala. Resultan muy ilustrativos los casos de Paula y Agustina. Paula nunca lleva a sus dos hijos a la consulta, le resulta impensable. Se dirige hacia la Médica Uruguaya en ómnibus con su hija, que le demanda 20 minutos y espera aproximadamente 40 hasta que el médico lo atiende, aunque ha llegado a esperar más. En cambio, Agustina que vive en Casarino (Suarez), el policlínico le queda más lejos y por lo tanto tiene que pagar un taxi para trasladarse. El tiempo de espera en la sala es casi nulo y decide atender a sus 5 hijos al mismo tiempo.

“(Mi esposo) es empleado de cadetería y yo empleada en una imprenta. Trabajamos los dos 8 horas, yo ahora estoy con horario maternal. Así que estoy más flexible hasta noviembre de llevar el horario para un lado o para el otro. Porque en el trabajo generalmente no tengo problema. Es bastante flexible. Y mi madre que anda ahí, la abuela jubilada es el comodín. Porque a veces tenés que dejar a uno o a otro. Jamás se me ocurre ir con los dos a la mutualista, jamás, inviable, imposible”

— ¿Los llevás a los dos por separado?

“Separado, completamente. Prefiero pagar el boleto y el viaje que llevarlos a los dos. Porque o voy sola, o mi marido después me alcanza. Pero hay que llevarlos de a uno”. (Paula)

(Sobre el prestador de salud donde se controlan los niños) ¿Y a qué distancia te queda de tu casa? “Queda por la ruta 6, pasando todo el cuartel y casi todo Toledo. Son como 2 km, porque es más que Casarino. Siempre tengo que llamar un taxi para ir. Casi siempre los hago todos juntos, saco hora para todos juntos”. (Agustina)

La asistencia al centro educativo por parte de los niños no implica una dificultad en el acceso al control, dado que en general se opta por priorizar este último y perder un día de clase.

— ¿Y te resulta conveniente la oferta de horarios de su pediatra? *“Sí, igual no tengo problema de horarios para llevarlos. Porque en el único caso que pido mas por la mañana es por Fiorella que va al liceo. Porque en realidad no me incomoda que no vayan a la escuela. Fiorella sí porque tiene muchas pruebas y eso. Entonces, acomodo más el horario por ella. Pero después no tengo problema”. (Agustina)*

Otra de las estrategias identificadas es el trabajo en coordinación conjunto entre las parejas para paliar los costos de las largas esperas. Confirmar la orden con anterioridad por uno de los integrantes de la familia y luego ir a esperar al local con el niño es una de las estrategias. También lograr estar los dos padres en la consulta para colaborar en las cuestiones específicas del control.

— ¿Y por lo general encontrás consultas en el horario que vos precisás de acuerdo a tu agenda laboral? ¿Qué tipo de números encontrás? ¿Más bien altos, bajos...? *“Sí, hay bastante accesibilidad. Siempre cuando saco me tocan números como el 8 y el 9. Solo una vez me toco el 15, y esa vez fui mas tarde. Lo mandé a aquel a confirmar la orden y fui mas tarde”. (Lorena)*

Por otro lado, la dimensión relacionada el pediatra y la continuidad con el mismo, puede verse alterado cuando se interponen dificultades espacio-temporales. Pese a que las y los niños tienen un pediatra a la que ven regularmente, fácilmente se hace una excepción si los horarios no cuadran. En este sentido, algunos padres no reportan grandes preocupaciones al respecto.

¿Consideras que la oferta de horarios de tu pediatra es amplia? ¿Te parece adecuada? ¿Estás satisfecha? “Amplia no me parece porque atiende un día a la semana. Si atendiera otro día a la semana capaz que mejor. Pero igual yo no necesito, no me hace diferencia porque ellos no se enferman seguidos. Si por alguna razón necesito consultar algo voy a otra. No espero a que esté la pediatra de ella. A veces voy a otra, y cuando veo a la mía le digo “Mirá, me pasó esto”. (Carmen)

¿Y estas conforme con los horarios que atiende la pediatra de ella? ¿Consideras que son los suficientemente amplios los horarios en que está atendiendo? “Lo que pasa que es al revés, la elegí a ella por el horario”. _ **¿Y ella generalmente atiende en la tarde, no?** “Claro, generalmente sí. Lo único que puede pasar es que yo no elijo si es un lunes, un martes,... eso no. Me dicen “tal día, tal fecha, ¿le sirve?”. Ahí sí me adapto yo. Si no me dan otro, eso no hay problema, a las seis de la tarde”. (Paula)

Finalmente, aunque para algunos entrevistados emerge como estrategia la posibilidad de lograr varias consultas médicas el mismo día para poder concentrar los costos en una sola jornada, para otros la incertidumbre bloquea esta posibilidad.

_ **¿Te sucede de tener un compromiso o responsabilidad después que tengas que llegar a una hora determinada?** “No no, por tema de horarios no tengo. Por más de que a las 15 hrs tengo un médico y a las 17 hrs tengo otro y todavía son las 17 y no me atendieron, no voy a estar de acá para allá. Eso sí. Por eso trato de que no me den fecha para los mismos días, o al menos con dos horas de diferencia. Porque sé como son”. (Jennifer)

V. Consideraciones finales e implicancias de política

Este documento se planteó dos objetivos básicos. En primer lugar, buscaba contribuir a la discusión sobre tiempo y género en América Latina desde la perspectiva de la geografía del tiempo. Esta mirada, complementaria a la acumulación sobre usos del tiempo y tipos de trabajo, pone el foco en los constreñimientos espacio-temporales que las familias enfrentan para realizar las actividades cotidianas que desean o deben realizar. Se entiende que el tiempo no puede ser analizado en forma separada del espacio, en tanto las actividades que las familias realizan tienen lugar en un territorio concreto, por lo que el lugar y la secuencia con que se realizan las actividades son muy relevantes. Con este enfoque, la trayectoria de las personas en un día cualquiera dibuja un *path* que es a la vez temporal y espacial. La forma que asume este *path* cotidiano depende de constreñimientos de capacidad, acoplamiento y autoridad. Estos constreñimientos se interrelacionan entre sí y son clave para entender no sólo por qué las personas acceden o no a los lugares donde se desarrollan las actividades que deben realizar, sino también los costos que enfrentan para poder hacerlo.

En segundo lugar, el documento se proponía estudiar los tiempos de espera de las familias que llevan a sus hijos e hijas menores de 3 años al control pediátrico del niño sano en Montevideo como forma de profundizar en un tipo de constreñimiento espacio-temporal. A partir de la realización de entrevistas en profundidad a familias con niños pequeños y utilizando fuentes secundarias de un proyecto en curso sobre constreñimientos espacio-temporales en Montevideo, se buscaba dimensionar los tiempos de espera en servicios de salud pediátricos y conocer las percepciones de las familias —y en particular de las mujeres— sobre este fenómeno, en particular, como es internalizado, tolerado y tenido en cuenta a la hora de tomar decisiones cotidianas de organización de actividades.

El análisis de información secundaria a partir del relevamiento de la oferta de horas pediátricas en Montevideo según tiempo y espacio ofrece una perspectiva nueva sobre cómo las políticas públicas se organizan en clave temporal y cómo esto condiciona las oportunidades de las familias. La oferta de servicios pediátricos tiene un sesgo en días de la semana (mayor oferta los lunes, menor oferta los viernes, oferta marginal los sábados) y también en horarios, con mayor peso de horas médicas ofrecidas en las mañanas. En efecto, la oferta en la media tarde es un tercio menor a la de la mañana y la oferta

vespertina es siete veces menor a la de las mañanas. Estos datos muestran la superposición con los horarios típicamente laborales y ponen de relieve los potenciales conflictos de conciliación entre actividades productivas y reproductivas. El otro elemento clave que los datos ponen sobre la mesa es la estratificación de la oferta en espacio y tiempo por subsistema o tipo de prestador. El subsistema público está sobrerrepresentado en la oferta matutina y de los primeros días de la semana. En contraste, el subsistema que incluye a prestadores privados y mutualistas, aún cuando concentra más sus horas pediátricas en las mañanas, presenta una distribución más homogénea entre días y horarios, con una presencia relevante de horas los días sábados. El correlato espacial de esta oferta pone de manifiesto la heterogeneidad de la oferta entre días y horarios, con un horario matutino cubierto, con presencia de locales grandes y también pequeños extendidos a lo largo de todo el territorio, y con el subsistema público sobrerrepresentado en la periferia. Un panorama similar, aunque menos concentrado, se observa para el horario de la tarde. La imagen en el horario vespertino, en cambio, es mucho más acotada y está presente sobre todo en la zona céntrica de la ciudad.

El estudio del caso de Montevideo también muestra, tanto a partir de los datos de la Encuesta referida como de las entrevistas en profundidad realizadas para este trabajo, que la tarea de llevar a niños y niñas a las consultas pediátricas está fuertemente asociada a las mujeres, quienes la realizan solas o eventualmente con otro adulto. Este dato, junto con los testimonios recogidos en las entrevistas, dan cuenta de la naturalización de esta asociación y no solo visibilizan la desigualdad entre hombres y mujeres en la asunción de este rol, sino que también indican que cuando se habla de costos de tiempo y restricciones espacio-temporales asociados a la atención médica de las y los niños, se está hablando de una problemática enfrentada mayoritariamente por las mujeres.

Por otro lado, los datos de tiempos de espera en la consulta pediátrica indican costos temporales atendibles: más de 6 de cada 10 adultos declaran esperar al menos 30 minutos para ser atendidos por el médico. Más importante que esto, sin embargo, es la incertidumbre acerca del tiempo que las personas necesitan para participar en la actividad, reflejada en las brechas entre los tiempos mínimos y máximos de espera en los locales de salud. Las entrevistas en profundidad indican valoraciones muy diversas sobre el valor del tiempo, pero en general con una escasa valoración del tiempo propio en los referentes de familias más vulnerables. También se identifica una cierta naturalización de la incertidumbre.

Estos resultados reafirman la importancia del tiempo y de los constreñimientos espacio-temporales a la hora de analizar el acceso a un servicio básico como es la atención regular de salud a niñas y niños pequeños. También muestran que los desafíos de conciliación de agendas, y demandas, y la carga de llevar a las y los niños al médico siguen siendo desafíos mayoritariamente femeninos y forman parte, como tantas otras dimensiones, de la reproducción de la desigualdad de género en la vida cotidiana. Esto es así en todos los sectores sociales, pero asume su versión más cruda en los sectores más vulnerables.

Estos hallazgos interpelan las políticas públicas en varios planos.

En primer lugar, muestran una faceta más en la que es necesario redistribuir los roles de trabajo remunerado y no remunerado entre hombres y mujeres. Esto implica un cambio cultural importante a nivel de la población, pero también interpela a los prestadores de salud, tanto públicos como privados, que históricamente han asumido a las madres como las referentes prácticamente exclusivas para el personal médico cuando se trata de la atención de salud de un niño o niña.

En segundo lugar, el estudio da cuenta de la relevancia de los tiempos de espera y de los niveles de incertidumbre que pautan las visitas regulares a las consultas pediátricas en Montevideo y también refleja la relativa naturalización de esta situación entre las entrevistadas, para las que no siempre es fácil identificar costos, aunque éstos (como la pérdida de ingresos) saltan a la vista. Estos datos obligan a reflexionar sobre el lugar que ocupa la espera en los servicios de salud en la ciudad. También interpela a las políticas públicas de regulación en ese campo, evidenciando la importancia de reducir los tiempos de espera y, sobre todo, mejorar la organización de los servicios para que la experiencia de llevar a la niña o niño al médico tenga menos costos de tiempo y sea más previsible, es decir, sea más compatible con la vida laboral y doméstica de las familias.

En tercer lugar, y unido a lo anterior, parece necesario repensar también la oferta en términos de horarios y días, facilitando la conciliación con agendas laborales y reproductivas. Es importante que los servicios consideren estas restricciones y no den por sentado que las familias pueden ir cualquier día a cualquier hora a la consulta pediátrica.

Finalmente, es preciso repensar la organización del sistema de salud en su conjunto, que parece funcionar con una lógica dual (público por un lado, con presencia fuerte en la periferia, y con locales pequeños y sistema privado/mutual por otro, concentrado en las zonas más céntricas y con predominio de locales grandes) y en la que están tensionadas cobertura territorial y oferta horaria.

Bibliografía

- Alcaino, P., C. Domarchi, y S. Carrasco (2009), “Gender Differences in Time Use and Mobility: Time Poverty and Dual Consumption”. presentado en First Workshop of the Time Use Observatory (TUO), Santiago de Chile.
- Antonopoulos, R. (2009), “The unpaid care work - paid work connection”. Policy Integration and Statistics Department International Labour Office. Working Paper No. 86.
- Antonopoulos, R., y I. Hirway (2010), *Unpaid Work and the Economy: Gender, Time Use and Poverty in Developing Countries*. New York: Palgrave Macmillan.
- Anxo, D., L. Flood, L. Mencarini, A. Pailhé, A. Solaz, y M. L. Tanturri (2007), “Time Allocation between Work and Family over the Life-Cycle: A Comparative Gender Analysis of Italy, France, Sweden and the United States”. IZA DP No. 3193. <http://ftp.iza.org/dp3193.pdf>.
- Auyero, J. (2011), ““Patients of the state. An Ethnographic Account of Poor People’s Waiting””. *Latin American Research Review* 46 (1):5–29.
- Bosque Sendra, Joaquín, y María Angeles Díaz Muñoz (1991), *Geografías personales*. Alcalá de Henares: Departamento de Geografía, Universidad de Alcalá de Henares.
- Budlender, D. (2002), *Why Should We Care About Unpaid Care Work?* Harare: UNIFEM.
- CEPAL (2010a), *Panorama Social de América Latina 2009*. Santiago de Chile: CEPAL.
- ____ (2010b), *¿Qué estado para que igualdad?. Documento elaborado para la undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- ____ (2012), *Panorama Social de América Latina 2012*. Santiago de Chile: CEPAL.
- ____ (2017a), *Panorama Social de América Latina 2016*. Santiago de Chile: CEPAL. [en línea], http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41598/4/S1700567_es.pdf.
- ____ (2017b), *Panorama Social de América Latina 2017*. Santiago de Chile: CEPAL. [en línea], http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/1/S1701050_es.pdf.
- Currie, G., T. Richardson, P. Smyth, D. Vella-Brodrick, J. Hine, K. Lucas, y J. Stanley (2009), “Investigating links between transport disadvantage, social exclusion and well-being in Melbourne - Preliminary results”. *Transport Policy* 16 (3):97–105.
- Daly, M., y K. Rake (2003), *Gender and the welfare state: care, work and welfare in europe and the USA*. Londres: Polity Press.
- Ellegård, K., y U. Svedin (2012), “Torsten Hägerstrand’s time-geography as the cradle of the activity approach in transport geography”. *Journal of Transport Geography*, 23:17–25.

- Ellegård, Kajsa (1999), "A time-geographical approach to the study of everyday life of individuals - A challenge of complexity". *Geojournal* 48.
- Elman, M., y L. Gilbert (1984), "Coping Strategies for Role Conflict in Married Professional Women with Children". *Family Relations* 33 (2):317-27.
- Filgueira, Fernando, y Diego Hernandez (2012), "Sistemas de protección social en América Latine y el Caribe. Uruguay". CEPAL Y Cooperación Alemana. Serie Documentos de Proyecto.
- Folbre, Nancy (2004), "A theory of the misallocation of time". En *Family time. The social organization of care*. New York: Routledge - Taylor & Francis.
- Fraser, N. (1994), "After the family wage: Gender Equity and the Welfare State". *Political Theory*, 22 (4):591-618.
- Hägerstrand, T. (1970), "What about people in regional science?" *Papers of the Regional Science Association* 24:7-21.
- Hägerstrand, Torsten (1989), "Reflections on 'what about People in Regional Science?'" *Papers of the Regional Science Association* 66 (1):1-6. <https://doi.org/10.1007/BF01954291>.
- Hamilton, K., L. Jenkins, F. Hodgson, y J. Turner (2005), "Promoting Gender Equality in Transport". Equal Opportunities Commission. Working Paper Series No 34.
- Hawthorne, T. L., y M. P. Kwan (2013), "Exploring the unequal landscapes of healthcare accessibility in lowerincome urban neighborhoods through qualitative inquiry". *Geoforum* 50:97-106.
- Hernández, D., y C. Rossel (2013), "Tiempo urbano, acceso y desarrollo humano". Cuaderno de Desarrollo Humano N° 1. PNUD-Uruguay.
- Hernández, Diego (2012), "Activos y estructuras de oportunidades de movilidad. Una propuesta analítica para el estudio de la accesibilidad por transporte público, el bienestar y la equidad". *Revista EURE* 38 (115):117-35.
- Hernández y Rossel (2013), "Tiempo urbano, acceso y desarrollo humano". *Mayo 2013*, 2013.
- Hirway, I. (2005), "Integrating Unpaid Work into Development Policy". En. Levy Economics Institute, New York.
- Jirón, P. (2007), "Untravelling invisible inequalities in the city through urban daily mobility. The case of Santiago de Chile". *Swiss Journal of Sociology* 33 (1):45-68.
- Jirón, P., y Mansilla, P. (2013), "Hacia una re-conceptualización teórico-metodológica de la accesibilidad para comprender la exclusión social urbana en Santiago de Chile". *2013* 0:7.
- Kalenkoski, C., D. Ribar, y L. Stratton (2005), "Parental child care in single-parent, cohabiting and married-couple families: time-diary evidence from the United Kingdom". *The American Economic Review*, 95 (2):194-98.
- _____. (2006), "The Effect of Family Structure on Parents' Child Care Time in the United States and the United Kingdom". IZA Discussion Paper No. 2441.
- Kaufmann, Vincent, Max Bergman Manfred, y Dominique Joye (2004), "Motility: mobility as capital". *International Journal of Urban and Regional Research* 28:745-56.
- Krantz-Kent, R. (2009), "Measuring time spent in unpaid household work: results from the American Time Use Survey". *Monthly Labor Review*, July.
- Kwan, M. P. (1998), "Space-time and integral measures of individual accessibility: a comparative analysis using a point-based framework". *Geographical Analysis* 30 (3):191-216.
- _____. (1999), "Gender and individual access to urban opportunities: A study using space-time measures". *Professional Geographer* 51 (2):210-27.
- Lewis, Jane (1992), "Gender and the Development of Welfare Regimes". *Journal of European Social Policy* 2:159-73.
- Martínez Franzoni, Juliana (2008), *Domesticar la incertidumbre en América Latina. Mercado laboral, política social y familia*. San José de Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- McQuoid, J., y M. Dijst (2012), "Bringing emotions to time geography: the case of mobilities of poverty". *Journal of Transport Geography* 23:26-64.
- Miralles-Guasch, Carmen, y Angel Cebollada (2003), "Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad." *Documentos de Trabajo. Laboratorio de Alternativas Barcelona* 25.
- Miranda, V. (2011), "Cooking, Caring and Volunteering: Unpaid Work Around the World". OECD Social, Employment and Migration Working Papers No 116. <http://www.oecd.org/berlin/47258230.pdf>.
- Montaño, Sonia (2010), "El cuidado en acción". En *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*. Cuadernos de la CEPAL 94. Santiago de Chile: CEPAL.
- Neutens, T., M. Delafontaine, y T. Schwanen (2010), "Social Equity, Accessibility and the Temporal Dimension of Public Service Delivery". Lisboa.

- Neutens, T., T. Schwanen, y F. Witlox (2011), “The Prism of Everyday Life: Towards a New Research Agenda for Time Geography”. *Transport Reviews* 31:25-47.
- OECD (2011), *Doing better for families*. Paris: OECD.
- OIT/PNUD (2009), *Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. Lima: OIT/PNUD.
- Penchansky, R., y J. W. Thomas (1981a), “The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction”. *Medical care* XIX (2):127-40.
- _____ (1981b), “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”. *Medical Care* 19 (2):127-40.
- Piven, F., y R. Cloward (1971), *Regulating the Poor: The Functions of Public Welfare*. New York: Vintage.
- Redko, C., R. Rapp, y R. Carlson (2006), “Waiting Time as a Barrier to Treatment Entry: Perceptions of Substance Users”. *Journal of Drug Issues* 36 (4).
- Rico, N. (2011), “Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora”. En Rico, N. y Maldonado, C. (coord) *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*. Serie Seminarios y Conferencias Nro 61. Santiago de Chile: CEPAL.
- Rico y Segovia (eds) (2017), *¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad*, (LC/PUB.2017/23-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [en línea], http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42424/1/S1700617_es.pdf.
- Rogaly, Ben, y Susan Thieme (2012), “Experiencing Space-time: The Stretched Lifeworlds of Migrant Workers in India”. *Environment and Planning A* 44 (9):2086-2100. <https://doi.org/10.1068/a44493>.
- Rossel, C. (2016), “De la heterogeneidad productiva a la estratificación de la protección social”. En Amarante, V. e Infante, R. (Eds) *Hacia un desarrollo inclusivo. El caso de Uruguay*. Montevideo: CEPAL-OIT.
- Sainsbury, D. (1999), *Gender and Welfare State Regimes*. Oxford: Oxford University Press.
- Schwartz, B. (1974), “Waiting, Exchange, and Power: The Distribution of Time in Social Systems”. *American Journal of Sociology* 79 (4).
- Treas, J., y S. Drobic (2010), *Dividing the Domestic: Men, Women, and Household Work in Cross-National Perspective*. Stanford: Stanford University Press.

Anexo

Cuadro A.1 Pauta de entrevistas en profundidad

| ¡Hacer todas las preguntas! Solamente no hacerla si la persona ya la contestó totalmente en una pregunta anterior. Cuidado de no saltarse ninguna | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preguntas | Observaciones/notas Indicadores de lo que estamos preguntando/detalle sobre lo que se busca |
| Pregunta disparadora | |
| Rasgos del hogar | |
| Para empezar, cuénteme un poco sobre las personas que viven en este hogar. ¿Cuántas son? ¿Quiénes son? ¿Qué edades tienen? ¿Cuál es su nivel educativo? ¿Cuál es la relación de los miembros del hogar con el niño? | Relevar las principales características de cada uno de los integrantes del hogar (edad, nivel educativo alcanzado, ocupación) |
| Rasgos personales | |
| Ahora le voy a preguntar sobre el trabajo de los adultos ¿Trabajan? ¿A qué se dedican? Si el que lleva no trabaja, preguntarle si alguna vez trabajó, por qué dejó de hacerlo, etc. | Se busca indagar sobre restricciones espacio-temporales para el cuidado del niño pero también sobre situación económica de la familia. ¿Qué tareas desempeña en detalle, qué hace exactamente? ¿Tiene que trasladarse en su horario de trabajo? ¿Es patrón, cuenta propia o empleado? ¿Tiene jefe? |
| Y en relación a su trabajo ¿Dónde se ubica su actual lugar de trabajo? ¿Qué tipo de transporte utiliza generalmente para ir a su trabajo? | ¿En qué barrio? ¿Siempre trabaja ahí o cambia de lugar de trabajo? Si es más de uno relevar la ubicación de todos Si es transporte público ¿Qué línea/s de ómnibus utiliza? ¿Por qué la/s elige? Indagar distancia a la parada, caminata posterior al trayecto en bus. Si es un medio privado indagar qué tipo de vehículo, si tiene vehículo propio, o si lo comparte con algún integrante de la familia y deben coordinar su uso. Indagar si algún usuario "monopoliza" el uso del vehículo privado |
| ¿Qué días de la semana trabaja? ¿Cuál es su horario de trabajo regularmente? | ¿Tiene que cumplir un horario de entrada y salida específico? ¿Qué tan flexibles son sus horarios de entrada y salida? ¿Es penalizado por llegar tarde o ausentarse? ¿Tiene que cumplir cierta cantidad de horas de trabajo pero puede hacerlas dentro de un horario flexible? |
| ¿Cuánto tiempo está en el trabajo y viajando hacia y desde el trabajo (sumados)? ¿Siempre trabajaste en el mismo lugar? Si no, ¿por qué cambió? | Importante distinguir de todas formas entre ambos tiempos Trayectorias de los últimos cinco años, presencia de factores espaciales o asociados a cuidado del niño "nació el bebé" o respuestas de ese tipo |
| Módulo familia | |
| Sobre el cuidado de los niños | |
| ¿Quién es el principal cuidador o referente del/los niño/s en la familia? El cuidador principal o referente ¿vive en el hogar? En caso negativo, ¿dónde vive? ¿Siempre estuvo a la misma distancia o en algún momento vivieron más cerca/lejos? ¿Cuántas horas diarias aproximadas le dedica al cuidado de niños en su hogar (preparar comida, darles de comer, asistirlos), limpieza, actividades para el hogar pero desarrolladas fuera de él (llevar niños a la escuela, trámites para los niños u hogar, pago de facturas, etc.)? | ¿Por qué? ¿Hay algún tipo de arreglo? ¿Paga por estas tareas? ¿Qué tareas de cuidado realiza? ¿Cómo es la rutina del cuidado? ¿Podría contarme como es un día típico del cuidado de sus hijos y los horarios que cumple? ¿Cuánto tiempo le lleva aproximadamente cada tarea? (Indagar sobre simultaneidad) |
| Educación (0 a 3 años) | |
| ¿Cuenta con cuidado rentado para su hijo/a? ¿Fuera o dentro del hogar? ¿El niño asiste a algún centro educativo? ¿Cuál? ¿En qué horario? ¿Por qué asiste a ese lugar? (¿por qué lo eligió?). ¿A qué distancia queda de su casa? ¿Quién lleva al niño al establecimiento educativo? ¿Por qué? ¿En qué lleva al niño? ¿Cuánto demora en ir? ¿El horario en que el niño asiste es conveniente para usted? ¿Modificaría algo? | ¿Por qué? ¿Le genera alguna restricción o incompatibilidad en su agenda? |

| Módulo servicios de salud | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Control del niño sano | |
| <p>¿El niño tiene cobertura de Salud por FONASA? ¿Se atiende en Salud Pública (ASSE), Mutualista o Seguro privado? ¿Por qué lo eligió? ¿Cómo llegó a él?</p> <p>¿Cuántas veces concurrió en los últimos 6 meses a algún centro de salud para controlar a su hijo/a? Hablemos de los controles pediátricos rutinarios. ¿Por qué es usted quien lo lleva? ¿Hay alguien más que desempeñe esa tarea esporádicamente? ¿Siempre se atiende en el mismo local?</p> <p>Hablemos un poco del pediatra con que se controla el niño. ¿Siempre se atendió con el mismo pediatra?</p> <p>¿Está satisfecho con el pediatra?</p> <p>¿Qué lo hace percibir de esta manera la atención recibida?</p> <p>¿En qué medio de transporte se dirige hasta el local usualmente? ¿Desde dónde va? ¿Cuánto demora en ir?</p> <p>¿Qué le parece el barrio en donde se encuentra el local? ¿Le genera alguna sensación particular trasladarse en ese/esos barrio/s? ¿Cuánto demora en la realización entera del control del niño sano desde que sale de su casa (o desde donde corresponda) hasta que vuelve, aproximadamente? ¿Cuánto tiempo diría que transcurre aproximadamente entre que usted llega al lugar de la consulta y se va? ¿A qué distancia queda el local de su casa? ¿A qué distancia queda de su trabajo?</p> <p>¿Le genera alguna dificultad conciliar la consulta pediátrica con su horario de trabajo?</p> <p>¿Conoce otros locales (de su mismo prestador) donde podría atender a su hijo cerca de su casa? ¿Y cerca del trabajo? [Si corresponde] Si tiene un local más cercano, ¿por qué no atiende a su hijo/a allí?</p> | <p>¿En qué prestador?</p> <p>¿Por qué eligió ese servicio? Prestar atención si la justificación de la elección tiene que ver con razones económicas (cuota, tickets, medicamentos, etc.), de calidad (de qué dimensión/es específicas de la calidad). Se cambió luego de ingresar por FONASA? ¿Ha cambiado de prestador donde atienden a su hijo? ¿Por qué razones?</p> <p>¿Siempre es la misma persona? ¿Por qué varía? ¿Tiene relevancia para usted que sea la misma persona que lo acompañe a los controles? ¿Por qué? Indagar razones por las que cambia o no cambia de local. Interesan especialmente razones asociadas a tiempos de traslado o espera, médicos, calidad del servicio en general Indagar trayectoria de pediatra desde que nació, si hubo cambios, y por que ocurrieron esos cambios y cómo encontró al/los pediatras que han atendido al niño Indagar sobre motivos de satisfacción/insatisfacción, ¿Qué cambiaría? ¿Le agregaría/quitaría algo? ¿Cómo es esta atención? ¿Qué es lo que valora de la atención que le brinda su médico? ¿El médico le inspira confianza? Si es ómnibus, taxi, auto privado o caminando. ¿Cómo sería el trayecto que usualmente sigue para ir con el niño a la consulta? ¿Nos podría relatar cómo es este trayecto en términos de lugares y tiempos? ¿Siente inseguridad cuando concurre al local donde atienden a su hijo/a? Tiempo aproximado que percibe la persona le lleva todo el trámite (traslado + tiempo de espera + consulta + traslado). Y tiempo aproximado que percibe la persona lleva en el policlínico (tiempo de espera + consulta médica) Acá intentamos observar si la distancia al centro es un factor que influye en la elección de las familias o si deben llevarlo a ese centro por otras restricciones. Aproximadamente, en cuerdas o km si puede. Sino también que mencione direcciones ¿Tiene flexibilidad en su trabajo? ¿Le permiten salir antes o llegar más tarde? ¿Tiene algún perjuicio económico por esto? ¿Cuáles son esos locales? ¿Dónde se ubican? ¿Qué costos le significarían a ud. Concurrir a estos locales? Ojo porque puede ser que no lo atienda porque es por ejemplo de Médica Uruguaya y el local cercano es de Casmu (la restricción estaría dada por el prestador al que está afiliado el niño)</p> |
| Otras opciones de prestador | |
| <p>Si pudiera atender al niño en otro prestador de salud, ¿Lo haría? ¿Dónde? ¿Por qué?</p> | <p>Recabar insatisfacciones con el servicio que actualmente le brinda su prestador, y sus ideales con respecto al servicio óptimo. También puede ser que quiera cambiarse no porque esté disconforme si no porque le es más fácil llevarlo a otro centro (horarios laborales, horarios de cuidado, etc.) ¿Infraestructura? ¿Cercanía con los locales de atención? ¿Disconformidad con el servicio médico? ¿Motivos económicos (precios de tickets, medicamentos, etc.)?</p> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| [Si menciona otro prestador de salud]¿Por qué no se cambia de prestador? | Puede ser por restricciones asociadas a su situación laboral (no tiene FONASA o todavía no está habilitado para cambiarse de prestador). Indagar si es por razones económicas, de calidad del servicio ofrecido (qué dimensión en especial), médico que atiende, de cercanía espacial, o qué otras. Indagar también donde se atendería en caso que estuviera afiliado a ese otro prestador, recabar sobre si la localización geográfica pesa en el no cambio |
| Módulo calidad | |
| Volviendo al policlínico o local en el que el niño se atiende con más frecuencia... | |
| ¿Cuál es su evaluación general sobre el servicio que recibe en ese lugar en la atención pediátrica de su hijo? | ¿Diría que son la mayoría buenos médicos, o más bien usted tuvo suerte de encontrar uno bueno? Buscamos ver su percepción en cando a la calidad de la oferta de los pediatras del prestador en general |
| ¿Cuáles cree que son las posibilidades de encontrar un buen peditra en su policlínico? (más allá del peditra con el que se atiende) | ¿Está bien señalado el camino por el que debe ir? Para alguien que no conoce el edificio, ¿cree que es fácil encontrar los consultorios? ¿Está a gusto en donde se encuentran? ¿Hay lugar donde sentarse? El entorno es agradable? (frio, calor, ruido) |
| ¿Qué tan conveniente le resulta la infraestructura del local o policlínica donde se atiende el niño? | Indagar uso de carrito, agregar la etapa en que tiene que usar veredas a ver si se convierte en un problema también |
| ¿Encuentra algún impedimento edilicio que le obstruya el acceso al local o le dificulte el acceso con el niño? | Indagar sobre como es el personal administrativo, eficiencia, trato, resolución de problemas, etc. Recabar todo lo asociado a Incertidumbre (tiempos máximos y mínimos de espera). Que problemas le genera el tiempo de espera, como se siente, etc. |
| ¿Cuál es su evaluación sobre el personal que atiende en el local en el que se controla el niño? | ¿Fue de forma presencial, telefónica, vía web? ¿La forma de coordinar la siguiente consulta le resultó cómoda? |
| ¿Cuánto espera usualmente en la sala de espera? | ¿Tuvo problemas? ¿Existen otras opciones? ¿Por qué no las usa? Recabar si hay demoras y complicaciones para conseguir hora |
| ¿Cuánto considera usted. que es un tiempo razonable de espera antes de ser atendido en la consulta? ¿Cuál sería el ideal de espera? ¿Qué consecuencias tiene para usted un tiempo excesivo de espera? ¿Qué sensación le genera tener que esperar demasiado para ser atendido? | ¿Los horarios que le ofrece el prestador son compatibles con la agenda familiar? |
| ¿Cómo realiza la coordinación de la hora con el peditra que atendió a su hijo por última vez? ¿Por qué eligió esta forma? | Indagar prioridades entre trabajo y escuela, indagar diferencias entre preferencias y oportunidades reales ¿Tiene flexibilidad para retirar a su hijo/a del centro educativo? ¿Es fácil pasar a buscar a su hijo/a? ¿Qué tan restrictivo/flexible es el horario de su hijo/a en el centro educativo? |
| ¿Considera que encuentra una oferta de posibilidades de horarios amplia para poder llevar al niño al peditra? | ¿Cuánto considera que es un intervalo razonable de tiempo para que sea agendada su siguiente consulta? |
| Cuando se enfrenta a algún conflicto de horarios (por ejemplo con horario de trabajo u horario de niño en centro de cuidado), ¿cómo lo resuelve? | ¿Por lo general cuanto tiene que esperar para concurrir a su próxima consulta? |
| ¿Cuánto considera que es un intervalo razonable de tiempo para que sea agendada su siguiente consulta? | ¿Encuentra conveniente las ofertas de horarios de oficina de su médico? |
| ¿Por lo general cuanto tiene que esperar para concurrir a su próxima consulta? | ¿Usted cree que el precio que paga (mensualmente) es acorde a los servicios que le son brindados? |
| ¿Encuentra conveniente las ofertas de horarios de oficina de su médico? | ¿Paga algo por cada consulta pediátrica? ¿Cuánto aproximadamente? ¿Qué le parece este precio? |
| ¿Usted cree que el precio que paga (mensualmente) es acorde a los servicios que le son brindados? | ¿Cuánto cree que sería un precio razonable? |
| ¿Paga algo por cada consulta pediátrica? ¿Cuánto aproximadamente? ¿Qué le parece este precio? | ¿Suelen haber más personas en la sala de espera en el horario que usted lleva a su hijo a la consulta? |
| ¿Cuánto cree que sería un precio razonable? | ¿Le merecen alguna opinión particular? |
| ¿Suelen haber más personas en la sala de espera en el horario que usted lleva a su hijo a la consulta? | ¿Se siente cercano a ellos socialmente? |
| ¿Cree que el centro de salud donde se atiende su hijo/a está superpoblado? ¿Cómo llega a esta conclusión? | Descripción de las personas que asisten a ese local |
| ¿Qué aspectos considera más valiosos de un buen servicio de salud? | Si es así, ¿reconoce momentos puntuales donde observe mucha cantidad de gente? (ej. En salas de espera al consultorio pediátrico, en farmacia, en la caja, el coordinación de horarios, etc.) |
| ¿Qué aspectos considera más valiosos de un buen servicio de salud? | Pediatras que atienden, precios de ticket y medicamentos, infraestructura, cercanía territorial, otras personas que son socios/a del prestador (identidad social), menor sobrepoblación, otro personal que atiende en el local (administrativos) |

 Otras actividades relacionadas con el niño

¿Qué otras actividades que requieren movilidad se realizan habitualmente con el niño?
 ¿Quién realiza esa tarea? ¿Por qué? ¿En qué va a llevar al niño? ¿Cuánto demora en ir?
 ¿Con qué frecuencia realiza esa tarea?

 Medios de transporte

¿Con qué medios para desplazarse cuentan en el hogar? (auto, moto, bicicleta)
 ¿Cuánto hace que cuentan con cada uno?
 ¿Quién lo utiliza mayoritariamente y en general para hacer qué tipo de tareas?
 ¿Por qué se utiliza de esa manera? Indagar sobre quién dispone efectivamente de cada medio. Por ejemplo, si hay auto en el hogar y el entrevistado no lo usa, por qué cree que se da esa situación.)

¿Le gustaría que se utilizara de otra manera?
 ¿Cuál es el medio de transporte que utiliza con mayor frecuencia? (Indagar si hay alguna distinción entre tipo de actividad y medio de transporte)

 Al final

Ingresos aproximados

Para ir finalizando, ¿usted me podría dar el contacto de algún amigo o familiar suyo con una trayectoria laboral similar a la suya? Nos gustaría entrevistarlos/a también. Preguntar a qué se dedicaba esa persona a los 35-40 años. Ver si nos sirve o pedir otro. Pedir teléfono



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****Asuntos de Género****Números publicados****Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en****www.cepal.org/publicaciones**

151. ¿Quién cuida en la ciudad? Tiempos de espera en los servicios de salud pediátrica públicos y privados en Montevideo, Cecilia Rossel (LC/TS.2018/12), 2018.
150. ¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas en los municipios de Boyeros y Guanabacoa (La Habana), Ana Violeta Castañeda Marrero (LC/TS.2018/10), 2018.
149. Capacitación laboral para la autonomía económica de mujeres en situación de pobreza: el caso de Chile, Carolina Muñoz Rojas (LC/TS.2017/118), 2017.
148. ¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas en Bogotá (Colombia), Marisol Dalmazzo Peillard (LC/TS.2017/106), 2017.
147. ¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas en San Salvador, Morena Herrera (LC/TS.2017/99), 2017.
146. Trayectorias de mujeres: educación técnico-profesional y trabajo en México, Ana Gabriela Buquet Corleto y Hortensia Moreno (LC/TS.2017/35), 2017.
145. Trayectorias de mujeres: educación técnico-profesional y trabajo en la Argentina, Cristina Bloj (LC/TS.2017/25), 2017.
144. La educación técnico-profesional en América Latina: retos y oportunidades para la igualdad de género, Leandro Sepúlveda (LC/TS.2017/13), 2017.
143. The 2030 Agenda and the Regional Gender Agenda. Synergies for equality in Latin America and the Caribbean, Nicole Bidegain Ponte (LC/TS.2017/7), 2017.
142. El diseño de los sistemas de pensiones y la igualdad de género: ¿qué dice la experiencia europea?, Camila Arza (LC/L.4298), 2017.
141. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar, Natalia Gherardi (LC/L.4262), 2016.
140. Políticas de cuidado en América Latina: forjando la igualdad, María Nieves Rico, Claudia Robles (LC/L.4226), 2016.
139. La nueva ola de reformas previsionales y la igualdad de género en América Latina, Flavia Marco Navarro (LC/L.4225), 2016.
138. La brecha de género en jubilaciones y pensiones. Los casos de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, Verónica Amarante, Maira Colacce y Pilar Manzi (LC/L.4223), 2016.
137. Violencia contra las mujeres y políticas públicas. Implicancias fiscales y socioeconómicas, Corina Rodríguez Enríquez y Laura Pautassi (LC/L.4213), 2016.

ASUNTOS DE GÉNERO RO

151

ASUNTOS DE GÉNERO RO

ASUNTOS DE GÉNERO



COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org