

Entre la accesibilidad y el derecho a la salud: el primer nivel de atención en la Zona Andina de Río Negro

*Between accessibility and health right:
the primary care in the Andean Zone of Río Negro*

Soledad Analía Pérez

soledadaperez@gmail.com

IIDYPCA - CONICET - UNRN

Serena Perner

serenaperner@gmail.com

Universidad Nacional del Comahue

Resumen

En el presente trabajo analizamos las percepciones de las/os trabajadoras/es del primer nivel de atención del subsistema público de salud de la zona andina rionegrina respecto a las condiciones que existen en dicha zona para hacer efectivo el acceso a la salud. En función del lugar privilegiado que estos/as trabajadores/as ocupan en tanto mediadores para hacer efectivo este derecho, consideramos fundamental recuperar sus voces y tomarlos como una vía de acceso al conocimiento tanto de los grupos más vulnerables como de las dimensiones en que el efectivo cumplimiento del derecho a la salud puede ser puesto en cuestión desde un enfoque de derechos.

Abstract

In this work we analyzed perceptions of primary health care public subsystem workers in the Andean Zone of Rio Negro respect to the conditions that exist in that zone to make effective



health access. Regarding the privileged place this workers have as mediators to enforce this right, we consider crucial to recover their voices and use them as a way of knowledge both to access to vulnerable groups, and to different dimensions in which the effective compliment can be questioned from a rights perspective.

Palabras claves

Derecho a la salud, Accesibilidad los Servicios de Salud, Centros de salud

Key words

Right to Health, Health Services Accessibility, Health Centers

Introducción

En el presente trabajo analizamos las percepciones de las/os trabajadoras/es del primer nivel de atención del subsistema público de salud de la zona andina rionegrina respecto a las condiciones que existen en dicha zona para hacer efectivo el derecho a la salud. El abordaje se desprende en líneas generales del esquema elaborado preliminarmente por la Comisión de Trabajo creada en el marco del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), continuada luego por el Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador¹ y por el mecanismo de seguimiento de Belem do Para. Dicho esquema consta de distintos tipos de indicadores: los estructurales, de proceso, de resultado y las llamadas “señales de progreso cualitativas”. Nuestro artículo se centra en estas últimas y puntualmente en los discursos de quienes actúan como intermediarios en el acceso a la salud. La elección se funda en la valoración de la capacidad de agencia de los equipos de salud y en la imbricada relación entre la posibilidad de percibir una experiencia como injusta y el percibirse o no como titular de derechos.

En función del rol privilegiado que estos trabajadores y trabajadoras tienen, en tanto “mediadores elásticos” (Pérez, 2017), consideramos fundamental recuperar sus voces y tomarlos como una vía de acceso al conocimiento, tanto de los grupos más vulnerables, como de un conjunto de dimensiones en que el efectivo cumplimiento del derecho a la salud puede ser puesto en cuestión desde un enfoque de derechos (Perner, 2017). Al hablar de mediación elástica nos referimos a la capacidad implicada en sus intervenciones de acortar o estirar las distancias para hacer efectivo el derecho a la salud.

Metodología

A lo largo del trabajo empleamos como estrategia metodológica la realización de grupos focales que hicimos en distintos equipos de cuatro centros de salud públicos de las localidades de San Carlos de Bariloche y El Bolsón, ubicadas en la zona andina de Río Negro entre 2016 y 2017. En los mismos participaron en total 45 trabajadores y trabajadoras. Los equipos de salud, si bien con diferencias entre sí, estuvieron constituidos por agentes sanitarios, enfermeras, médicas/os (pediatría, clínica médica, medicina general, residentes de medicina general), psicólogas/os, trabajadores/as sociales, operadores/as de salud mental, administrativas/os, odontólogos. Todas y todos los participantes de los grupos focales firmaron un consentimiento informado. Con la anuencia de las y los participantes se grabaron los encuentros. Con el objetivo de garantizar el anonimato de cada establecimiento y profesional no fueron incluidas referencias de los centros de salud que permitan ubicarlos. Se respetaron los marcos éticos vigentes, puntualmente la Ley de Protección de los datos personales N° 25.326, para el procesamiento de Datos Sensibles.

El enfoque de derechos constituye un marco interpretativo del alcance de los derechos humanos que deben estar necesaria y obligatoriamente incorporados en las políticas públicas y sociales, a fin de cumplir con los mandatos que en virtud de la adhesión a los Pactos y Tratados de derechos realizados con la reforma de 1994, adquirieron jerarquía constitucional (Abramovich & Pautassi, 2008; Abramovich & Curtis, 2002).

En esta línea, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, se estableció la



universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de los derechos, así como la obligación de otorgarles el mismo peso y consideración a los derechos económicos, sociales y culturales y a los derechos civiles y políticos (Organización de las Naciones Unidas, 1993).

La adopción de una retórica de derechos en la Constitución Nacional y en la Provincial (Legislatura, 1988), la ratificación de pactos y tratados, así como el Plan de Salud Provincial (Ministerio de Salud, 2014) que manifiestan la intención de fundamentar las políticas desde un enfoque de derechos, hasta el momento no ha implicado en absoluto que los mismos se hayan hecho efectivos. En este sentido, nuestro trabajo es un aporte al proceso de evaluación del grado de avance de las políticas ligadas al derecho a la salud en la zona andina de la provincia de Río Negro a partir de las percepciones de los y las agentes de salud, relevadas en grupos focales en equipos del primer nivel de atención.

A partir de esta estrategia metodológica, nuestro análisis se centró fundamentalmente en dos dimensiones vinculadas al derecho a la salud y que se desprenden de la Observación General N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2000). La primera se vincula a la disponibilidad y la segunda a la accesibilidad. Al hablar de disponibilidad nos referimos al compromiso asumido por cada estado para contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y de programas. Estos servicios incluyen no sólo elementos indispensables para la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas en hospitales y centros de salud sino, además, “personal médico

y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS” (Ibíd.). Por otra parte, al hablar de accesibilidad, aludimos a que los establecimientos, bienes y servicios deben ser accesibles a todo/as los y las ciudadano/as. De acuerdo a los compromisos asumidos en los pactos internacionales de derechos humanos, la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna; ii) Accesibilidad física, que remite a una cuestión geográfica; iii) Accesibilidad económica (asequibilidad); y finalmente iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud (Ibíd.).

En términos generales abordamos la disponibilidad de servicios de atención y la accesibilidad a distintos recursos (insumos, humanos), trabajando luego específicamente la accesibilidad cuando se presentan situaciones o necesidades más complejas. Fueron seleccionados los testimonios de los grupos focales que se ajustaron y que consideramos relevantes para construir cada uno de estos ejes de análisis propuestos.

La accesibilidad física

Entreabriendo la puerta del primer nivel de atención es posible advertir grandes diferencias en las características de cada uno de los centros de salud que permiten comenzar a comprender y poner en tensión la noción de accesibilidad física

implicada en el derecho a la salud. Estas diferencias respecto a cuál es el Centro de Salud al que se está accediendo, se manifiestan tanto en cuestiones informales (como los rasgos externos, el colorido de las paredes, o los murales) como en otras más formales vinculadas a los terrenos donde éstos fueron construidos. Mientras algunos centros de salud han sido construidos con el presupuesto del Ministerio de Salud Nacional, por medio del ProMin (Programa de Materno Infancia) o del Pro-MeBa (Programa de Mejoramiento Barrial) y dan cuenta de la presencia estatal, otros son propiedad de las Juntas Vecinales o del barrio y surgen de procesos “desde abajo” atravesados por la necesidad y la pugna por acceder tanto a la tierra como a la salud. Así, la historia de cada centro de salud puede leerse en el collage de sus pisos, en los distintos mosaicos y materiales de las paredes que dan cuenta de los distintos momentos e iniciativas que se fueron conjugando para construir estos espacios. Al hablar de espacios nos referimos, siguiendo a de Certeau (1996), a esos “lugares practicados”, construidos en y con acciones que transcurren en el tiempo, de acciones atravesadas por múltiples temporalidades y rutinas en oposición a la noción de lugar que reenvía a lo fijo o estático.

Disponibilidad y accesibilidad...

Indagando acerca de las percepciones vinculadas a la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios que hacen al derecho a la salud, es posible encontrar distintos testimonios que van describiendo la distancia entre un derecho formalmente proclamado y las múltiples y heterogéneas realidades que configuran el incumplimiento del derecho.

Tal como expresa uno de los médicos generalistas, con más de tres décadas de trabajo en la provincia

“en general Río Negro tiene la particularidad que es bastante promotor de bondades en la accesibilidad a los derechos y muchas veces falla por su capacidad ejecutiva... porque no tienen los instrumentos, los recursos para ejecutar lo legislado”.

Así, desde el pronunciamiento avanzado de distintos marcos normativos nos hablan claramente del “qué”, pero al interrumpir, desfinanciar o desregular nos quedamos sin el “cómo” y así está en manos de los propios trabajadores de la salud del primer nivel sus herramientas para hacer posible este “cómo” (Spinelli, 2010).

En un contexto marcado por la distancia entre un marco jurídico auspicioso y una realidad que parece desencastrada del mismo, la historia de cada uno de los centros de salud y el mismo hecho de que estén “disponibles” se vincula a diversas iniciativas de distintos actores para obtener un lugar físico en la junta vecinal, una pequeña pieza que en virtud de las prácticas devino consultorio hasta lograr que se cediera ese *lugar*, estático, y en esa misma trama se fue construyendo el *espacio* del centro de salud. En algunos casos, el lugar físico pertenece a Iglesias, en otros es producto de donaciones o se usa en calidad de préstamo. Esta diversidad de situaciones lleva a uno de los médicos generalistas de un centro de salud a autodefinirse como “*ocupas*”, en virtud de la situación de informalidad respecto de la tenencia de la tierra en la que está emplazado el centro de salud.

En el mismo sentido, una enfermera nos comentaba:

“Son lugares que han sido cedidos por la Juntas Vecinales, porque era un obrador. Ninguno ha sido hecho y diseñado



para... mucho tiempo funcionó entre la Junta Vecinal [...] este lugar era un obrador del barrio L. O sea, ni siquiera tendría que estar habilitado. Ustedes ven lo que es... Uno porque ahora con el Sumar [programa financiado por el Banco Mundial donde se otorga a los efectores de salud dinero a contraprestación del cumplimiento de metas] pudimos arreglarlo bastante. Pero tampoco es una condición para la gente... que acá esté lleno: embarazadas, chicos enfermos, adultos, alcohólicos, porque cae de todo acá. Entonces, me parece que tampoco es digno, para un paciente, estar esperando, está enfermo... Hasta peleas hemos tenido acá adentro”.

Respecto a la disponibilidad tanto de infraestructura como de recursos humanos asignados a cada localidad y particularmente a cada centro de salud, los distintos testimonios relevados apuntan a la falta de algún criterio claro y explícito respecto a la distribución de los mismos al interior de la provincia.

“Lo que pasa es que, comparando las ciudades de acá, de Río Negro, vos vas al Bolsón y tenés la misma cantidad, casi, de centros de salud que hay en Bariloche. Y vos fijate la diferencia de población. O sea, son cosas que vos decís, ¿cómo puede ser que, uno que está acá, y ellos, o sea, los que tiene que solucionar estas cosas no lo vean? Por otro lado, también es cierto y yo lo voy a decir, es que no sé si hay falta de recursos humanos. Me parece que hay mucho recurso humano, que no se está aprovechado o no se está cumpliendo como debería cumplir. Entonces, eso también hace a que haya menos horas de atención, menos turnos. Y, entonces, se va todo, como en un embudo. Y esas son las soluciones

o los problemas que hay, por ejemplo en el hospital, con el tema “turnos”. No puede ser que vaya, un oftalmólogo o lo que sea, que hay uno sólo para... uno sólo para 140.000 habitantes!!”.

Más allá de las falencias o ausencia de criterios explícitos respecto de la distribución de recursos humanos e insumos en la provincia, coincidimos con Spinelli (2010) en que no es posible pensar en la salud como un derecho únicamente desde acciones de gobierno, o de la gestión. En este sentido, tal como se desprende de los testimonios de los y las trabajadore/as con lo/as que dialogamos, el derecho debe pensarse en el contexto en que se realiza, en las particularidades de los espacios cotidianos de trabajo, donde tanto lo/as trabajador/a tienen un rol central, como también lo/as usuario/as.³

En la misma línea, respecto a los recursos humanos en otro centro de salud comentaban:

“en los equipos de salud, o en los hospitales, vos tenés 30/30/30. 30 que aunque no le pagues nada o poco va a laburar igual, y a veces le ponen un poco más, se quedan más de hora. 30% que no va a laburar, y va a hacer lo posible por no laburar, sobre todo si el jefe es quien lo tiene que controlar y no labura, si vos sos jefe y no laburás es imposible controlar. Y el otro 30 que va fluctuando con esas variabilidades, depende de cuán contento estoy y cuán no contento estoy, con la situación particular que me toque en ese momento, de la gente que me tocó al lado, el sueldo que estoy cobrando, cómo voy de la vida, si estoy cansado o no estoy cansado, o me duele la espalda o no me duele la espalda. Y ahí siempre se dice hay que apuntar a ese

30 indefinido porque este está muerto” [haciendo referencia al primer 30%].

Esta cita permite vislumbrar una vez más el rol de los agentes de salud en tanto mediadores elásticos, es decir, ampliando o acercando la distancia para acceder al derecho a la salud. Según se desprende del testimonio de este médico generalista, habría una fracción de lo/as integrantes de los equipos de salud que aún sin recibir la retribución monetaria acorde a su trabajo, situación que también puede ser interpretada en términos de incumplimiento de derechos laborales, trabaja. Otra fracción similar cuya disposición a la atención depende de múltiples condiciones, estrechando o tensando la distancia de acceso al derecho en virtud de los modos de ejercicio de la autoridad de la cual dependen, que puede inspirar tanto con su trabajo como con la posibilidad del control a ese otro tercio fluctuante o bien, transmitiendo con su falta de compromiso otros modos de permanencia en los equipos de salud, y finalmente un tercio cuya falta de compromiso repercute directamente en una merma de las condiciones para el acceso al derecho a la salud.

“más allá de la conducción que, a veces, las conducciones, desde la dirección digo, orientan para ir hacia un lado o hacia el otro, también hay personalidades que, más allá de las conducciones del momento, van abriendo y generando también otras prácticas”.

Las descripciones que caracterizan el déficit presupuestario, la falta de recursos humanos y las condiciones edilicias que hacen a la disponibilidad y accesibilidad, se conjugan en los distintos relatos con testimonios que dan cuenta de la falta de distinto tipo de insumos, desde aquellos indispensables para el funcionamiento

de las cuestiones administrativas/organizativas hasta la falta de medicamentos, elementos de higiene, etc.

“Hoy más que nunca, está faltando un montón de insumos, de recursos de materiales”.

“El acceso a los medicamentos es un problema. Siempre ha sido un problema en Río Negro, ha sido muy variable, muy dependiente del programa nacional”.

“Muchas cosas, los anticonceptivos... bueno, ahora no tenemos, medicación, el ingreso de personal también”.

Respecto del personal, señalan en otro centro de salud: *“Hay barrios enteros sin cobertura de un agente sanitario, que es la 1^o puerta de acceso”*.

Esta falta de continuidad en la disponibilidad de medicamentos afecta en mayor medida a los grupos más vulnerables, a los que necesitan medicamentos en forma crónica, a aquellos que tienen problemas de salud silenciosos. Ante estos casos, lo/as trabajadore/as de la salud recurren a distintas estrategias que consisten fundamentalmente en *“redireccionar recursos, en vez de comprar esto, compro esto”*, sacando de un lugar para poner donde un equipo de salud lo considera necesario, desdibujando un rol estatal rector en la gestión de recursos y dejando en los mediadores de la salud decisiones, responsabilidades.

“Yo estoy trabajando en sector de salud mental, los usuarios, generalmente, se les han mandado hacer recurso de amparo, porque la medicación de crónicos y todos los meses tienen que tener su inyección u otra medicación



que toman. Y, a veces, no hay en el hospital, tampoco tienen para comprarlo”

“Con algunas medicaciones de gente que tenía artritis reumatoidea, o esas cosas, empezamos a usar esa posibilidad del recurso de amparo. Si, lo hago mucho.”

En esta línea, la accesibilidad al sistema de salud se vincula a distintas dimensiones que se solapan y son percibidas de diverso/as modos por los y las integrantes de los distintos equipos de salud. Así, existen discursos que expresan cierta resistencia a poner en palabras los límites del acceso, en virtud de su propio rol en la trama del estado y otro/as que problematizan e identifican distintos niveles o dimensiones del acceso.

“para mí hay canales de acceso al derecho a la salud y que en determinados momentos tiene problemas de capacidad de cobertura, lo cual ya sea por la magnitud vs oferta en general puede haber un no acceso por agotamiento de la persona ante la no insistencia. Y después me parece que hay un segundo paso, que sería el problema de la complejidad. Ahí me parece que se llega hasta un techo que después de eso es bastante más difícil acceder en tiempo y forma según lo que correspondería. Y después hay otra serie de muchas otras situaciones que abarcarían la amplitud del término derecho en todos sus contextos, que ahí si empezamos a hilar fino por supuesto que como toda organización pueden fallar. Desde lo cultural, lo espiritual, todo. Podremos llegar a tener dificultades. Pero bueno... Y después si, dentro de una misma organización tenés, yo creo que hay lugares que no se accede y hay lugares que sí se accede... dentro

de las mismas instituciones, servicios, personas”.

Esta cita pone de manifiesto distintos modos o dimensiones del incumplimiento del derecho a la salud. Por una parte, aparece puesta en cuestión la disponibilidad, asociada a la cobertura. Por otra, al hablar de agotamiento y no insistencia, este trabajador de la salud da cuenta de las condiciones y exigencias que son requeridas para acceder a ciertos medicamentos o prestaciones. El requerimiento de insistencia conspira contra el acceso en tiempo y forma. Si se requiere insistencia, claramente no se está garantizando el acceso al derecho. A este cuadro, se añaden las dificultades de acceso cuando se trata de tratamientos que se prolongan en el tiempo o de complejidad.

En un contexto en que la cobertura no es universal y que los medicamentos o servicios no resultan fácilmente accesibles, la capacidad de agencia de los distintos actores se vuelve especialmente significativa.

“Hay situaciones que son expulsivas dentro del sistema y hay situaciones que son muy comprensivas. Y hay situaciones que son paternalistas. Te siguen, te siguen aunque vos no quieras. Entonces me parece... Por ejemplo de las personas mismas, en el mismo servicio hay personas que están para que vos accedas y hay gente que no te da la posibilidad. Porque pueden no existir, no estar, porque le ponen menos tiempo del esperado o menos tiempo de lo que la oferta te demanda. Me parece que esto puede suceder en muchos lugares de la provincia. En general lo que yo he visto es que en las ciudades más pobladas, en las grandes ciudades de Río Negro y sobre todo en los conurbanos es donde se produce esta situación”.

En la misma línea, otra trabajadora comentaba:

“Este tema de la vincularidad entre personas creo que es lo que termina marcando la diferencia, entonces tenés personas que son repelentes y personas que son inclusivas. Ahí sí se ve la diferencia en relación a cómo nos desempeñamos como funcionarios públicos tratando de hacer que la población tenga garantía de acceso a la salud y a veces esto no es tan sencillo”.

Así, la posibilidad de búsqueda de estrategias diversas para mejorar la accesibilidad queda depositada en las iniciativas que se despliegan individual o colectivamente en cada centro de salud, poniendo de manifiesto las diversas formas y múltiples caras que asume el Estado en esta compleja trama: conformando los equipos de salud, garantizando o restringiendo insumos, pasando por la existencia de establecimientos hasta o empezando por, eso/as trabajadore/as de la salud cuyas prácticas y trayectorias individuales y colectivas les permiten abrir la brecha de la accesibilidad o limitarla.

De este modo, los centros de salud asumen y son atravesados por las particularidades de cada territorio, lo cual permite pensar, con Spinelli, a lo/as trabajadore/as del primer nivel de atención

como artesanos en un “ser ahí”, arrojados al mundo, que –no pocas veces– tienen que pensar lo impensado, atravesados por el juego de la micropolítica, en la que se mezcla lo individual y lo colectivo, lo consciente y lo inconsciente, el deseo y la razón, todos elementos innegables de lo humano, que constituyen los procesos relacionales” (Spinelli, 2016, p. 165).

A su vez, en cada una de estas prácticas convergen universos de sentido distintos, en cada una de las acciones de lo/as diferentes trabajadore/as de la salud respecto del significado o de su trabajo. Estos universos se corresponden con lógicas también diferentes: las de los roles institucionales y las normas, y las de las prácticas privadas de cada trabajador/a.

“Entonces se juega siempre esa tensión, como la moral o ética que uno lo puede hacer por el convencimiento o la tarea que uno tiene y la misión que tiene respecto a la sociedad la institución Salud”.

“Yo estoy acá para esto..., ayudar a la población en tal aspecto, bueno otro por ahí lo puede pensar diferente. «Soy un trabajador mercenario y si puedo....»”.

“Está lo que vos sabés que debés hacer, que depende si la persona, no sé, el grupo etario o el problema que tiene, sabés a qué otra institución tenés que apelar, digamos, eso es lo que es el deber ser. Pero, después, está mucho esto, de que se empieza a resolver como el caso a caso, es esto. O, por ahí, yo no sé, me impliqué con esta situación más que con otras, o bien hice más vínculo con tal paciente que con otro y tratás de esto, desde teléfonos particulares, contactos, pero no es lo que debería ser, en términos de que eso te puede resolver una o dos situaciones, pero no el grueso de las situaciones”.

“Me parece que la accesibilidad está garantizada en ese sentido. Después habría que ver si la calidad de lo que estamos garantizando es acorde, si responde con las expectativas, si estamos



llegando como tenemos que llegar con esas políticas públicas, y si responde a las necesidades de la población”.

Estas diferencias que se logran en el acceso al derecho, vinculadas a tecnologías relacionales, tal como señaláramos en trabajos previos (Perez & Perner, 2018), no se circunscriben solamente al vínculo médico/a-paciente (que requiere una discusión que excede las posibilidades de este trabajo), sino que también atañe a las relaciones al interior de los propios equipos de salud.

“Lo vincular me parece que no es solo con el paciente. Sino que lo vincular es esto. Entre nosotros. Porque yo, que soy la misma persona y creo establecer un vínculo con el paciente adecuado, no funciono de la misma forma en este centro de salud que en otro centro de salud. Porque lo vincular entre los actores del equipo, también influye a la hora de dar respuesta”.

Así, la importancia del tipo de lazos que se establecen entre los integrantes de los equipos de salud, cobra una nueva dimensión en el relato de alguno/as trabajadore/as que señalan con preocupación el desmembramiento de los equipos que se está realizando en los últimos años:

“Se viene como destruyendo [...] Es como que también se ha ido desarmando la estructura organizativa para dar respuesta. Entonces se están comenzando a dar respuestas individuales, eso también empieza como a fragmentar los servicios”.

Dando cuenta de otra dimensión de la accesibilidad, un médico clínico que trabaja en distintos centros de salud comentaba:

“Yo que hago el camino inverso, vengo del hospital para acá, para mí la complejidad

es lo social. Para mí que vos necesites juntarte con un asistente social, el enfermero, el agente sanitario y un psicólogo para resolver un problema, es lo más complejo que hay y a veces no hay solución. Lo otro se soluciona poniendo más turnos para un endoscopista, nada más. Es muy simple. Pero no está. Entonces ahí también no hay accesibilidad”.

En el mismo sentido, una trabajadora social agrega:

“Cuando hablamos de salud mental comunitaria, es que si no tiene resuelto la comida, la casa, trabajo... no hay salud mental. Entonces vemos que, en cuanto eso, cada vez, a flaquear más o a faltar más, vemos cada vez más descompensación. Sin mediación y sin recursos, como que es complicado”.

Conclusiones

La aproximación al primer nivel de atención considerado puerta de entrada al sistema de salud dada la cercanía geográfica a la población que accede, nos permite advertir una compleja trama de actores (cada uno con sus contradicciones) ubicados en diferentes niveles de jerarquía y en consecuencia de responsabilidad en el acceso al derecho a la salud: por una parte, actores que desde el nivel nacional o provincial definen políticas públicas con la designación y distribución de recursos y presupuestos, tienen potestad para definir qué se entiende por población o grupos vulnerables y por otra, quienes resultan las caras visibles del sistema de salud, quienes con sus prácticas construyen los espacios donde finalmente se realiza y percibe (o no) el acceso al derecho.

En un contexto político complejo en el cual el pleno derecho a la salud está

garantizado formalmente, se pudieron observar diversos aspectos que contribuyen a interpretar a los equipos de salud en tanto mediadores o agentes “elásticos” (Pérez, 2017), con capacidades para acortar o extender la distancia al derecho.

Los distintos testimonios han permitido dar cuenta de diversas estrategias para hacer viable el acceso a la salud, y abarcan un amplio espectro de prácticas que van desde la autogeneración de recursos materiales para “levantar” el espacio físico del centro de salud, hasta gestiones con sectores privados, la recomendación de judicializar las necesidades y la articulación con distintas organizaciones sociales, entre otras. Asimismo, se reconoció cierta heterogeneidad al interior de los propios equipos de salud, que se vincula al modo en que se articulan en cada trabajador/a las distintas lógicas que orientan su trabajo, en el marco de lo cual, tanto la cohesión de los equipos como la autoridad de quienes conducen los mismos resultan sumamente significativas, repercutiendo en distancias más extensas o no, en el acceso al derecho.

La presencia de las caras no visibles del Estado en muchos casos se acota a la designación y el pago de magros salarios a esos recursos humanos cuya distribución no obedece a criterios explícitos y transparentes, que pueden no ajustarse a las necesidades de la población. De ahí que tengamos una mirada poco indulgente respecto del requerimiento de cierto nivel organizativo y autogestivo por parte de los/as propio/as trabajadores/as de la salud para hacer accesible el derecho. La autonomía de los equipos de salud que podríamos valorar positivamente es la contracara del incumplimiento de distintas dimensiones que hacen al derecho a la salud, es frente al incumplimiento que se despliegan estrategias y

siendo que esas estrategias resultan contingentes, es decir, que pueden o no desplegarse y que pueden o no encontrarse las mejores y más adecuadas para cada situación, estamos frente a situaciones de gran vulnerabilidad. Cabe entonces preguntarse ¿qué sucede con las poblaciones en las cuales los equipos de salud no traccionan en pos de acortar estas distancias? ¿Puede el acceso a la salud quedar librado a estas iniciativas?

Hasta aquí nuestro trabajo pretendió problematizar distintas dimensiones de la accesibilidad al derecho a la salud en un contexto que, tal como manifiestan los trabajadores y las trabajadoras del primer nivel de atención, se caracteriza por la regresividad, por el no acceso a medicamentos para padecimientos crónicos, por la falta de insumos que implican un serio deterioro de los niveles de alcance del derecho a la salud y por una histórica dependencia del nivel central hoy también en retroceso.

Notas

- 1 <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/>
- 2 La población estimada de Bariloche son 140.000 habitantes; si bien en el subsistema público se encuentra trabajando un solo oftalmólogo, no toda la población de la ciudad se atiende en este subsistema. Según el ya desactualizado Censo 2010, sería algo más del 30% del departamento de Bariloche la que depende exclusivamente del subsistema público. A nivel local se cuenta con más profesionales de esta especialidad pero trabajando en el subsistema privado y de obras sociales, a los cuales solamente se puede acceder mediante el pago directo o indirecto (vía obras sociales o prepagas).
- 3 Si bien excede las pretensiones y posibilidades de esta ponencia, queremos dejar de manifiesto



nuestra incomodidad con la categoría “usuario” de servicios de salud y nuestra preferencia por pensar en términos de sujetos titulares de derecho.

Referencias

Abramovich, Víctor y Christian Courtis (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.

Abramovich, Víctor y Laura Pautassi (2008). “El derecho a la salud en los tribunales: algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina”. *Salud Colectiva*, volumen 4, número 3, pp. 261-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a02.pdf> [Fecha de consulta: 10 de abril de 2019]

Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000). “Observación General N° 14”. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1> [Fecha de consulta: 10 de abril de 2019]

de Certeau, Michel (1996). *La invención de lo cotidiano*. México: Universidad Iberoamericana.

Legislatura (1988). *Constitución de la provincia de Río Negro*. Río Negro.

Ministerio de Salud de Río Negro (2014). *El Derecho a la Salud en Río Negro. Fortaleciendo el Sistema de Salud Rionegrino. Etapa 2014-2015*. Disponible en: http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf [Fecha de consulta: 10 de abril de 2019]

Pérez, Soledad (2017). “Qué tan lejos: la distancia entre el plan provincial de salud y el acceso a este derecho en la Provincia de Río Negro”. Taller Internacional “Ciencia de la sustentabilidad, pobreza y desarrollo en el siglo XXI²”. Buenos Aires: CIEL-CROP.

Perner, Serena (2017). “Entreabriendo la puerta al sistema público de Salud en la zona andina de Río Negro: las modalidades de atención desde un enfoque de derechos”. Simposio “Los desafíos de la construcción de ciudadanía en Río Negro”. Bariloche: IX Coloquio Anual IIDyPCA / UNRN.

Pérez, Soledad y Perner, Serena (2018). “Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina”. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 2018, volumen 22, número 65, pp. 359-371. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0106> [Fecha de consulta: 10 de abril de 2019]

Spinelli, Hugo (2010). “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. *Salud Colectiva*, 2010, volumen 6, número 3, pp. 275-293. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a04.pdf> [Fecha de consulta: 10 de abril de 2019]

Spinelli, Hugo (2016). “Volver a pensar en salud: programas y territorios”. *Salud Colectiva*, 2016, volumen 12, número 2, pp. 149-117. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976/983> [Fecha de consulta: 10 de abril de 2019]

Fecha de recepción: Abril 17 de 2019.
Fecha de aprobación: Mayo 28 de 2019.