

Diálogos en Salud

Saberes y Experiencias de  
Trabajadores de Atención Primaria de  
la Salud



Colección Investigaciones Rionegrinas  
Asociación Rionegrina de Equipos de Salud

Asociación de Medicina General de Río Negro  
Saberes y Experiencias de Trabajadores de Atención Primaria de la Salud.  
Libro digital, PDF - (Diálogos en Salud; 1)

Archivo Digital: descarga  
ISBN 978-987-47326-0-6

1. Trabajo en Equipo. 2. Atención Primaria de Salud. 3. Trabajadores.  
CDD 613.6

Imagen de tapa: Visita domiciliaria en Arroyo Blanco, provincia de Río Negro.  
Fotógrafo: Marcelo Gramiger

Colección Investigaciones rionegrinas. ARES.  
Diálogos en Salud. Saberes y Experiencias de Trabajadores de Atención  
Primaria de la Salud

ISBN 978-987-47326-0-6  
Abril 2019  
San Carlos de Bariloche, Río Negro

## AUTORES

### **Ali Brouchoud Jose Maria**

Médico Generalista. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Trabaja actualmente en Hospital Zonal Bariloche. Miembro de la Comisión Directiva de ARES. Mail: [jose\\_ali@hotmail.com](mailto:jose_ali@hotmail.com)

### **Baffo Claudia Gabriela**

Psicóloga. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Doctoranda en Salud Colectiva (UNLa). Trabaja actualmente en el Hospital Ingeniero Huergo. Docente en la Facultad de Ciencias de la Educación (UNCo). Integrante de ARES. Mail: [claudiagaba@yahoo.com.ar](mailto:claudiagaba@yahoo.com.ar)

### **Favre Estefania**

Médica General. Residencia realizada en Hospital Zonal Bariloche. Miembro de la Comisión Directiva de ARES. Mail: [estefifavre@gmail.com](mailto:estefifavre@gmail.com)

### **Onocko Campos Rosana**

Médica. Doctora en Salud Colectiva. Departamento de Saúde Colectiva, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP (Campinas, Brasil). Investigadora Independiente AS Profesora Asociada.

### **Pérez Soledad A.**

Lic. en Sociología (UBA). Mg. en Filosofía e Historia de la Ciencias (UNCo). Doctora en Cs. Sociales (UBA). Investigadora Adjunta CONICET. Lugar de trabajo: IIDyPCA (CONICET-UNRN). Mail: [soledadaperez@gmail.com](mailto:soledadaperez@gmail.com)

### **Perner Serena**

Médica generalista. Doctoranda en Salud Colectiva (UNLa). Docente Centro Regional Universitario Bariloche (UNCo). Miembro de la Comisión Directiva de ARES. Mail: [serenaperner@gmail.com](mailto:serenaperner@gmail.com)

# Índice

Introducción .....	9
Percepción de las egresadas y los egresados de la residencia de Medicina General Sede Bariloche sobre su formación de pos-grado .....	11
<i>Estafanía Favre</i> .....	11
Elegir la Patagonia. Una historia de formación en salud, trabajo y experiencias personales .....	23
<i>Asociación Rionegrina de Equipos de Salud</i> .....	23
Una propuesta de evaluación del trabajo cotidiano para equipos de salud del primer nivel de atención de la provincia de Río Negro .....	39
<i>Jose Maria Ali Brouchoud</i> .....	39
Narrativas de trabajadores de Salud Mental sobre la desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y los nuevos desafíos tras 25 años de iniciada la reforma. ....	55
<i>Claudia Gabriela Baffo y Rosana Onocko Campos</i> .....	55
Percepciones acerca del trabajo en el derecho a la salud en Río Negro. ....	71
<i>Serena Perner y Soledad A. Pérez</i> .....	71

# PERCEPCIONES ACERCA DEL TRABAJO EN EL DERECHO A LA SALUD EN RÍO NEGRO<sup>7</sup>.

*Mónica Serena Perner y Soledad A. Pérez*

## Introducción

En el presente trabajo analizamos las percepciones de los equipos de salud del primer nivel de atención de la zona andina de Río Negro respecto a sus condiciones de trabajo desde un enfoque de derechos.

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 del '94, adquirieron jerarquía constitucional (Abramovich & Pautassi, 2008; Abramovich & Courtis, 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 tal como pusimos de manifiesto en trabajos previos (Pérez & Perner, 2018).

En este sentido, en el presente artículo nos ocupamos de las condiciones de trabajo de lxs integrantes de equipos de salud del primer nivel de la provincia

---

<sup>7</sup> Este trabajo ha sido realizado en el marco de los siguientes proyectos: PIP 11220130100254CO “Democracia, Derechos y Necesidades: un estudio sobre el alcance y el ejercicio de la ciudadanía en la provincia de Río Negro” (2016-2019) y PI-UNRN 40-B-536 “Democracia, Derechos y Desigualdades. Evaluación del alcance de la ciudadanía en la provincia de Río Negro” (2017-2019).

de Río Negro, tanto por lo que implica en términos de sus propios derechos como por el impacto que dichas condiciones tienen sobre las posibilidades de garantizar el cumplimiento del derecho a la salud.

## **Metodología**

A lo largo del trabajo empleamos como estrategia metodológica la realización de grupos focales que hicimos en el año 2017 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. En los mismos participaron en total 45 trabajadorxs. Los equipos de salud si bien con diferencias entre sí, estuvieron constituidos por agentes sanitarios, enfermerxs, médicxs (pediatría, clínica médica, medicina general, residentes de medicina general), psicólogxs, trabajadorxs sociales, operadorxs de salud mental, administrativxs, odontólogxs. Todxs lxs participantes de los grupos focales firmaron un consentimiento informado. Con la anuencia de lxs 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 ni las diferentes disciplinas que permitan identificarlxs. Se respetaron los marcos éticos vigentes: la Ley de Protección de los datos personales, N° 25.326 para el procesamiento de Datos Sensibles.

Esto fue complementado con el análisis de estadísticas oficiales: Plan de Salud provincial (Ministerio de Salud Río Negro, 2014) e información del Censo 2010 (INDEC, 2013).

En Río Negro, al igual que en el resto del país conviven los tres sub-sectores de salud: público, privado y de las obras sociales. El sistema público de salud de Río Negro está conformado por una red sanitaria con 35 hospitales y 184 centros de salud distribuidos en toda la provincia. Presentaba en el año 2015, 6.268 trabajadorxs de la salud (entre profesionales y no profesionales) (Ministerio de Salud Río Negro, 2014). La población que utiliza los servicios públicos de salud es la población que no cuenta con otra cobertura (privado u obras sociales). Este conjunto representaba en el año 2010, un 35% a nivel provincial, con diferencias al interior de la provincia (INDEC, 2013).

En términos generales abordamos la distribución de los recursos humanos en la provincia, las estrategias de gestión de los centros de salud y las percepciones de los equipos de salud sobre sus condiciones de trabajo.

## **Distribución de los recursos humanos**

La distribución de recursos humanos y también la cantidad de establecimientos de salud en cada una de las localidades de la provincia resulta muy dispar. Se puede observar en el mapa que las tasas más elevadas de profesionales por habitantes se encuentran ubicadas en la zona central de la provincia, reconocida como la zona de estepa, la línea sur, donde vive menos del 20% de la población de la provincia, pero donde más del 40% de esta población no tiene obra social ni prepaga. En cambio, en dos de los tres departamentos con menor porcentaje de población sin cobertura (al oeste y norte provincial) se observan los menores valores de trabajadores/as del sistema público de salud, salvo en el departamento donde se encuentra ubicada la capital provincial (al este de la provincia) donde existen de los menores valores de población sin cobertura pero valores intermedios de trabajadores de la salud (Mapa 1).

Esta situación que es percibida por lxs trabajadorxs de los equipos de salud con malestar y sin duda repercute en la calidad del servicio que en cada uno de estos centros de salud puede brindar:

*“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 tienen que solucionar estas cosas no lo vean?”*

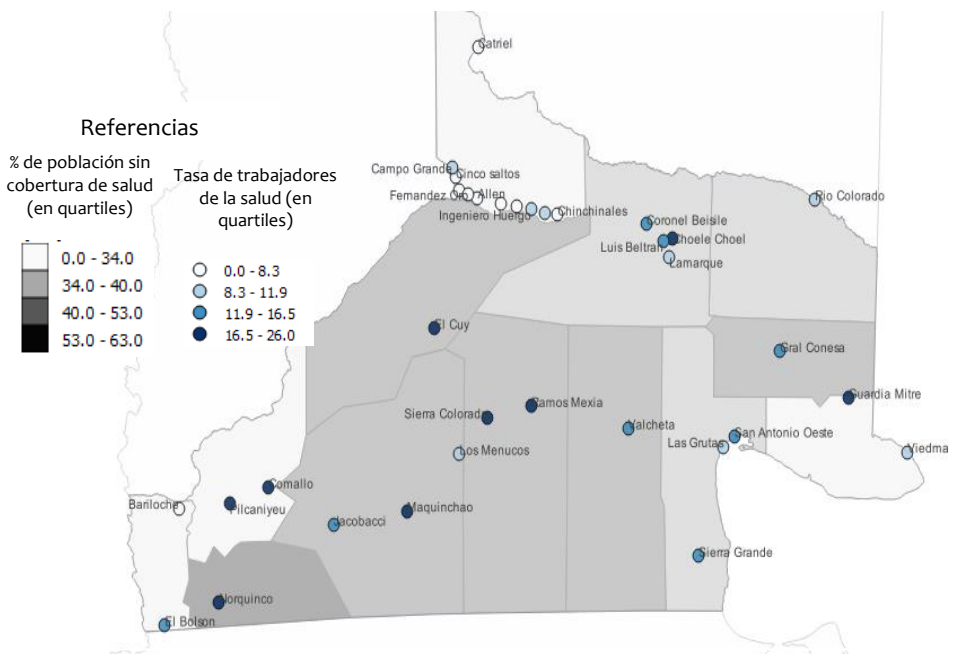
Sin embargo, otrxs trabajadorxs del primer nivel de atención ponen en duda estas afirmaciones al sostener que:

*“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 haya, un oftalmólogo o lo que sea, que hay uno sólo para para 140.000 habitantes”.

Aquí se visualizan contradicciones en los discursos de lxs propixs trabajadorxs, por un lado se pone en duda la falta de recursos humanos, tendiendo un manto de sospecha sobre el no cumplimiento de responsabilidades de parte de algunxs trabajadorxs, y por otro, se sostiene la imposibilidad de que existan tan pocos profesionales nombrados respecto de la cantidad de población.

Mapa 1: Ubicación de los hospitales públicos según la tasa (por 1.000 hab.) de trabajadores públicos de la salud y porcentajes de población sin cobertura de salud por departamento. Río Negro



Fuente: elaboración propia en base los datos proporcionados por el plan de salud provincial (Ministerio de Salud Río Negro, 2014) y del censo 2010 (INDEC, 2013)



## Entre la falta de gestión y control y la autonomía

Las percepciones de lxs miembrxs de los equipos de salud en relación a los modos de organización del trabajo no resultan uniformes. Algunxs valoran positivamente la falta de control que redundaría en autonomía para llevar adelante distintos tipos de iniciativas pero reconociendo que dicha ausencia de control implica también habilitar posibilidades de “no hacer”.

- *“La provincia de Río Negro tiene la particularidad, desde que yo estoy, que si vos querés hacer lo que quieras hacer, salvo que sea una barbaridad, nadie te dice nada. Es una ventaja, porque también podés no hacer. nada...”*

- *“Una de las facilidades de Río Negro es que es muy difícil que te digan lo que tenés que hacer, cero control de lo que hacés. Hacés lo que querés. No es Neuquén por ejemplo”.*

- *“Acá no se entera ni el loro. Lo hacés, lo deshacés, se armó tres veces...”*

- *“Funciona, no funciona... el Ministerio no tiene ni idea”.*

Estas citas contrastan con el Plan de Salud Provincial, que sostiene trabajar en pos de una Política integral de Recursos Humanos y específicamente un modelo de gestión integral que integre a los tres subsectores (público, privado y de las obras sociales) y articule temas como la capacitación continua, formación de posgrado, certificación y recertificación periódica al tiempo que se propone un balance de necesidades para garantizar el funcionamiento y realizar las requeridas incorporaciones.

En relación a las capacitaciones son referidas por unx de lxs trabajadorxs como *“un derecho del trabajador”*, pero a su vez la misma lógica asistencial que prima en nuestros sistemas de salud hace que resulte difícil ir a quienes *“atienden al público”* o la dificultad debido a que muchas veces *“tenés que pagarlas de tu bolsillo”*.

Paralelamente, la falta de supervisión u organización más vertical, descrita por distintxs trabajadorxs implica también que se habilite espacios para entramados o construcciones entre pares *“parte de curiosidades y de compromisos individuales”*, *“se gesta desde abajo”*, *“se arma individualmente”*. Y

así se van conformando los equipos de salud, “te vas juntando de acuerdo a la necesidad”.

En esta línea existe un reconocimiento de ciertas cualidades de algunxs compañerxs que traccionan en pos de incorporar nuevas prácticas, más allá de las autoridades coyunturales: “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”.

Por otra parte, en otro centro de salud unx de los referentes del mismo describía la conformación de los equipos en los siguientes términos:

*... 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 laburas es imposible controlar. Y el otro 30 que va fluctuando con esas variabilidades, depende de cuan contento estoy y cuan 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, como 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%).*

Según se desprende del testimonio, habría una fracción de lxs integrantes de los equipos de salud que aún sin recibir la retribución monetaria acorde a su trabajo, lo hace.

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 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.

## Condiciones de trabajo de lxs trabajadorxs de la salud

Si bien el plan provincial de salud sostiene que se apunta al logro de un sistema de salud centrado en las personas, en lxs usuarixs y en lxs trabajadorxs de salud. Que tenga en cuenta la satisfacción de las expectativas de los usuarios mediante el esfuerzo brindado por equipos interdisciplinarios integrados, con alta calificación técnica y humana, reconocida y jerarquizada en el escalafón laboral, estimulando su motivación, su bienestar y seguridad y su crecimiento profesional (Plan de Salud 2014, p.45).

Los testimonios relacionados con las condiciones de trabajo de los equipos de salud, dieron cuenta de múltiples realidades que manifiestan distintas situaciones de vulnerabilidad para estxs trabajadorxs: *“Se ha ido desarmando la estructura organizativa para dar respuesta”*. *“Desde lo organizativo como que se desarticuló”*.

La arbitrariedad se pone de manifiesto en relatos como el que sigue:

*“Te empiezan a negar cosas, a cortar recursos, porque saben que sos una persona referente”*.

*“Dentro de diferentes centros de salud nos fueron cambiando, sin consultar... compañeros que estaban trabajando en un lado, los mandaron para otro, a otros equipos, como desarticular las historias, los equipos”. Donde “por cuestiones ideológicas los corren de ahí y los ponen en otro centro de salud (...) es un vínculo que se pierde con la comunidad”*

Estas lógicas, tal como ponen de manifiesto, van *“generando miedo”*. *“sacándonos”*. *“por miedo, por persecuta, van quedando pocos, que son los que se le ponen la camiseta”*.

Al mismo tiempo, se van configurando centros de salud con distintas jerarquías, en función de la alineación política ideológica de los equipos, así algunos centros ofician como lugares de *“rescate”* donde van los desplazados de otros espacios laborales: así van definiendo a sus compañerxs como *“otro rescatado”* y *“en proceso de rescate”*.

La importancia del tipo de lazos que se establecen entre lxs integrantes de los equipos de salud, cobra una nueva dimensión en el relato de algunxs trabajadorxs 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”*.

De este modo, los centros de salud asumen y son atravesados por las particularidades de cada territorio, lo cual permite pensar, con Spinelli (2016) a lxs trabajadorxs 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”* (pág. 165).

A estas situaciones que hacen a las condiciones de trabajo, se agregan vulneraciones respecto al derecho a la salud de lxs propixs trabajadorxs del sector, vinculadas a incumplimientos por parte de la obra social: *“la misma obra social nuestra vulnera nuestros derechos como trabajadores, que es manejada por el estado provincial”*.

Dicha situación contrasta con la letra del plan provincial que sostiene que el mismo está centrado tanto en los usuarios como en lxs trabajadorxs (Ministerio de Salud Río Negro, 2014).

## **La tensión entre el afuera y adentro**

Las condiciones de trabajo previamente descritas se dan en un contexto en el cual lxs trabajadorxs de la salud cotidianamente se debaten, dicho contexto se configura a partir de las formas en que se tensionan y/o articulan las percepciones de su trabajo *“desde afuera”* en general y particularmente desde los profesionales de salud que ejercen exclusivamente en el ámbito privado y la autopercepción de lxs trabajadorxs del subsistema público respecto de su propia labor y de la de sus compañerxs.

- *“hay una tensión entre la oferta de trabajo en el privado y el estado... como está armado el sistema de salud. En la medida que el privado le compite a adquisición de recursos al estado... te va a poner más plata, va a haber una tensión y va a ser casi imposible ese juego. Porque es una cosa que no termina nunca”*

Según manifestaba unx de lxs trabajadorxs: *“ahí producís atención, producís consulta, no producís salud. Es otra cosa”*.

A su vez, respecto a las percepciones que lxs trabajadorxs del ámbito privado tienen respecto de quienes trabajan en el ámbito público de la salud reproducían frases que les suelen ser dichas tales como: *“que bueno que trabajás en el hospital, tenés, aguinaldo, tenés vacaciones, total al medio día te vas”...*

Estas afirmaciones dan cuenta de un reconocimiento de los derechos laborales que tienen lxs trabajadorxs del ámbito público, que los distingue de los del ámbito privado y cierta descalificación vinculada a la escasa cantidad de horas que trabajarían quienes lo hacen en el ámbito público.

Dicha tensión es reconocida también al reflexionar sobre cómo lxs trabajadorxs del ámbito público perciben la labor de quienes ejercen en el contexto privado: *“¡pero vos te llenás de guita en el consultorio!”*, *“¿cuánto cobra un particular por la consulta?”*, *“500 mangos la consulta, eh!”*.

Más allá de lo cual afirman:

*“uno elige finalmente. Yo claramente por este sueldo... yo por el tiempo que le destino a la atención pública, claramente ganaría más plata trabajando esa misma cantidad de horas en el privado. Uno elige también donde está y que hacer. Para mi no son cuestiones que compitan en términos del derecho a la salud o del acceso a la salud”*.

Así, en cada trabajadrx convergen universos de sentido distintos, en cada una de las acciones de lxs diferentes trabajadorxs de la salud respecto del significado 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 trabajadrx.

*“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 el deber ser. Pero, después, esta 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”.*

## **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, y cuya distribución no pareciera corresponder con criterios explícitos o claros.

El trabajo realizado nos permitió reconocer cierta heterogeneidad al interior de los propios equipos de salud, que se vincula al modo en que se interpreta la gestión local con diferencias de 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 para la población.

La tensión entre la ausencia de control y el margen para hacer merece a nuestro entender una mirada poco indulgente. Consideramos que no puede ser un requerimiento para el trabajo en salud, la existencia de cierto nivel organizativo y autogestivo por parte de lxs propixs trabajadorxs 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, tanto para la población en general como para lxs propixs trabajadorxs.

La fragmentación del sistema de salud y las diferencias en términos simbólicos y materiales de trabajar en uno u otro subsector pone en tensión el vínculo entre elecciones y oportunidades de elegir de lxs trabajadorxs, situación que se visualiza en las percepciones “desde afuera”, es decir desde el ámbito privado, en contraposición a las miradas que se tienen desde adentro del sistema público. Más allá de esta dicotomía lo que pareciera caracterizar a los equipos de salud es la dinámica de su conformación, ya que lxs trabajadorxs van y vienen, se entrecruzan según oportunidades que van condicionando sus elecciones.

## Bibliografía

Abramovich, V., Courtis, C. (2002) Los derechos sociales como derechos exigibles. Madrid: Trotta.

Abramovich, V., Pautassi, L. (2008). “El derecho a la salud en los tribunales: algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina” *Salud Colectiva* 4(3): 261-82.. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a02.pdf>

INDEC. Recuperado de: [http://www.censo2010.indec.gov.ar/index\\_cuadros.asp](http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp)

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”.. Recuperado de: [http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan\\_provincial\\_salud/Plan\\_Salud\\_2014-2015.pdf](http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. ONU: Viena

Pérez, S. (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, S. (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: Construcción de ciudadanía, activismo(s) y ampliación de derechos en clave transdisciplinar.

Pérez, S., Perner, S. (2018). “Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina”. Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação; 22(65):359- 371. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0106>

Spinelli, H. (2016). “Volver a pensar en salud: programas y territorios”. Salud Colectiva. 12(2):149-117. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976/983>





ISBN 978-987-47326-0-6

