

El acceso a la salud desde un enfoque de derechos. Percepciones de los equipos de salud de la Zona Andina de Río Negro

Among accessibility and elasticity: health access in Río Negro Andean Zone

Soledad Pérez¹⁻³

soledadaperez@gmail.com

Serena Perner²⁻³

serenaperner@gmail.com

¹IIDyPCa-Universidad de Río Negro; ²Universidad Nacional del Comahue; ³CONICET. Argentina

Recibido: 16|05|18

Aceptado: 21|08|18

RESUMEN

En el presente trabajo analizamos las percepciones de las/os trabajadoras/es del primer nivel de atención del subsistema público de salud rionegrino respecto a las condiciones que existen en la zona andina de dicha provincia para hacer efectivo el derecho a la salud. El abordaje se desprende del esquema elaborado por la Comisión de Trabajo creada en el marco del Protocolo Facultativo del PIDESC, retomando la idea de señales de progreso cualitativas, centrándonos en los discursos de quienes actúan como intermediarios. Nuestra 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. Para ello realizamos grupos focales y una encuesta a equipos de salud. En función del lugar privilegiado que estos 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.

Palabras clave: Derecho a la Salud; Accesibilidad los Servicios de Salud, Centros de salud; Argentina.

ABSTRACT

In this work we analyze perceptions of first level public health system workers from Rio Negro province related to given up conditions in its Andean zone to make effective health rights. This approach emerges from the scheme made by the Working Group created within the Optional Protocol to the ICESCR, bringing the idea of progress qualitative signs centered in workers speeches placed as intermediaries. Our choice is based on agency capacity idea of health teams and the imbricated relationship between injustice experiences perception and perceiving themselves or not as rights holders. We conducted focus groups and surveyed health teams. Based on the privileged place this workers have as rights effectiveness mediators, we consider fundamental to recover their voices, bringing them as an access way in awareness of vulnerable groups and dimensions in which effective fulfillment of health right can be questioned from rights approach.

Key words: Right to Health; Health Services Accessibility; Health Centers; Argentina.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo analizamos las percepciones de los trabajadores y las trabajadoras del primer nivel de atención del subsistema público de salud rionegrino, respecto a las condiciones que existen en la zona andina de esta provincia para hacer efectivo el derecho a la salud.

El abordaje se desprende, en líneas generales, del esquema elaborado por la Comisión de Trabajo creada en el marco del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Hunt, 2004; OACNUDH). Nuestro trabajo no se ajusta estrictamente a la tipología de indicadores (OACDH, 2012), sin embargo, retomamos el espíritu expresado en torno a las señales de progreso cualitativas. En lugar de enfocarnos en las percepciones de los ciudadanos y las ciudadanas respecto de la satisfacción del derecho, nos centramos en los discursos de quienes actúan como intermediarios en el acceso al mismo. Por ello, trabajamos con el foco puesto en el primer nivel de atención, considerado la puerta de acceso al sistema de salud. Nuestra elección se funda no solo en la valoración de la capacidad de agencia de los equipos de salud, sino también en la imbricada relación entre la posibilidad de percibir una experiencia como injusta y el hecho de percibirse (o no) como titular de derechos que impide en algunas ocasiones que lo/as ciudadanos/as perciban que sus derechos no se cumplen plenamente.

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.

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 & Courtis, 2002; Abramovich & Pautassi, 2008).

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).

Desde el corpus de producción de las distintas instancias del sistema de derechos humanos se han definido distintos estándares: a) contenido mínimo y universalidad de los derechos, b) el de utilización del máximo de los recursos disponibles c) progresividad y no regresividad; d) igualdad y no discriminación; e) acceso a la justicia y mecanismos de reclamo; f) producción y acceso a la información; y f) participación de los sectores afectados en el diseño de las políticas públicas (Pautassi, 2010). Por razones de extensión, a lo largo del presente trabajo nos centraremos en los estándares de universalidad, progresividad y no regresividad y de igualdad y no discriminación.

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 apunta a aportar 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 y del análisis de una encuesta realizada a nivel provincial que utilizamos como fuente respaldatoria.

METODOLOGÍA

A lo largo del trabajo empleamos dos estrategias metodológicas: realizamos grupos focales y también aplicamos una encuesta. Los grupos focales se realizaron 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 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: la Ley de Protección de los datos personales, N° 25.326 para el procesamiento de Datos Sensibles y la Ley de Secreto Estadístico N° 17.622.

Por otra parte, realizamos una encuesta a equipos del primer nivel de atención de Río Negro respecto a los recursos e insumos suministrados por el Estado en el año 2016. Se trató de una encuesta autoadministrada que hicimos llegar a los centros de salud de la provincia. Si bien no tuvimos una alta tasa de respuesta, sí su representatividad. Así, cada respuesta en sí misma, por referir a localidades ubicadas en las distintas regiones de la provincia (Zona Atlántica, Valle, Estepa y Zona Andina) nos permite una descripción de diversas situaciones que se registran en la provincia.

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 trabajadores de la salud (entre profesionales y no profesionales) (Ministerio de salud, 2014). La población que utiliza los servicios públicos de salud es la población que no cuenta con otra cobertura (prepagas u obras sociales). Este conjunto representaba en el año 2010, un 35% a nivel provincial, con diferencias al interior de la provincia (INDEC, 2010). La cobertura de medicamentos para esta población depende de su provisión por parte de programas nacionales (Remediar) y provinciales (Laboratorio Público de Producción de Medicamentos-PROZOME) (Ministerio de salud, 2014).

A partir de ambas estrategias metodológicas, nuestro análisis se centró fundamentalmente en dos dimensiones vinculadas al derecho a la salud y que se desprenden de la Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (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 parte de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y de programas. Estos servicios incluyen no sólo los factores determinantes básicos de 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" (Naciones Unidas, 2000). 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 (Naciones Unidas, 2000).

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.

CARTOGRAFIANDO EL ACCESO A LA SALUD

Entreabriendo la puerta del primer nivel de atención es posible advertir a primera vista grandes diferencias en las características de cada uno de los centros de salud. Estas diferencias 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 ProMeBa (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 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 (De Certeau, 1996).

La historia de cada uno de los centros de salud estuvo relacionada con 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”.

En este contexto, los equipos de salud de los distintos establecimientos, cada uno a su manera, van desplegando estrategias ante la falta de financiamiento directo para infraestructura provisto desde el nivel central, sea este provincial o nacional. Existe un mecanismo de financiamiento que pueden emplear los efectores locales por medio del programa nacional Sumar, donde se entrega dinero al efector en la medida que estos realicen determinadas prestaciones definidas en el programa. Para poder recibir el dinero se necesita, por un lado, realizar estas prestaciones, y por el otro, llevar adelante los mecanismos administrativos para poder cobrarlo. En ambos aspectos los centros de salud se diferencian: “*por ejemplo el Sumar acá, R.F. siempre se ocupa de que alguien lo esté cargando (...) viene y se ocupa, y si no se lleva el Sumar a su casa para que esté a full Sumar. Si sabemos que hay un peso de Sumar que nos pueda caer, lo hacemos*”.

Los mismos trabajadores analizan las diferencias:

“porque acá es donde más funciona el Sumar, acá te dicen ‘Hola’ y te facturan Sumar (...) otros no hacen nada, entonces también genera una asimetría... está bien es algo que está y si querés lo agarrás. Implica un trabajo para conseguir eso. Necesitas un administrativo, o que todo el equipo esté pensando en ‘vamos a facturar para Sumar’ y un montón de cosas. Y

otros equipos que dicen, ‘no, me está faltando un agente sanitario, no lo voy a poner a cargar Sumar, que vaya a hacer su trabajo’. Entonces hay otros equipos de otros centros de salud que no facturan casi nada. Y eso también genera asimetría. Otros centros funcionan con la lógica de “el ministerio ‘me tiene que arreglar este problema edilicio, llamo a mantenimiento’. Imaginate...”.

Algunos equipos de salud buscan financiamientos externos: “*laburamos mucho con donaciones*”, sumando “*mucha plata del plan Sumar, y de gente que fue colaborando con la campaña ‘un ladrillo para F.’ a través de P. y gente de acá porque hizo mano de obra voluntaria y esas cosas*”.

Así, en un centro de salud construido a partir de un edificio de la Junta Vecinal, refieren:

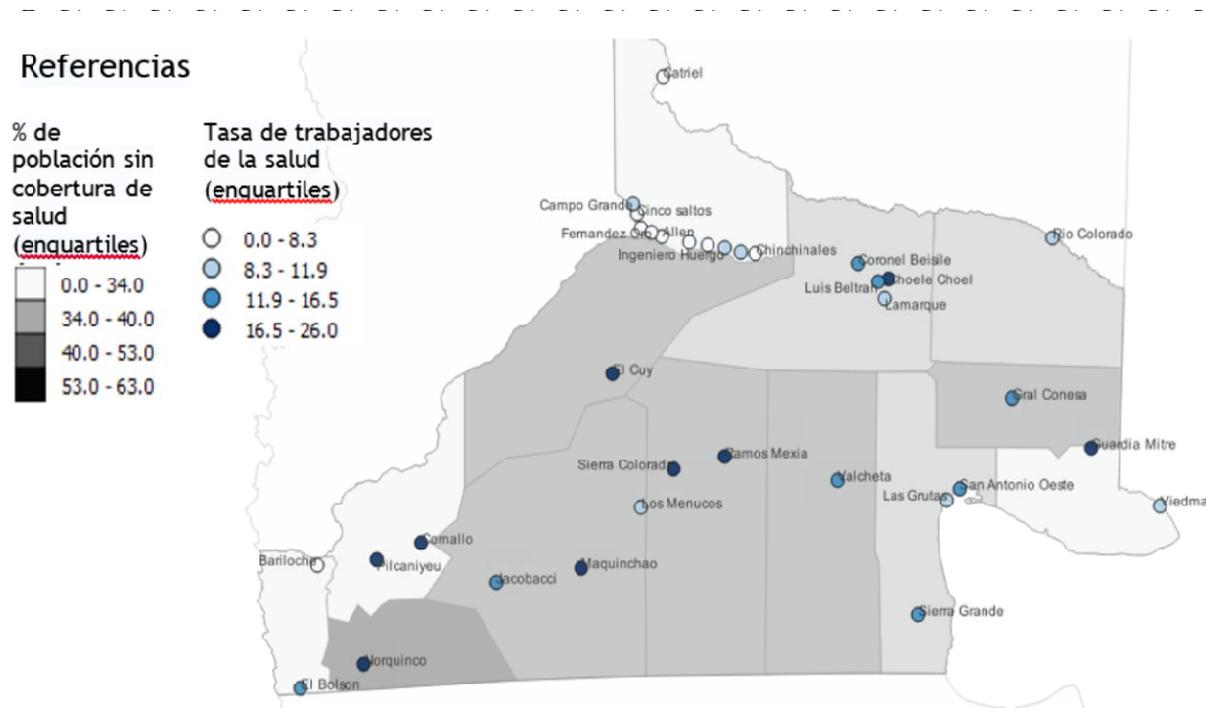
“de esa pared a la equina es del centro de salud. Que hicimos una ordenanza en el año 2005 y se fue renovando todos los años. Y en realidad esto, lo rojo (señalando el cambio en los azulejos del piso donde estábamos) es originario cuando empezamos a atender acá en el año ‘87 y se fue ampliando. Los distintos azulejos son las distintas ampliaciones. La historia (risas). Un arqueólogo te va a decir ‘acá estuvo el...’. Las eras se van viendo por los azulejos, y son todas dentro del terreno de la Junta Vecinal”.

Tal como se desprende del testimonio de los distintos trabajadores y trabajadoras de los equipos de salud, en cada uno de los centros se desarrollan diferentes estrategias que van construyendo el espacio del centro de salud, al tiempo que hacen viable el acceso a la salud. Muchas veces ante la falta de respuesta del estado o ante la demora en estas respuestas, se buscan múltiples y diversas fuentes de financiamiento para poder hacer mejoras edilicias, que generen espacios para la atención, y por ende hagan viable el acceso a la salud, que van desde la dedicación de tiempo a tareas administrativas para acceder al dinero de programas nacionales, aportes de ONG, Fundaciones, de la iglesia católica o de juntas vecinales o directamente apelando al aporte de la población local ya sea la que utiliza estos servicios o simplemente población “sensibilizada” con la Salud Pública.

Así, observamos que la presencia estatal en muchos casos se restringe a la designación de recursos humanos que trabajan en estos espacios que obedecen a distintas historias y que se han ido tramando, construyendo a partir de acciones y prácticas de distintos actores. Al hablar de recursos humanos aludimos siguiendo a Rovere (1993) a un campo complejo en el que la salud está atravesada por múltiples dimensiones, un campo de naturaleza intersectorial.

En este marco, 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).

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. Prov. de Río Negro



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

Esta situación que es percibida por las trabajadoras y los trabajadores de los equipos de salud con malestar y que sin duda repercute en la calidad del servicio que en cada uno de estos centros de salud se puede brindar pone de manifiesto la insuficiencia de los artificios que emplean cifras y modelos que invisibilizan a los sujetos que conforman la realidad analizada e incluso el carácter posicional de los mismos actores que realizan tales diagnósticos (Rovere, 1993).

“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, otros/as trabajadores/as 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 los/as propio/as trabajadores/as, 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 alguno/as trabajador/es, y por otro, se sostiene que la imposibilidad de que existan tan pocos profesionales nombrados respecto de la cantidad de población.

“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...”

ACCESIBILIDAD Y GRUPOS VULNERABLES

Tal como mencionamos previamente, la accesibilidad al derecho a la salud comprende distintas dimensiones superpuestas: la accesibilidad física, económica, el acceso a la información y la accesibilidad vinculada a la no discriminación.

Refiriéndose al acceso a insumos, en los distintos centros de salud contrastaban la situación que se vive en la actualidad con la disponibilidad de medicamentos que existía antes de las elecciones presidenciales de 2015. Así refieren:

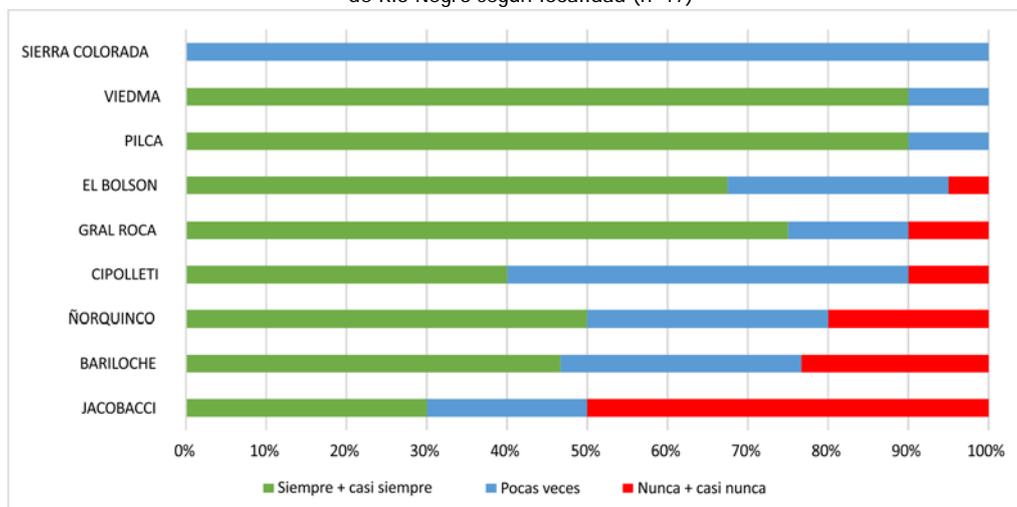
“nosotros antes teníamos medicamentos básicos que, para nosotros, son sumamente necesarios y que, además, permitió que la gente se acercara más al centro de salud, facilitó y bueno, hay muchas cosas que faltan ahora. (...) “un montón de medicamentos de ´crónicos´ que no están más, que nos pasamos haciendo recetas y, bueno, eso sí se notó un montón. Para mí, si sigue en el tiempo, la gente va a empezar a ir de vuelta al hospital porque vas y estás en el mismo lugar, sí hay que conseguir el turno y toda la historietta, pero solucionás ahí. Si no lo atienden y se tiene que ir para allá, para la medicación, que es básica, no es una cosa rara. Eso cambió...”

Esta cita pone de manifiesto el proceso de regresividad que se ha instalado en los últimos años, que atenta contra el estándar de progresividad y no regresividad. Dicho estándar establece la limitación que los tratados de derechos humanos y por ende nuestra constitución impone respecto a la prohibición de sancionar normas o adoptar políticas que empeoren la situación de derechos de la que gozaba la población.

La falta de “*medicación, la entrega de leche en su momento... los anticonceptivos*” indicados por los equipos de salud dan cuenta de aspectos que hacen a carencias que afectan a distintos grupos poblacionales y que ponen de manifiesto la situación de regresividad.

En la misma línea, los resultados arrojados por la encuesta realizada en los centros de salud de diferentes localidades de la provincia se corresponden con los discursos de los y las trabajadores/as de los equipos de salud al tiempo que visibilizan una distribución de insumos muy desigual y arriesgaríamos arbitraria, ya que no existen razones explícitas que expliquen los modos en que se distribuyen/asignan estos insumos. En este contexto, la frecuencia de recepción de medicamentos para enfermedades respiratorias, diabetes, hipertensión, antiinflamatorios, antibióticos, antiparasitarios, antiepilépticos, antimicóticos, preservativos y anticonceptivos requeridos por diferentes grupos osciló entre centros de salud en los cuales los medicamentos llegaron en el año 2016 más del 90% de las veces *siempre* o *casi siempre* (como Viedma o Pilcaniyeu) y otros como Ing. Jacobacci, en los que un 50% de las veces nunca o casi nunca los recibieron (Figura 1).

Figura 1: Frecuencia de recepción de medicamentos durante el año 2016 en los centros de salud públicos de Río Negro según localidad (n=17)



Fuente: elaboración propia en base los datos relevados en la encuesta

Estos datos, se corresponden con afirmaciones recogidas en distintos centros de salud de la zona andina:

- *"Antes no se veía, ahora te vienen a pedir leche"*
- *"...entonces, por ahí, la leche venía ahí y entonces no era necesario venir a buscarla acá, pero ahora no hay nada en ningún lado"*.
- *"Mismo nosotros no tenemos medicación para darle"*

Este "antes y después" se vincula al cambio político a nivel nacional, con un gobierno que ha introducido cambios en las políticas públicas en general y de salud en particular. Esto generó una profundización de la vulneración del derecho a la salud al recortar la llegada de insumos a los centros de salud, al aumentar la población que se atiende en el subsistema público de salud (por la falta de obra social o prepaga) y al repercutir en derechos básicos como al trabajo, la alimentación y la vivienda de los sectores más vulnerables.

Otra de las dimensiones vinculadas a la falta de cumplimiento de las obligaciones estatales tanto a nivel provincial como nacional respecto a la accesibilidad, está dada por deficiencias a la hora de atender en tiempo y forma (que da cuenta de la "Calidad" que hace también a las características que debe tener el acceso a la salud). Al hablar de atender en tiempo y forma, establecemos la diferencia entre la atención de una consulta simple, en el contexto de un centro de salud y el tiempo que demora por ejemplo una derivación a un especialista, de la misma manera que para lograr un traslado o estudios que requieran de equipamientos de mayor complejidad. A esto se agregan dificultades no solo vinculadas a la provisión de medicamentos para pacientes crónicos, sino también problemas vinculados a la accesibilidad geográfica y a la accesibilidad a tratamientos complejos.

"...es el tema de la gente que tiene enfermedades crónicas, que requiere atención en otros lugares. Se están poniendo un montón de trabas, en cuanto al acceder, no sé, desde una resonancia, una tomografía, cosas que no se hacen acá. Claro, por las dos cosas. Si te pagan el estudio, no te pagan el pasaje, si te pagan el pasaje no le pagan a tu acompañante cuando hay algunas intervenciones que requieren, sí o sí, de acompañante. Y, eso sí empezás vas a

ver, como el deterioro de personas que es esto. Porque, además es desgastante y un día, otro, otro, pelearse acá, pelearse allá, cuando eso lo tienen que hacer todos los meses que viajan así, mes por medio. Me parece que esas situaciones son esto, que se hace como cada vez más grande la brecha, en cuanto al acceder. Y, hay un montón de prestaciones que, realmente, acá, no llegás o esto, estás 6 meses esperando una derivación, no sé, es re diferencial también esto. Depende de dónde vivas a qué tipo de salud accedes. Si estás en una ciudad grande, donde podés estar, está bien, acampando la noche anterior, para sacar el turno, es cierto, pero tenés los especialistas, tenés la tecnología y accedes y, acá, tenés que pasar por ochenta mil filtros, que ahora están súper intensificados”.

En el mismo sentido, en otro centro de salud comentaban acerca de las dificultades para trasladar a personas con discapacidades: *“poder trasladar a los pacientes al hospital se complica”*.

Esta cita da cuenta de otro aspecto de la falta de accesibilidad, que no está vinculada a las características geográficas, sino a la falta de ambulancias que permitan los traslados.

Desde una lógica contraria a la de los trabajadores y las trabajadoras que con sus acciones acortan la distancia al derecho, existen ciertos discursos en los que la propiedad de elasticidad de las acciones, vinculadas especialmente al principio de no discriminación aparece puesto en tensión.

“Nadie lo dice, porque no es políticamente correcto, es... Ah. pero éste es chileno! Ah, pero éste es bolita! ah! éste todo y le da, no le da, sí, que se vaya a otro lado. Todos lo piensan, pero no lo hacen, porque sabés que les tenés que dar la medicación y todo. Sabemos que es gente que aprovecha también eso. Chilenos que aprovechan la salud nuestra, porque nosotros somos dadivosos y el boliviano que usurpa”

El acto de decir que *“la ley es muy amplia, es muy amplia acá”* o que *“somos dadivosos”* frente a otros considerados *“aprovechadores”* resulta performativo y no sólo conspira contra el principio de no discriminación, sino que también repercute en las formas de atención, configurando las condiciones para el acceso a la salud.

Respecto de los grupos más vulnerables, quienes requieren una presencia activa y continua del sistema de salud, las percepciones en los distintos centros de salud varían. Así, en un equipo de salud destacaban la situación de las personas hipoacúsicas para conseguir audífonos, que consideraban como un *“laberinto”*, dando cuenta de los obstáculos administrativo-burocráticos implicados en el proceso, en otro de los centros de salud señalaban como población vulnerable e invisibilizada, a los varones:

“nosotros no tenemos horario para el trabajador (atienden de 8.00 a 16.00 de lunes a viernes), en general muchas veces es el proveedor. Por otro lado, hay una cuestión cultural de no atenderse. Todo ese estigma que nosotros fuimos criados para la materno- infancia, hace que tengamos muy poco acceso”; “cuando llegan están muy enfermos”.

Y agregan:

“Tiene que ver con las masculinidades también, digo, porque la construcción de masculinidad todavía está emergiendo, hoy por hoy, el hombre tiene una cultura machista, donde el hombre no se enferma, es la mujer la que va con los pibes, va a salud y se ocupa, eso es una construcción, no sé si es un problema de salud, un problema de imaginario social”

Al mismo tiempo, en otro de los centros de salud señalan tanto a las mujeres con diversas problemáticas sociales como a los adultos mayores, como las poblaciones en las que se solapan diversas formas de vulneración de derechos:

“la mujer con su problemática social y familiar. Ya sea pobreza, violencia, crianza. La mujer sola con varios pibes y con situaciones de violencia son bastante frecuentes en nuestro espectro y son las que nosotros vemos con más preocupación. Porque son las que repiten episodios, tanto de violencia como de situaciones críticas. Y, por otro lado, la tercera edad

que no sabemos qué carajo pasa. El viejo que llega, llega, y alguno que lo tenemos identificado, pero tampoco es un lugar. En atención primaria nosotros hace mucho tiempo que no... primero no tenemos viejos, no había viejos en Bariloche. Yo cuando llegué no había infartos. No había infartos. No había cáncer. No había, no había. Y después comenzaron a aparecer porque la población fue envejeciendo. Le costó mucho a la atención primaria incorporar el paciente crónico y a la tercera edad como una problemática. Entonces no tenemos herramientas. En realidad, acá los viejos tienen más problemas que los Pérez García que no sabés como hacer”.

EL TRABAJO INTERINSTITUCIONAL Y EL ENFOQUE DE DERECHOS

El trabajo interinstitucional en el subsistema público de salud rionegrino es alentado discursivamente desde el Estado, tal como consta en el plan de salud vigente en la provincia (Perez & Perner, 2018). Sin embargo, esta proclama no se corresponde con las experiencias relatadas por los y las trabajadoras de la salud. En muchas ocasiones esta articulación se produce “desde abajo”, en virtud de la capacidad de agencia de distintos actores que construyen esta trama y no de un marco institucional que garantice de manera universal el derecho a la salud.

Así una de las enfermeras entrevistadas comentaba:

“muchas veces es como que los centros de salud no forman parte del hospital. Vos vas al hospital y, ni siquiera te conocen, o no saben dónde está el centro de salud, por ejemplo. Entonces, imaginate si ya, entre el primer y segundo nivel no hay una articulación, ¿cómo podés articular? Eso sale de cada uno. Si uno considera importante. En este centro de salud pasaron años que no íbamos a una inter, por ejemplo. Bueno, después, según quién tenga ganas, según cómo vemos, bueno, vamos a arrancar de nuevo y así. Lo que pasa es que, también, las otras instituciones, hay algunas que están peor que salud, entonces es muy difícil trabajar también con las otras instituciones, porque, muchas veces, son otras las que tiene que dar respuesta a la gente y no se la pueden dar, por una cuestión económica, por una cuestión personal, por una, estamos atravesados por eso, por la situación económica, más que nada, me parece. Lo que es ‘desarrollo social’ están vaciadas totalmente esas instituciones. Y, todos los casos, la mayoría de los casos que tenemos nosotros, no es tanto de salud, porque vienen, se hacen el control, tienen las vacunas, está la leche, está el anticonceptivo, como sea. Porque hasta salimos a otros centros de salud a buscarlo, para que esa persona se vaya con su anticonceptivo. Pero, lo que es desarrollo, violencia, abuso, vivienda...”

Tal como se desprende de esta cita y hemos expuesto en trabajos previos (Pérez, 2017; Perner, 2017; Perez & Perner, 2018) en muchas ocasiones el acceso a la salud depende de voluntades individuales, de algunas caras amables del Estado que despliegan estrategias con otras instancias estatales, acortando las distancias para acceder al derecho. El hecho de que el acceso al mismo esté supeditado a esta “capacidad elástica” de acortar o extender la distancia para acceder a la salud, da cuenta del incumplimiento por parte del estado del principio de universalidad que caracteriza al enfoque de derechos.

Paradójicamente, los principios de interdependencia, interrelación e indivisibilidad (Organización de las Naciones Unidas, 1993) que tampoco se visibilizan en los modos de intervención que se plantean desde las directivas ministeriales, aparecen espontáneamente en los discursos de los/as trabajadores/as de los distintos equipos de salud tanto a la hora de diagnosticar el alcance de sus intervenciones, como en la valoración que realizan del trabajo interinstitucional: *“hace rato que yo me curé de espanto. Nosotros tenemos cero influencia en la vida de la gente. Les aviso, la vida de la gente se cura con techo, con agua, con trabajo, con educación”.*

No alcanza con garantizar el acceso a la salud, si no está garantizado el acceso al agua, a una vivienda adecuada o no está satisfecho el derecho a la alimentación: *“Y todo va de la mano,*

porque, por ejemplo, no pueden comprar la leña, entonces la casa está fría, entonces el chico cae enfermo (...) Directamente siempre va todo, lo económico, habitacional, saneamiento”.

Estos fragmentos remiten a las nociones de interdependencia e interrelación implicadas en el enfoque de derechos. La primera hace alusión a la vinculación que existe entre unos y otros derechos, mientras que la indivisibilidad, alude a la negación de la posibilidad de escindir unos derechos de otros. En este sentido, los derechos mantienen relaciones de reciprocidad entre ellos y resultan indivisibles en tanto y en cuanto actúan como un conjunto, no pueden interpretarse de manera aislada. En este marco, refiriéndose a la salud mental comunitaria una trabajadora nos comentaba: *“es que si no tiene resuelto la comida, la casa, trabajo... no hay salud mental”, “Si no está la medicación, si va a la casa y no tiene leña, si no tiene comida...”.*

CONSIDERACIONES FINALES

La aproximación al primer nivel de atención considerado puerta de entrada al sistema de salud, 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 en el nivel central definen políticas públicas con la designación y distribución de recursos y presupuestos, en la definición de la priorización (o no) de grupos sociales vulnerables y por otra, actores en el nivel local que son la cara visible del sistema de salud, quienes pueden modificar y construir los espacios donde finalmente se realiza y percibe (o no) el acceso al derecho.

En este contexto, las experiencias relatadas por los trabajadores y las trabajadoras del primer nivel de atención de la zona Andina de Río Negro ponen en cuestión el alcance del lenguaje de derechos adoptado tanto por mandato constitucional como en el plan de salud provincial. Así, se pudieron observar diversos aspectos que contribuyen a constituir a los equipos de salud en tanto mediadores o agentes “elásticos” (Pérez, 2017).

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 y distintas organizaciones sociales, entre otras. En este marco, la presencia estatal en muchos casos se acota a la designación y el pago de magros salarios a esos recursos humanos cuya distribución no obedece a lógicas explícitas y transparentes, que pueden no ajustarse a las necesidades de la población. Con esto último ponemos en cuestión el requerimiento de cierto nivel organizativo y autogestivo por parte de los/as propios trabajadores/as de la salud para hacer accesible el derecho. Frente a ello cabe 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?

En esta línea, las distintas dimensiones de la accesibilidad al derecho a la salud han sido problematizadas, 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. Asimismo, se advirtieron contradicciones al interior de los mismos equipos de salud en relación con el principio de no discriminación, contrastando con el acceso universal que debería garantizarse.

Esta falta de correspondencia entre las formas de intervención del estado nacional y del provincial con los principios de universalidad, interdependencia, interrelación e indivisibilidad, que caracterizan al enfoque de derechos, tiene como contracara las acciones de gran parte de los trabajadores y las trabajadoras de los distintos equipos de salud tanto a la hora de diagnosticar el alcance de sus intervenciones, como en la valoración que realizan del trabajo interinstitucional.

De ahí que, a nuestro entender, la adopción del enfoque de derechos no debe reducir sea un mero relevamiento de compromisos o expresiones de deseo por parte de los Estados, sino a la

implementación de políticas públicas que hagan efectivos los derechos. Ello requiere de acciones concretas entre las que se destacan las transformaciones de la propia estructura estatal.

Agradecimientos:

Este trabajo ha sido realizado en el marco de los siguientes proyectos: UBACyT N° 20020130100636BA "Cuidados, cuidadoras/es y derechos en personas con enfermedades no transmisibles" (año 2015), PIP 11220130100254CO "Democracia, Derechos y Necesidades: un estudio sobre el alcance y el ejercicio de la ciudadanía en la provincia de Río Negro" (año 2016) y PI-UNRN 40-B-536 "Democracia, Derechos y Desigualdades. Evaluación del alcance de la ciudadanía en la provincia de Río Negro" (año 2017).

REFERENCIAS

1. Abramovich, Victor y Courtis, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta. 2002.
2. Abramovich Victor y Pautassi Laura. "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. 2008. Url: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a02.pdf>
3. De Certeau, Michel. *La intervención de lo cotidiano*. Mexico: Universidad Iberoamericana. 1996.
4. Hunt, Paul. "Informes de Relatores Especiales sobre Derecho a la Salud". 2004.
5. INDEC. "Censo de población y vivienda 2010". 2010. Url: http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp
6. Legislatura. Constitución de la provincia de Río Negro. Río Negro. 1988.
7. Ministerio de salud de Río Negro. "El Derecho a la Salud en Río Negro. Fortaleciendo el Sistema de Salud Rionegrino. Etapa 2014-2015". 2014. Url: http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf
8. Naciones Unidas. "Observación General N° 14". Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000. Url: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>
9. OACDH. "Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y aplicación". Ginebra: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos 2012. Url: http://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Publications/Human_rights_indicators_sp.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1
10. OACNUDH. "Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)". Url: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCESCR.aspx>
11. Organización de las Naciones Unidas. "Declaración y Programa de Acción de Viena". Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena. 1993.
12. Pautassi, Laura. «*Indicadores en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Más allá de la medición.*» La medición de derechos en políticas sociales. Ed. Victor Abramovich y Laura Pautassi. Buenos Aires: Editores del Puerto. 2010.
13. Pérez, Soledad. "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. 2017.
14. Pérez, Soledad y Serena Perner. "Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina". *Interfase*. 22(65). pp 359-371. 2018. Url: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0106>
15. Perner, Serena. "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, 2017.
16. Rovere, Mario R. "Planificación estratégica de recursos humanos en salud". Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 1993. Url: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3114/mod_page/content/1/docs/mod1_RovereM.pdf