

DERECHOS, CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN EN SALUD: ARTICULACIONES CON LA ACCESIBILIDAD SIMBÓLICA A LOS SERVICIOS.

RIGHTS, CITIZENSHIP, AND PARTICIPATION IN HEALTH CARE: ARTICULATIONS WITH
SYMBOLIC ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE SERVICES

PAMELA GARBUS, ROMINA C. SOLITARIO, ALICIA STOLKINER
Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires (UBA). Buenos Aires. Argentina.

Resumen: Se analizan las características de la accesibilidad a la atención en salud de los usuarios de un Centro de Salud ubicado en la Ciudad de Buenos Aires. Se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos.

Palabras claves: derecho a la salud, accesibilidad simbólica, participación

Abstract: This work analyzes the characteristics of health care accessibility for the users of a health care center located in the city of Buenos Aires. Accessibility is defined as a link built between subjects and services, arising from a combina-

tion of health care service conditions and discourses and the subjects' conditions and representations.

Key words: right to health care, symbolic accessibility, participation

INTRODUCCIÓN

Este trabajo analiza las características que adquiere la accesibilidad a la atención en salud de los usuarios de un Centro de Salud ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se propone como objetivos analizar las características que adquiere el vínculo que se establece entre los usuarios y el Centro de Salud seleccionado, analizar las condiciones

Correspondencia: Lic. Pamela Garbus. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires (UBA). Thames 968. Capital Federal. Buenos Aires. Argentina.
E-mail: pgarbus@fibertel.com.ar

Recibido: 1 de Agosto de 2007

Aceptado: 15 de Septiembre de 2007

que pudieron favorecer el establecimiento de dicho vínculo y analizar las particularidades de la participación en salud de los diferentes usuarios en su relación con la accesibilidad simbólica al servicio.

Se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios (1). De esta manera, para su análisis se incorporan a las características organizacionales y simbólicas del servicio seleccionado, las representaciones, discursos y prácticas de la población con relación al proceso salud / enfermedad / atención. En este sentido, se intenta complejizar las definiciones técnicas clásicas generalmente utilizadas, que ponen el énfasis únicamente en las estrategias, modos organizacionales y distribución geográfica de los servicios de salud para analizar las condiciones de la accesibilidad y sus posibles barreras.

Pensar la accesibilidad como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, hace ineludible incluir en las estrategias que se establezcan para facilitar el acceso, las prácticas de vida y salud de la población. Es por esto que se define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.

Clásicamente se consideran cuatro dimensiones en la conceptualización de la accesibilidad: geográfica, administrativa, económica y cultural o simbólica. Este trabajo se centrará en la dimensión simbólica, entendiendo como tal a la posibilidad subjetiva que tiene el usuario de obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y la manera que encuentra para ejercerlos (2). En esta dimensión subjetiva intervienen vivencias, saberes contruidos, sentimientos, percepciones, etc., entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia individual, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de la etnia, de los modos de disciplinamiento, etc. Es decir que en la posibilidad y el modo que construyen los sujetos para acceder a los servicios de salud estos elementos asumen un rol indiscutible. Asimismo, también entran en juego en la posibilidad que tiene una comunidad de contener mecanismos participativos que favorezcan el ejercicio de derechos garantizados por la ciudadanía.

La participación es una forma privilegiada de construcción de ciudadanía en tanto implica el ejercicio concreto de

derechos, conlleva la construcción de representaciones y saberes acerca del derecho a la salud, la equidad, el rol del Estado, y en definitiva, de ciudadanía. De esta manera se considera que existe una íntima relación entre la dimensión simbólica de la accesibilidad y los grados de participación en salud que presentan los usuarios de los servicios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el trabajo en terreno se seleccionaron tanto usuarios que presentan distintas modalidades de participación en salud, y usuarios sin participación activa en este área, con el fin de indagar las diferencias que se establecen en los vínculos que cada grupo construye con el servicio.

Se desarrolló una estrategia metodológica cualitativa. Se tomó como unidad de análisis a usuarios del Centro de Salud seleccionado que tuvieran un alto nivel de participación en salud y a usuarios del centro sin participación en salud. A los fines de esta investigación, consideramos **Usuarios con Participación** en Salud a aquellas personas que desempeñaron un rol activo en la organización de la comisión que solicitó al Estado la apertura del Centro de Salud y hoy sostiene dicho rol favoreciendo la presencia de la comunidad en la toma de decisiones que atañen al centro de salud. Consideramos **Usuarios sin Participación** en Salud a aquellas personas que concurren al Centro de Salud cada vez que lo requieren, pero que no intervienen activamente en actividades relacionadas con el funcionamiento y la organización del Centro de Salud.

Las entrevistas realizadas a ambos grupos de usuarios se analizaron en base a la selección de fragmentos discursivos significativos, que fueron agrupados conformando distintas categorías para el análisis.

RESULTADOS

«Favores personales versus reconocimiento de derechos»

A partir del análisis de las entrevistas se observa que los usuarios sin participación en salud, en general vivencian la atención de su salud como consecuencia de la buena voluntad y predisposición de los trabajadores de salud, y no como un derecho que les es propio por ser ciudadanos. Tienden a expresar frases de agradecimiento hacia los distintos trabajadores del servicio y a personalizar en los mismos la responsabilidad por las faltas que encuentran: *«nunca presenté una queja, sino una felicitación porque me pude hacer la prótesis dental gracias a la intervención del CESAC, la asistente social me derivó al Ramón Carrillo y así pude tenerla, la felicitación era para el CESAC»*. *«...al de la salita, ese...»*

porque el es el «mandamás» y tengo que callarme la boca hasta que a mi me atienden... te das cuenta? hace mal, tiene que hacer que me atiendan...».

Aquellos que tienen algún nivel de participación en salud establecen vínculos con el servicio que no están determinados exclusivamente por el sentimiento de agradecimiento hacia los trabajadores del centro: «*el centro es público si vos pagas los impuestos. Vos tenés derecho a usar los servicios del estado, es tu derecho*». En los relatos acerca de sus experiencias con respecto al uso del servicio, pueden analizarse concepciones de la atención a la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, no personalizando en los trabajadores la responsabilidad en los casos en que este derecho aparece vulnerado «*Nosotros (por la comisión de vecinos) directamente hablamos con el director, y le planteamos el problema, para que él trate de solucionarlo (...). Hay por ejemplo una cosa que a mí personalmente no me gusta, y hoy justo se lo tengo que decir. Vos llegás a las 11 de la mañana y querés que te atienda un médico clínico que empieza a atender a la 1 de la tarde, y te dicen: «esperá que a las 12 se abre el libro para anotar a los pacientes*».

Sin embargo, estas concepciones de derecho, no siempre deben ser entendidas en el sentido más tradicional atribuido al término, desde una concepción liberal, como un derecho universal, sino que adquiere características de lo que podría llamarse un *derecho selectivo* (2). Selectivo en tanto sería, por un lado, para quienes no pueden acceder al Mercado de la Salud: «*Si yo tuviese un bienestar dejaría que mi espacio lo utilizara otra persona. Te das cuenta que yo en este momento no lo puedo hacer*». Y por otro lado, para los ciudadanos argentinos, y no como establece la Ley para todas las personas, sean residentes o no en la Ciudad de Buenos Aires. «*...Ese es un problema de arriba que lo tienen que solucionar. Yo personalmente como mucha gente de la comunidad queremos que por lo menos, las embajadas o consulados de los distintos países aporten algo a los hospitales*».

Estas concepciones presentes en los discursos de los usuarios, obligan a analizar el alcance del concepto de ciudadanía, y sobre todo, cómo opera desde los discursos de los distintos usuarios, en la idea que tienen acerca de sus derechos.

Generalmente, el concepto de ciudadanía se piensa desde la concepción tradicional y liberal, bajo la cual aparece la igualdad formal como el principio regulativo de la misma. La concepción jurídico moderna de ciudadanía, ha ido «*elaborando un status legal de ciudadanía igualitaria e indiferenciada*» (3). En este sentido, el concepto de ciudadanía ha cumplido siempre una función integradora tanto de lo

social, lo jurídico y lo político de los individuos.

En la Argentina, como en demás países de la región, las políticas neoliberales implementadas, tuvieron su mayor expresión en la década de los 90 de la mano de la desregulación y el corrimiento del Estado del lugar de garante de la protección social, contribuyendo de esta forma a la ruptura de la cohesión social.

Así, la representación de igualdad y universalidad como valores sociales que regulaban las relaciones se fueron desdibujando, y de esta forma se fue instalando progresivamente la naturalización de la desigualdad. El ser ciudadano va cediendo lugar al ser «consumidor». Como ejemplo, se puede observar la proliferación de organizaciones tendientes a defender los intereses de los consumidores que hubo en la década de los 90. En este mismo contexto, la mercantilización de la salud se acompañó de representaciones en la sociedad de que la atención estatal es para aquellos individuos que no pueden ser «consumidores», en tanto quedan excluidos del mercado.

En este sentido, las representaciones rastreadas en los usuarios acerca de ser ciudadano y del derecho a la atención en salud, no tienen ya la impronta de la igualdad y la universalidad propia de la concepción moderna de ciudadanía, sino que aún en aquellos sujetos que tienen altos niveles de participación social, opera la representación de derechos y ciudadanía selectiva.

Es así que el hecho de la participación, queda ligado a una necesidad que surge a partir de la dificultad o imposibilidad de pagar por la atención de la salud en el mercado: «*yo estoy en la comisión, que está compuesta por vecinos, no somos ni empleados del gobierno, ni de partidos políticos, ni nada. Lo hacemos porque nosotros mismos necesitamos. Mucha gente se quedó sin obras sociales, y empezó a formarse esto*».

CONCLUSIONES

En tanto se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre usuarios y servicios de salud, se considera que su análisis debe incluir el estudio de las representaciones, prácticas y discursos de la población conjuntamente con las condiciones, discursos y prácticas de los servicios.

Se considera que la participación en salud favorece la accesibilidad simbólica a los servicios de salud, en tanto es una forma privilegiada de construcción de ciudadanía, que promueve el conocimiento y el ejercicio concreto de derechos.

Los usuarios sin participación en salud, muestran en general sentimientos de agradecimiento hacia los trabajadores del centro, así como los responsabilizan de modo personal cuando hay una falla en la atención. Por el contrario, es

posible encontrar concepciones de Derecho a la Atención en Salud en usuarios con distintos niveles de participación en salud. Sin embargo, en algunas de estas personas aparecen representaciones de «derecho selectivo», no universal, en tanto el ejercicio de los mismos debería estar garantizado para aquellos que no estén en condiciones de acceder al mercado de la salud, o bien para los ciudadanos argentino, no así para los extranjeros.

AGRADECIMIENTOS

El estudio forma parte del Proyecto de Investigación (P077) «Accesibilidad y dignidad en la atención en Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: sujetos y derecho a la atención en salud», financiado por UBACyT. La Lic. Pamela Garbus y la Lic. Romina Solitario son becarias de CONICET (Postgrado Tipo I). Las entrevistas se realizaron con la participación de los alumnos del segundo cuatrimestre de 2006 de la Materia Práctica de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA, cuya coordinadora es la Prof. Alicia Stolkiner.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stolkiner A, Barcala A. Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso del libro «La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales», Editorial Dunken. Buenos Aires, 2000.
2. Comes Y, Stolkiner A. Ciudadanía y Subjetividad: representaciones del derecho a la atención de la salud de las mujeres pobres del AMBA. Anales las XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología. UBA. 2005.
3. Fariñas Dulce MJ. Ciudadanía «universal» versus ciudadanía «fragmentada» Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho. 1999 ISSN: 1138-9877. Núm. 2.