

DERECHOS, CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN EN SALUD: SU RELACIÓN CON LA ACCESIBILIDAD SIMBÓLICA A LOS SERVICIOS

RIGHTS, CITIZENSHIP AND PARTICIPATION IN HEALTH:
ITS RELATIONSHIP WITH SYMBOLIC ACCESSIBILITY TO SERVICES

Solitario, Romina¹; Garbus, Pamela²; Stolkiner, Alicia³

RESUMEN

Este trabajo analiza la accesibilidad a la atención en salud de usuarios de un centro de salud de 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. Se considera que existe una íntima relación entre la accesibilidad simbólica y la participación social de los usuarios. Se entrevistaron usuarios con y sin participación con el fin de analizar los vínculos que cada grupo construye con el servicio. Los usuarios sin participación muestran sentimientos de agradecimiento hacia los trabajadores, y los responsabilizan de modo personal cuando hay una falla en la atención, mientras que es posible encontrar concepciones de Derecho a la Atención en Salud en los usuarios con participación, aunque ligadas a un derecho "selectivo", no universal.

Palabras claves:

Accesibilidad - Servicios - Derechos - Participación

ABSTRACT

This work analyzes the accessibility to the attention in health of the users of a health unit located in Buenos Aires City. The accessibility is defined as a relationship that is built between the subjects and the services, that arises of a combination between the conditions and speeches of the services and the conditions and representations of the subjects. It is considered that there is an intimate relation between the symbolic accessibility and the social participation of the services users. We interviewed users with participation in health, and users without active participation in this area, in order to investigate the relationship that each group builds with the service. Users without participation in health, show feelings of gratitude toward the workers of the center, as well as they blame them in a personal way when there was a failure in the attention. On the contrary, it is possible to find conceptions of Right to the Attention in Health in users with participation in health, although these conceptions appear connected with a "selective" right, not universal.

Key words:

Accessibility - Services - Rights - Participation

¹ Becaria de Posgrado Tipo I CONICET. Jefa de Trabajos Prácticos de Salud Pública / Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA.

² Becaria CONICET Tipo I. Docente de Salud Pública / Salud Mental.

³ Lic. en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Diplomada en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, UBA. Profesora Titular de Salud Pública / Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo analiza las características que adquiere la accesibilidad a la atención en salud de un centro de salud ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en relación a la participación social en salud de los usuarios.

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

Es por esto que 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.

METODOLOGÍA

Se desarrolló una estrategia metodológica cualitativa. Se tomó como unidad de análisis a usuarios del centro de salud seleccionado que tuvieran participación en salud y a usuarios del centro sin participación en salud, a los que se les realizaron entrevistas semidirigidas. Ambos grupos fueron identificados para realizar el trabajo en terreno por personal del centro de salud. Se tomaron un total de ocho entrevistas.

A los fines de esta investigación, se consideran **Usuarios con Participación (UCP)** a aquellos identificados como tales por trabajadores del centro de salud, puesto que desempeñaron un rol activo en la organización de la comisión que solicitó al Estado la apertura del centro de Salud y hoy sostienen dicho rol formando parte de foros y/o asambleas dentro del área de salud. Se considera **Usuarios sin Participación (USP)** 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.

Para la realización de las entrevistas, se definieron previamente los siguientes tópicos:

- Accesibilidad al Centro de Salud (simbólica-geográfica-administrativa-económica)
- Barreras de Accesibilidad
- Cumplimiento de los siguientes derechos contenidos en la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (N° 153): d.) El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso; e) Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba; i) Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas. m)

acceso a vías de reclamo, quejas sugerencias y propuestas habilitadas en el servicios al que se asiste y en instancias superiores.

- Participación en Salud: Tipo de Participación
- Concepción de derecho a la atención en 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. Se utilizó el software Atlas ti.

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD

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 (Stolkiner y Otros, 2000: 282). 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 (Comes, Y., 2004). En esta dimensión subjetiva intervienen vivencias, saberes construidos, 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 étnia, de los modos de disciplinamiento, etc. Es decir que es-

tos elementos asumen un rol indiscutible en la posibilidad y el modo que construyen los sujetos para acceder a los servicios de salud. Asimismo, dichos elementos entran en juego en la posibilidad que tiene una comunidad de contener mecanismos participativos que favorezcan el ejercicio de sus derechos.

Este trabajo parte de considerar que la participación social puede ser un medio de construcción de ciudadanía en tanto implique el ejercicio concreto de derechos, conlleve la construcción de representaciones y saberes acerca del derecho a la salud, la equidad, el rol del Estado. De esta manera se considera que existe una relación entre la dimensión simbólica de la accesibilidad y los grados de participación en salud que presentan los usuarios de los servicios.

CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

La emergencia de la concepción de ciudadanía, como un conjunto de derechos atribuidos al individuo frente al estado Nacional, es producto del desarrollo del propio Estado Capitalista. Esto hace que sea necesario analizar la naturaleza del estado para obtener una comprensión integral de dicha concepción (Fleury S., 1997).

A partir de la década de los 90, se produce en los países de América Latina un proceso de reforma del estado que siguió los lineamientos de políticas inspiradas en el Consenso de Washington. Si bien las reformas de los sistemas de salud que llevaron a cabo los países de América Latina tuvieron diferencias de acuerdo a las características de cada país, se puede decir que una de las políticas que tuvieron en común fue la promoción de la participación social en salud junto con las políticas de descentralización. Sin embargo no puede afirmarse que la promoción de la participación sea una nueva iniciativa en lo que refiere a la organización de los servicios de salud. En el último siglo, la colaboración individual o colectiva de la población con los servicios de salud ha sido fomentada a partir de diversas filosofías y conceptos y persigue objetivos diversos: desde la búsqueda de la colaboración de la población para la extensión de la cobertura de los servicios de salud al fomento de la creación de mecanismos que permitan a la sociedad ejercer un control sobre la actuación de los servicios.

Para que exista algún tipo de implicación de la población con los servicios, deben confluír diversos factores, tanto relativos a los servicios como a la población. Si bien ha habido diversos posicionamientos teóricos en relación a la participación social, su aplicación práctica ha oscilado entre la participación como medio para obtener determinados objetivos, a ser un fin en sí misma, como proceso democrático (Vazquez, M.L. y cols.; 2000). En este sentido, se puede afirmar que los conceptos de participación en salud han sido reformulados conforme a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud.

Tal como se indicara anteriormente, las reformas de los 90 en el sector salud, acompañaron la reforma del esta-

do en tanto se caracterizaron por la introducción de mecanismos de mercado y orientación al cliente dentro de los sistemas de salud. La década de los ochenta ya había enfatizado la descentralización de los sistemas de salud como uno de los principios de la atención primaria de salud. Por medio de ella, se buscaba aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población, esperando que éstos fuesen más receptivos a las necesidades locales y favoreciesen la colaboración con la comunidad.

En los noventa se produce la incorporación del concepto de eficiencia. Todas las áreas dependientes del estado pasaron a ser monitoreadas persiguiendo lograr ese objetivo. Esto favoreció en nuestro país el escenario para las privatizaciones de empresas públicas realizadas en dicho periodo. De este mismo modo, en los servicios de salud, se orientaron reformas tendientes a dar respuesta a requerimientos y preocupaciones económicas. Tal como se indicara anteriormente, estos fueron los lineamientos que moldearon fuertemente aquellas reformas de los sistemas de salud que promueven estrategias de mercado para mejorar los servicios. En este contexto, se fomenta la participación del usuario como «cliente o consumidor», para que expresando su opinión contribuya a mejorar la calidad y cantidad de estos servicios, que deberían adaptarse a sus gustos y preferencias (Bronfman, M. 1994).

La participación colectiva en salud puede llevarse a cabo de forma más o menos continua a través de mecanismos establecidos, o bien de forma esporádica. Los mecanismos de participación que se encuentran comúnmente disponibles son la elección de representantes para los distintos órganos de gobierno (aunque la capacidad de influir de esta manera en las políticas de salud es realmente lejana) (Kein, R. 1984), comisiones mixtas formadas por representantes de las instituciones de salud y otras fuerzas sociales o a través de organizaciones comunitarias. En algunas ocasiones la población decide llevar a cabo acciones esporádicas para solicitar transformaciones específicas, acciones como la recogida de firmas, manifestaciones, visitas a las autoridades organizadas colectivamente, etc.

Durante mucho tiempo la participación fue definida fundamentalmente a partir de su vertiente comunitaria, sin considerar su dimensión individual (Irigoyen, J. 1994). Sin embargo, más allá de la participación colectiva, existen formas individuales de interactuar con los servicios de salud. Estas formas, han sido especialmente fomentadas desde finales de los ochenta y en la década de los noventa, en el contexto de las reformas basadas en el mercado. Dicha participación individual puede caracterizarse por la utilización de los servicios de salud, el uso de mecanismos de expresión de opinión (libro de quejas, sugerencias y reclamaciones), el desarrollo de actividades por parte de los usuarios en los servicios, tales como limpieza o apoyo a campañas de prevención

de enfermedades o promoción de la salud (vacunación, limpiezas de los barrios, etc.), o contribución con recursos económicos.

Diferentes autores han tratado de elaborar una definición de participación que englobe las diferentes posibilidades de interacción con los servicios de salud. En esta línea Bronfman y Gleizer consideran como participación *“la incorporación de la población o de sectores de ella, en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la salud”* (Bronfman M. 1994).

PARTICIPACIÓN Y NO PARTICIPACIÓN: ENTRE LA CONCEPCIÓN DE DERECHOS Y LOS RECONOCIMIENTOS PERSONALES

El análisis de las entrevistas muestra que existen entre los usuarios entrevistados dos posiciones diferentes, que pueden incluso considerarse antagónicas, en relación al modo de representarse la atención en salud que reciben en dicho centro: Por un lado, están aquellos usuarios que la conciben como un derecho, mientras que por el contrario hay quienes sienten gratitud y agradecimiento personal por la atención recibida.

Tal como se dijo anteriormente, para el procesamiento de las entrevistas se crearon diferentes categorías de análisis, de las cuales se presentarán algunos de los resultados más relevantes.

Percepción de la atención como un acto de buena voluntad

A partir del análisis de las entrevistas se observa que los usuarios sin participación (USP) en el centro de salud, en general vivencian la atención 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.

Al respecto, dice un USP: *“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 Hospital X y así pude tenerla, la felicitación era para el Cesac”*.

Otro USP refiere: *“...al de la salita, ese... porque el es el “mandamás” y tengo que callarme la boca hasta que a mí me atienden... te das cuenta? hace mal, tiene que hacer que me atiendan...”*.

Asimismo, refieren que la atención en salud que obtienen es vivenciada como una ayuda y no como el cumplimiento de un derecho:

“Acá hay mucha ayuda porque en mi país no...” (USP)
“Porque hay mucha gente humana, más humana que en Perú. Allí no es así, y en Paraguay tampoco. Si allí no tienes plata para pagar, vos te tenés que quedar en tu casa y morirte ahí. Aquí la gente es más humana, ayuda” (USP)

Percepción de la atención como un derecho

Aquellos usuarios que tienen algún nivel de participación en salud (UCP) establecen vínculos con el servicio que no están determinados exclusivamente por el sentimiento de agradecimiento hacia los trabajadores del centro:

Refiere un UCP: “el centro es público, si vos pagas los impuestos, vos tenés derecho a usar los servicios del estado, es tu derecho”.

“Hay una ley nacional que dice que todo ciudadano que pisa el suelo Argentino tiene que ser atendido a nivel de salud. Esto no existe en ningún lugar del mundo” (UCP)

Como puede observarse en los relatos acerca de sus experiencias con respecto al uso del servicio, pueden analizarse en los entrevistados con participación, 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. Al respecto dice un UCP:

“el pedido es para todos los hospitales de la Capital, y para algunos hospitales de la provincia (...) Es un pedido de prolongación de horario de atención de 8 a 20 hs, y también de provisión de los remedios primarios”.

Arancelamiento en salud

Sin embargo, tanto en los usuarios con participación como en los usuarios sin participación, hubo expresiones que denotan no tener representación de algunos derechos establecidos en la Ley Básica de Salud de la CABA. (Ley 153). Por ejemplo, de sus dichos se desprende que para ellos el acceso a la atención en salud no arancelada es un derecho, no universal, sino de aquellos usuarios que no pueden pagar por dicha atención¹:

Dicen al respecto algunos USP:

“Es que si vos tenés el dinero, no vas a andar bajando la cabeza para que te hagan una receta. (...) Porque es como que te estuvieran haciendo un favor, porque te hacen la receta, como que vos les tenés que andar agradeciendo...”(USP)

“Por eso, si yo pudiera, pago... pero si tenés que elegir, ayudas con más ganas a la cooperadora de un Hospital que darle a un médico particular, que no te dice bien que es lo que tenés.”(USP)

“y si tengo dinero, ¿para que voy a molestar? ¿Por qué le voy a sacar los medicamentos a la gente que lo necesita?” (USP)

“Entrevistador: ¿vos pensás que está bien que haya una cooperadora? Entrevistado: Si, si. Si yo tengo doy. No te piden mucho.” (USP)

¹ Ley Art.3 Ins. g) “La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones”.

Mientras que los UCP comentan:

“En todos los Hospitales hay cooperadoras², en el Hospital (del área programática) tenemos una y es algo que queremos sacar porque la salud no se paga en este país. De eso se tiene que ocupar los de arriba. Si poner una alcancía para que el que quiera colabore.” (UCP)

“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”. (UCP)

Derecho al acceso a la historia clínica

Igualmente, en los dos grupos de entrevistados (UCP y USP) hay usuarios que no tienen conocimiento del derecho a acceder a su Historia Clínica, a recibir información completa por parte del médico³:

Comenta un UCP: *“Entrevistador: ¿Alguna otra vez quisiste acercarte a leerla (aparte de cuando está el médico)? Entrevistada: No. La maneja el médico. Yo... digamos, empíricamente se lo que tengo. Pero científicamente no podría evaluarlo”. (UCP)*

Así mismo comenta un USP: *“Entrevistador: ¿Alguna vez pediste ver la historia clínica? Entrevistado: no, la puedo mal interpretar a la historia clínica. Según el nivel de instrucción de la persona, si tiene un nivel primario la puede mal interpretar y caer en un pozo depresivo... si tiene un nivel secundario o terciario ya entiende mas...” (USP)*

Concepción de derecho selectivo

Tal como se mencionaba anteriormente, las concepciones de derecho que portan los UCP, no siempre pueden

² En la mayoría de los Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existen asociaciones cooperadoras. En la mayoría de los casos, las mismas fueron originalmente concebidas como agrupaciones de vecinos que se nuclearon voluntariamente para colaborar -en forma desinteresada- con aquellos organismos públicos que tienen a su cargo la prestación de servicios básicos para la población. La actual vigencia de dichas organizaciones está amparada en el hecho de que, si bien la Constitución porteña del 1/10/96, al fijar los lineamientos básicos que deberá contemplar la Ley Básica de Salud de la Ciudad, estableció la expresa prohibición *“...de ceder los recursos de los servicios públicos de salud a entidades privadas con o sin fines de lucro, bajo ninguna forma de contratación que lesione los intereses del sector, ni delegarse en las mismas las tareas de planificación o evaluación de los programas de salud que en él se desarrollen”* (art. 21 inc. 13 C.C.A.B.A.) la Ley N° 153 no hace mención expresa a la actividad o conformación de cooperadoras hospitalarias dentro de los efectos del sistema público de salud. Por ende, el marco normativo que regula la creación y funcionamiento de las asociaciones cooperadoras hospitalarias son las Disposiciones de la Resolución N° 260/SS/992 (B.M. N° 19.272 Publ. 27/4/992) dictada por la Secretaría de Salud, mediante la cual se aprobó el *Reglamento para el funcionamiento de las Asociaciones Cooperadoras de los Establecimientos Asistenciales* (hospitales y centros de salud). Interesa destacar que la ordenanza citada establece una clara delimitación al accionar de la entidad en cuanto se especifica que *“la Asociación Cooperadora no tendrá ninguna injerencia en la organización y funcionamiento del organismo con el que colabora, no pudiendo exigir prerrogativas de ninguna especie”*.

³ Art. 4 Inc. d) El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso.

ser entendidas como un derecho universal. Desde esta concepción liberal, podría pensarse que hacer ejercicio de los derechos que nos competen en tanto ciudadanos, implica como mínimo tener conciencia de ser titulares de tales derechos, y para ello concebirse a sí mismo en el interior de un espacio de iguales, dentro de cuyos límites los derechos no son reconocidos en función de atributos individuales, sino en función de pautas universales (Albarracín, D., sin fecha).

Por el contrario, las concepciones encontradas adquieren características de lo que podría llamarse un *derecho selectivo* (Comes, Y; Stolkner, A; 2005). 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”, refiere un UCP.

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.

Refiere otro UCP: *“Yo he visto en el Hospital que van turistas que paran en el Sheraton y van al hospital a hacerse un chequeo porque es gratis y no han dejado un dólar.”*

Estas expresiones de los usuarios, obligan a analizar el alcance del concepto de ciudadanía en estos casos, y sobre todo, cómo opera dicha concepción en la idea que tienen acerca de sus derechos.

ACERCA DEL CONCEPTO DE CIUDADANÍA

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”. (Fariñas Dulce, M,J; 1999). 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 se mencionara anteriormente. Como ejemplo, se puede observar la proliferación de organizaciones tendientes a defender los intereses de los consumidores que se dio 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, opera la representación de derechos y ciudadanía selectiva.

En este contexto, 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. La siguiente frase expresada por un UCP resulta bastante ejemplificadora:

“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.”

Se puede observar a partir del análisis de las entrevistas, que dicha participación nació a partir de diciembre de 2001. Cabe recordar que la crisis institucional económica y política que provocó la caída del Presidente De la Rúa, estuvo caracterizada por una manifestación autoconvocada y espontánea de ciudadanos que se organizaron y comenzaron a participar en asambleas⁴. Este grupo de usuarios con participación refiere que fue en este tipo de espacios que comenzó a gestarse la necesidad de que se abra un centro de salud en el barrio.

Excede este trabajo el análisis de dichos movimientos. Sin embargo, interesa ubicar este antecedente como desencadenante de un modo de participación hasta ahora inédito para muchos de estos usuarios.

De este modo, la participación en salud se produce a partir de una crisis que termina de dejar a estos usuarios por fuera de un sistema regido por las leyes del mercado. Dicen en sus entrevistas algunos UCP:

“A participar comenzamos a partir de las asambleas. A partir de que salimos a la calle con las cacerolas, después me involucré en las asambleas. Te vas metiendo y

vas conociendo gente. Nosotros empezamos en el área de salud que nos gustaba”

“Entrevistador: ¿Y antes del 2001 venías (al Centro de Salud) cuando te pasaba algo? Entrevistada: Antes mi vida era distinta, tenía mi mundo, mi gente. Siempre ayudé a escuelas, a mi pueblo, mandando ropa, remedios, ese era mi mundo”.

“Yo siempre fui de AMSA o de otra sobras sociales, pero a partir del cacerolazo que todo el mundo nos vinimos abajo empecé a atenderme en el hospital. Es una lástima no haberlo conocido antes. Acá tenemos el prejuicio que la obra social es mejor”.

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 social en salud puede ser clave a la hora de analizar la dimensión simbólica de la accesibilidad, ya que las modalidades que la misma pudiera adquirir se relacionan con diversos conocimientos, recursos materiales y simbólicos presentes tanto en la población como en los servicios en juego.

Los conceptos de participación en salud han sido reformulados conforme a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud. Siguiendo la articulación de niveles de análisis macro, meso y micro (Stolkiner, 1997) para entender la relación sujeto - sociedad, se hace necesario analizar la naturaleza del modelo de estado presente, para obtener una comprensión integral de la concepción de ciudadanía como un conjunto de derechos atribuidos al individuo frente al estado Nacional (Fleury S., 1997).

Las reformas de los 90 en el sector salud se caracterizaron por la introducción de mecanismos de mercado y orientación al cliente dentro de los sistemas de salud. Los lineamientos que moldearon fuertemente aquellas reformas de los sistemas de salud promovieron estrategias de mercado para mejorar los servicios. En este contexto, se fomenta la participación del usuario como «cliente o consumidor», para que expresando su opinión contribuya a mejorar la calidad y cantidad de estos servicios, que deberían adaptarse a sus gustos y preferencias (Bronfman, M. 1994).

En el servicio seleccionado, las modalidades de participación se relacionan con la formación de comisiones formadas por vecinos y representantes de organizaciones comunitarias. En algunas ocasiones la población decide llevar a cabo acciones esporádicas para solicitar transformaciones específicas, acciones como la recogida de firmas, manifestaciones, visitas a las autoridades organizadas colectivamente, etc. Si bien en los usuarios con participación se encuentran concepciones de Dere-

⁴ Como consecuencia de las políticas económicas llevadas a cabo en la década de los 90', desde 1998 la Argentina sufrió un proceso de profunda depresión económica. Esta recesión llegó a un punto insostenible cuando los inversionistas comenzaron a retirar sus depósitos monetarios de los bancos y, en consecuencia, el sistema bancario colapsó por la fuga de capitales. Para contrarrestar esta fuga de capitales, el entonces ministro de Economía Cavallo anunció la nueva política económica que introdujo restricciones al retiro de depósitos bancarios (Corralito). Paralelamente a esta política del corralito, la tasa de la pobreza llegó al 38,3 por ciento a fines de ese año, mientras que el desempleo subió al 18,3 por ciento. Este proceso puede ubicarse como uno de los desencadenantes de la crisis económica, política e institucional del país que llevó a la renuncia anticipada del Presidente De la Rúa el 21 diciembre de 2001. El agravamiento de las condiciones de vida de sectores amplios de la población en la segunda mitad de 2001 propició un circuito de explosiones de protesta social en Argentina. De esta forma, nuevos espacios comenzaron a emerger, tales como las asambleas barriales y las fábricas recuperadas

cho a la Atención en Salud a diferencia de los usuarios que no participan en el área, éstas concepciones aparecen ligadas a un "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 argentinos, no así para los extranjeros. El reclamo por el cumplimiento de los derechos aparece ligado a una necesidad concreta y muchas veces individual o personal, y no como una acción colectiva, en reconocimiento a la igualdad de todos frente a los mismos.

Si se considera que la promoción del conocimiento y el ejercicio concreto de derechos es una forma de construcción de ciudadanía, el acceso a la información es un elemento clave para promover la participación en salud. Es importante que la población conozca los servicios que se le ofrecen, sus derechos en cuanto a servicios de salud, los mecanismos por los cuales puede interactuar con el sistema. Esto es algo que puede fortalecerse a través de la participación de los usuarios, favoreciendo la accesibilidad simbólica a la atención. En este sentido, cabe destacar que en los discursos tanto de usuarios con participación como en usuarios sin participación en salud, hay expresiones que denotan una ausencia de conocimiento acerca de varios derechos que están enunciados en la Ley 153, Ley Básica de Salud, lo cual operaría como una barrera de accesibilidad a la hora de obtener los servicios que necesitan.

BIBLIOGRAFÍA

- Albarracín, D. (sin fecha): "Marginalidad y ciudadanía. Un abordaje desde la perspectiva de la formación de las subjetividades en un contexto de pobreza estructural". En <http://www.etica.org.ar/albarracinda.htm>. Extraído el 9 de abril de 2005.
- Bronfman, M.; Gleizer, M. (1994) Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia, o de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria? *Cadernos de Saúde Pública* 1994; 10: 111-122.
- Comes, Y. (2004): La accesibilidad: una revisión conceptual. Documento laboris del Proyecto de investigación P077 - UBACyT.
- Comes, Y.; Stolkner, A. (2005): "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.
- Fariñas Dulce, M.J. (1999): "Ciudadanía "universal" versus ciudadanía "fragmentada" Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho. Núm. 2. 1999 ISSN: 1138-9877.
- Fleury, S. (1997): *Estado sin ciudadanos. Seguridad Social en América Latina*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Irigoien, J. La participación comunitaria en atención primaria. *Jano* 1994; 46: 941-944.
- Klein, R. (1984) The politics of participation. En: Maxwell R, Weaver N, editores. *Public participation in health*. Londres: King Edward's Hospital Fund for London, 1984.
- Stolkner, A. (1997): "¿Cuáles son las posibilidades de construcción de ciudadanía en la actualidad y qué transformaciones se producen en la vida cotidiana?". Mesa redonda presentada en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Buenos Aires, 17 al 21 de Marzo de 1997.
- Stolkner, A. y Otros, (2000): "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", Ed. Dunken. Buenos Aires, 2000.
- Vázquez, M.L.; Siqueira, E. (2002): Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit* v.16 n.1 Barcelona jan.-fev. 2002

Fecha de recepción: 25 de marzo de 2008

Fecha de aceptación: 28 de agosto de 2008