

XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Ciudadanía, accesibilidad a la salud y afectaciones subjetivas y colectivas.

Zaldúa, Graciela, Sopransi, María Belén, Nabergoi, Mariela, Longo, Roxana, Estrada Maldonado, Sandra y Veloso, Verónica.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Sopransi, María Belén, Nabergoi, Mariela, Longo, Roxana, Estrada Maldonado, Sandra y Veloso, Verónica (2007). *Ciudadanía, accesibilidad a la salud y afectaciones subjetivas y colectivas. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-073/467>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CIUDADANÍA, ACCESIBILIDAD A LA SALUD Y AFECTACIONES SUBJETIVAS Y COLECTIVAS

Zaldúa, Graciela; Sopransi, María Belén; Nabergoi, Mariela; Longo, Roxana; Estrada Maldonado, Sandra; Veloso, Verónica
Facultad de Psicología, UBACyT, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El objetivo del artículo es reflexionar sobre barreras geográficas, arquitectónicas, culturales, simbólicas, económicas, legales que dificultan la accesibilidad a la salud de la población estudiada. La dificultad en la resolución de necesidades y demandas, nos interroga sobre los principios enunciados en el Plan Federal de Salud que afirma que la salud es un bien jurídico colectivo. Nos asumimos en los principios de la "ética del modo de vida" a favor de "los procesos vitales de las organizaciones y movimientos populares" (Breilh, 2003) recuperando y revalorizando el conocimiento de iniciativas y soluciones que permiten ampliar el poder de los usuarios, promoviendo prácticas de participación colectivas que tiendan al ejercicio de ciudadanía para ampliar la accesibilidad a la salud. Ilustraremos con cuatro modalidades de acción colectiva-participación ciudadana crítica y autónoma en el acceso a la salud. La investigación acción participativa propicia la reflexividad, y el empleo de la triangulación metodológica, y las narrativas de los actores comunitarios, permiten elaborar monitoreos estratégicos de salud identificando obstáculos y facilitadores de la accesibilidad. Las conclusiones preliminares advierten de los efectos de subjetivación y resiliencia comunitaria en los procesos de participación en salud.

Palabras clave

Accesibilidad Salud Movimientos sociales Discapacidades

ABSTRACT

CITIZENSHIP EXERCISE AND ACCESSIBILITY TO HEALTH
The goal of this article is to reflect on geographic, architectonic, cultural, symbolic, economic, legal that difficult health accessibility in studied population. The difficulty in resolution of needs and demands opens questions on the principles enunciated in Federal Plan of Health which says that health is a legally protected good. We rescued initiatives developed by social movements that let us surpass obstacles related to accessibility to health. We assumed principles of "ethics of way of life" in favor of "vital processes of organizations and popular movements" (Breilh, 2003) recovering and revaluing knowledge of initiatives and solutions that allow to extend power of the users, promoting actively participation collective practices that tend to the citizenship exercise. We will illustrate with four modalities of collective action as well as independent citizen participation in decision making related either to different scopes of daily life and or to health access. The Participatory Action Research promotes analysis from different theoretical perspectives; use of methodologic triangulation, specially the narratives of the community actors, allow us to elaborate strategic monitoring of collective health and to identify obstacles and facilitating factors of accessibility. The preliminary conclusions remark effects of subjectivation and communitarian resilience in health participation processes.

Key words

Accessibility Health Social movements Discapacities

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que nos situamos en una sociedad discriminatoria y atravesada por profundas diferencias de clase social, de género y étnicas, el significado de la emancipación en el campo de la educación, la cultura, la salud y la ciencia se refiere fundamentalmente a la construcción colectiva de estructuras de pensamiento, de categorías de descripción y análisis de la realidad, de perfiles de representaciones sociales que faciliten el crecimiento de los ciudadanos/as en sus capacidades de participación, de organización y de construcción de demandas sociales que pugnen por la ruptura de las estructuras de dominación y explotación (Sirvent, 2005). La *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, (1948) y luego los tratados internacionales: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y a posteriori numerosos tratados fundamentales para la protección de los derechos humanos, constituyen un marco jurídico universal que pone en cuestión sus incumplimientos y negaciones en los sectores poblacionales en situación de vulnerabilidad psicosocial. Los escenarios territoriales de Gral. Mosconi (Salta) y de CABA, y los de un grupo de personas con discapacidades y trabajadores migrantes son las unidades de análisis que iluminan las dimensiones epistemológicas, metodológicas y ético-políticas de nuestro accionar y posicionamiento desde el paradigma crítico.

Cuestiones metodológicas y análisis de intervenciones

La estrategia investigativa propuesta es tanto cualitativa como cuantitativa y el modelo de evaluación incluye la triangulación de técnicas y fuentes (incluidos los actores informantes) para las dimensiones, variables e indicadores relativos a los diversos planos que comprende la acción del proyecto. La metodología incluye entrevistas en profundidad, talleres, observación participante y encuesta sobre condiciones de salud y percepción sanitaria.

a) Estudio Epidemiológico Comunitario de

Las Condiciones de Salud en General Mosconi - Salta

Los obstáculos simbólicos y materiales que se encuentran en el acceso a los recursos oficiales en salud (hospitales, centros de salud, programas sanitarios, etc.) acompañado del deterioro en las prestaciones de los servicios sanitarios, incide en los procesos de salud-enfermedad-atención (S/E/A) de la población de Gral. Mosconi. Más aún si consideramos, la falta de atención que presenta, por lo general, el sistema de salud en relación a la existencia de posibles diferencias significativas al interior de la cultura, la clase social, el grupo étnico, la comunidad o el género, y propone explícita o implícitamente a estas unidades como expresando un sólo punto de vista, que en varios autores/as adquieren el carácter de identidades más o menos esenciales". (Menéndez; 258; 1997). Distintos actores/as de la comunidad de Mosconi hacen alusión al deterioro del sistema de salud reflejado en la falta de recursos humanos y materiales en salud, por ejemplo: se cuenta sólo con un médico rural para una población de 2400 personas; dos pediatras y un ginecólogo; no hay médicos especialistas (dermatólogos, car-

diólogos, neurólogos, neumonólogos, etc.), ni psicólogos. Además los entrevistados han manifestado serios problemas de infraestructura en el sistema público de salud. Entre las múltiples problemáticas que enfrenta el sistema sanitario son mencionadas las siguientes: recortes presupuestarios, flexibilización laboral, escaso personal de salud en relación a la cantidad y complejidad de las demandas producidas en los hospitales públicos, demandas novedosas y difíciles de abordar desde la mirada de una sola disciplina, o desde la voluntad solitaria del trabajador/a de la salud.

La situación de pobreza y vulnerabilidad, afectan el proceso S/E/A atravesado por condiciones de desigualdades socioeconómicas extremas e inequidades a nivel colectivo y singular. Problemas relacionados con el sufrimiento psíquico (adicciones, depresiones, etc.) o con la existencia de enfermedades crónicas como diabetes son analizadores de la situación.

Accesibilidad a tratamientos

El Plan Federal de salud (2004-07) propone un accionar preventivo y el acceso a las prestaciones y servicios necesarios, garantizado por el Estado. Agregando que la misión es garantizar a todos y cada uno el acceso a niveles de prestación de salud básicos y a los medicamentos esenciales por ellos requeridos. El programa nacional de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios (Remediar) que tiene como objetivo garantizar la accesibilidad a la población más vulnerable, no alcanza para abastecer la totalidad de los tratamientos, siendo por lo tanto discontinuos. Varios de los/as entrevistados/as prestadores expresan sus problemas:

“El hospital público tiene Remediar, pero por lo que veo lo que dan son solo antibióticos y quizás el mismo para diferentes patologías. Además todo es inyectable, desde el más chico al más grande reciben tratamiento inyectable. Como les decía, con suerte el hospital público llega a abastecer 10 días en el mes de medicamentos, se atienden entre 200 y 300 personas por día.” Enfermera

“La gente viene a la consulta por la diabetes y siempre que charlo con ellos sale el tema de YPF, que no están jubilados, y que con 150 pesos del plan no pueden vivir

La cantidad de diabetes aumentó en los últimos cuatro años, tanto en mujeres como varones y así se van muriendo por falta de tratamiento”. Médico

“Hay muchas dificultades para sostener los tratamientos, cualquier ser humano no tiene un tratamiento digno. En Mosconi hay 3000 jubilados y no se llega a cubrir las necesidades de todos. Lo que hacemos muchas veces es cuando alguien termina un tratamiento con medicamentos y le sobran nos las da así cubrimos lo que pueda necesitar otro. Pero en los que son crónicos, el 100 por ciento no está medicado, ni tratado. Lamentablemente carecemos de todo” Médica

b) Movimiento de Trabajadores Desocupados y ley básica de salud (CABA)

Desde marzo de 2007 junto a Médicos del Mundo Argentina participamos en la coordinación del “Taller de Promotores en salud del MTL”. El taller está destinado a integrantes de esta organización que trabajan en el área salud. En este marco se realizó un encuentro enfocado a la apropiación de los principales ejes de la ley básica de salud de la CABA N° 153. Según la OMS, la legislación puede jugar un papel importante en la mejora al acceso a la atención en salud, significa aumentar la disponibilidad de los servicios, mejorar la accesibilidad financiera y geográfica, y proveer servicios aceptables y de calidad adecuada. Retomamos la producción del taller para señalar, por un lado, los casos presentados por los grupos, que dramatizaron experiencias vividas en las que no se había cumplido algún ítem de la ley, y por otro, la organización colectiva en torno a la lucha por el derecho a salud dentro del MTL.

En todos los casos presentados no se cumple el 1° artículo de la ley (garantizar el derecho a la salud integral) y están vincu-

lados al segundo nivel de atención en la CABA (Art. 20° y 21°). El primer caso refiere a una operación de vesícula de un varón de 60 años. La dramatización muestra que la demora por diversas causas de la operación (falta de insumos, paros médicos, sobredemanda del quirófano) culminan en la complicación de la enfermedad vesicular y la consecuente muerte del paciente, a pesar de la realización de la operación tardíamente. Al hijo se le niega el acceso a la historia clínica del paciente. El segundo grupo relata el caso de una niña-adolescente que presenta un golpe en la cara por una caída. En el hospital el área pediatría no quiere atender a la niña por tener 13 años, el área adultos reenvía la consulta a pediatría, se diagnostica por placa radiográfica que es necesaria una intervención quirúrgica de urgencia. Por diversas cuestiones la operación no puede ser realizada (la madre lleva a la niña a tres hospitales, ninguno satisface la demanda), cuando consigue que se realice la operación a su hija habían pasado diez días y la fractura había soldado, requiriendo una cirugía plástica que podría ser realizada sólo al cumplir los 18 años. La tercera dramatización contaba un episodio de discriminación por parte de una enfermera a una joven madre peruana que llevaba a vacunar a su bebé. El cuarto grupo relata un caso de un niño de 6 años a quien diagnostican hepatitis A, pero se niega la internación recomendada en sala de aislamiento y se lo envía a la casa propiciando el contagio de sus hermanos. La última dramatización escenifica el caso de una señora de 70 años que hace una consulta oftalmológica porque ve disminuida abruptamente su visión. Se le recetan anteojos, los cuales compra donde le indican, a la vez, hace una consulta privada y le diagnostican cataratas, recomendándole una operación cuyo costo ronda los \$3.000.-, al no poder pagarlo, la especialista le hace una orden de operación para presentar en el hospital público, la mujer no logra conseguir que la operen.

Los derechos que fueron señalados por los promotores como vulnerados en las situaciones descritas fueron: Art. 3° cobertura universal, acceso y utilización equitativa de los servicios, acceso a la información; Art. 4° inexistencia de discriminación, acceso a la historia clínica y a información comprensible, libre elección de profesional y efector, internación conjunta madre-niño, gratuidad de la atención; Art. 21°: vigilancia epidemiológica y sanitaria, internación de baja y mediana complejidad, diagnóstico y tratamiento oportuno.

La iniciativa de los grupos subalternos, que encuentran el ejercicio de su derecho a la salud vulnerado, junto a ONGs y la Universidad Pública, abre la posibilidad de apropiación de los derechos, de prácticas autorreflexivas-iluminativas, de monitoreo participativo de la salud comunitaria, de gestión de los recursos en salud, que producen cambios subjetivos materializables en nuevas formas de exigencia de una ciudadanía plena.

c) Un caso de organización de migrantes bolivianos

Marshall se propuso con su visión de ciudadanía conciliar las diferencias en la sociedad para perpetuar en el estado una economía de mercado capitalista y una vida democrática pacífica que viera reducida la participación de los ciudadanos a las instituciones civiles (principalmente los partidos políticos).

El concepto de ciudadanía se ha entendido desde entonces como una garantía de igualdad de acceso en cuanto reivindica para el total de la población una serie de derechos civiles, políticos y sociales, entre los que se encuentra el acceso a la salud. Sin embargo, está ocultando no sólo formas alternativas de participación que salen de los cauces institucionales, sino también la vulnerabilidad de grupos minoritarios como son en este caso los bolivianos/as que trabajan en talleres clandestinos.

Los migrantes que son traídos a trabajar en estos talleres tienen mayores dificultades para asumirse como ciudadanos en un país, que les es ajeno, y entre una sociedad que les muestra generalmente un rostro hostil y adverso.

Al proceso de migración y sus propias dificultades hay que agregar las huellas que ha dejado en ellos el trabajo esclavo

en los talleres clandestinos. Ante esta situación, es lógico pensar que en ningún momento sientan como propia la definición aquella de ciudadanía que ve a los sujetos como seres libres e iguales entre sí

Sin embargo, ponemos a consideración el contraste visto desde los migrantes costureros que forman parte de una organización: La Alameda. Esta asamblea popular mantiene vigentes los principios de autonomía y horizontalidad que promueven en quienes la integran formas de participación y gestión que irrumpen en el modelo clásico. Esta ciudadanía estaría más relacionada con las prácticas colectivas y cotidianas que promueven en quienes las ejercen el reconocimiento y la demanda de sus derechos civiles, políticos y sociales. Por ejemplo, el hecho de ver a un compañero/a exigiendo la atención hospitalaria, independientemente de su condición de migrante y de tener o no DNI, sintiéndose respaldado por la organización que integra, hace que este momento trascienda. Que no sea la mera gestión por dicha atención o por un subsidio de emergencia habitacional, sino que se conforme como experiencia de vida en la que la organización colectiva y la participación política se materializan en resultados concretos.

Así estas nuevas formas de participación, implican a los migrantes no sólo en gestiones personales, sino colectivas y de impacto social tangibles.

d) Discapacidades

Al hablar de discapacidades, sumamos a las anteriores condiciones de vulnerabilidad la presencia de una condición crónica de salud que afecta la participación y el desempeño de actividades cotidianas. El análisis de las barreras y facilitadores se focaliza en aquellos aspectos que determinan tanto la reproducción como las posibilidades de transformación de las condiciones discapacitantes. En particular el acceso efectivo a la salud y al certificado de discapacidad como condición de posibilidad para el ejercicio de los derechos ciudadanos destinados a la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad se constituyen como áreas prioritarias de análisis e intervención.

En este proceso hemos encontrado en particular las barreras físicas (escalones y marcos angostos en las viviendas y espacios públicos, presencia de pozos en los pasillos y veredas, falta de rampas), del transporte (falta de unidades adaptadas, horarios inconstantes, en especial en el Conurbano Bonaerense) y de la comunicación (falta de señalización y dispositivos especiales para personas hipoacúsicas y disminuidos visuales), las que limitan la movilidad y autonomía necesarias tanto para el desarrollo de actividades cotidianas, el acceso a la atención en salud así como también para la participación social en esta población. La supresión de estas barreras es abordada en la Ley Nacional 24.314 "Accesibilidad de las personas con movilidad reducida" sancionada en el año 1994 y reglamentada en el año 1997. Si bien la obtención del certificado de discapacidad constituye la condición de posibilidad de acceder al ejercicio de derechos específicos para personas con discapacidad, su tramitación implica la superación de las barreras antes mencionadas, sumado a complejas barreras burocráticas y de información. El acceso a la justicia se vuelve a partir de aquí en muchos casos la condición para el ejercicio del derecho a la cobertura total de salud y medicamentos por parte de prepagas, Obras Sociales o el Estado proclamados por la Ley N° 24901 "Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad", cuyo cumplimiento es necesario conquistar a través de la presentación de recursos de amparo y otros procedimientos legales. En este grupo como en los anteriores, el análisis muestra que la ciudadanía no consiste exclusivamente en un conjunto de derechos naturalmente garantizados por estar transformados.

Comentarios preliminares

Estos y otros ejemplos de acciones cotidianas en organizaciones

autónomas y horizontales van conformando una nueva noción de ciudadano/a, alejada de la perspectiva original de encubrimiento de las diferencias de clase/género/etnias y pretendiendo una armonía social inexistente. Por el contrario, desde esta postura el asumirse ciudadano/a promueve la organización colectiva y la lucha por los derechos civiles, políticos y sociales. Lo dicho hasta aquí habla de efectos en la subjetivación e implica procesos resilientes comunitarios que vuelven menos sinuoso el camino del acceso a la salud. Desnaturalizan los sentidos cristalizados de la medicina tradicional, anclando a pacientes con pronósticos desfavorables a expectativas curativas inaccesibles y desvaliéndolos de las condiciones de confort y cuidados paliativos, o visibilizan los obstáculos a prácticas necesarias o a las situaciones de discriminación. La realidad en relación con las condiciones de vida y al acceso de la salud, requiere una tarea consecuente a favor de la equidad; la conquista de un sistema integrado y democrático de salud; impulsando al derecho a la salud como tal, y no como mercancía; la implementación de un sistema de salud integrado conducido por las colectividades y para sus intereses; y finalmente, la responsabilidad ética y sanitaria de comprender la planeación de la salud como un proceso determinado por las condiciones económico-sociales, culturales y políticas (Breilh, 2005).

BIBLIOGRAFÍA

- BREILH, J. (2005). Informe Alternativo en Salud: Una Herramienta de los Pueblos. Observatorio Latinoamericano de Salud. Centro de Estudios y Asesoría en Salud -CEAS, Ecuador.
- BREILH, J. (2003). Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial. Argentina.
- Consejo Federal de Salud (2004). Bases del Plan Federal de salud 2004-2007 Ministerio de Salud y Ambiente. Presidencia de la Nación.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos: En: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>
- EROLE, C.: "Discapacidad: el enfoque de derechos humanos". En <http://www.vocesensilencio.org.ar/>
- FREIJEIRO VARELA, M. (2005). "Ciudadanía, Derechos y Bienestar: Un Análisis del Modelo de Ciudadanía de T.H. Marshall". En Revista Universitas. No. 2.
- GALHEIGO, S.M. (2003). "O social: idas e vindas de um campo de ação em terapia ocupacional". En Terapia Ocupacional: Teoria e Prática. Elisabete M.M. de Pádua, Lilian V. Magalhães (orgs.) Campinas SP, Papirus.
- GONCALVEZ, R. (2003). "Ciudadanía/clases populares, el lado oculto de la dominación capitalista de clase". En Revista Herramienta.
- Ley Nacional Nro. 24314 (1994). "Accesibilidad de personas con movilidad reducida". Modificación de la ley n° 22431. Promulgada de hecho el 8/4/94. Publicada en el Boletín Oficial del 12/04/1994.
- Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Nro. 153. Publicada en el Boletín Oficial 28 de mayo de 1999.
- MENÉNDEZ, E. (1997). "El Punto de vista del actor. Homogeneidad; diferencia e historicidad". En Relaciones, N°69.
- OMS (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación, OMS.
- SIRVENT, M.T. (2005). "Nuevas Leyes, Viejos Problemas en DEJA". Texto basado en trabajos de los miembros del Programa "Desarrollo sociocultural y Educación Permanente: la Educación de Jóvenes y Adultos más allá de la escuela Buenos Aires".