

La Accesibilidad y las Políticas de Salud

Por Alfredo Juan Manuel Carballeda

1. Introducción

La sociedad argentina ha sido atravesada desde hace casi 50 años por una larga serie de circunstancias complejas. En ese ciclo, diferentes acontecimientos se inscribieron en la memoria colectiva generando incertidumbre, desazón y desencanto, pero especialmente nuevas formas de padecer y sufrir que van desde los efectos de la aplicación sistemática del Terrorismo de Estado hasta el temor que implica la posibilidad de caída en los oscuros espacios de la exclusión social.

Por otra parte, la progresiva recuperación de la centralidad del Estado en las Políticas Sociales desde el año 2003 se planteó recuperar algunas certezas que habían sido dadas por perdidas en forma indefectible desde los discursos de los agoreros que anunciaban el fin de la historia y al mercado como el nuevo regulador y ordenador de la sociedad. Esa recuperación del Estado fue acompañada por una serie de cambios de paradigmas, que en el sector salud impactaron en forma sugestiva, como por ejemplo la Ley de Salud Mental y Adicciones y la Asignación Universal por Hijo.

La salud y las políticas sanitarias, si son entendidas como procesos de construcción colectiva, no son ajenas a esta serie de acontecimientos y circunstancias. Las ausencias reales y simbólicas que dejaron los terrorismos de estado y de mercado también hicieron mella en el sector salud, tanto desde la pérdida de sentido en los mandatos fundacionales de las instituciones como en la justificación de su desmantelamiento.

Repensar las políticas de salud en los escenarios actuales tal vez implique una búsqueda de conceptos que sirvan para su análisis y estudio desde una perspectiva integral, especialmente a partir de la persistencia del relato neoliberal pujando por seguir hegemonizando las prácticas.

La indagación de explicaciones y categorías que acompañen estos procesos se podría orientar hacia aquellas que se presenten como instancias de integración y articulación y que trasciendan los enunciados clásicos de las políticas del sector salud permitiendo generar nuevas formas comprensión y explicación, como así también de abordaje y respuesta.

A partir estos aspectos, la noción de *accesibilidad -1-* se presenta como una vía de entrada para repensar las Políticas Sociales y las de Salud poniendo a la perspectiva del sujeto social en relación a su situación y visión del proceso salud enfermedad, especialmente desde su condición sociocultural y las relaciones entre las Políticas Sociales y las posibilidades de reconstrucción de la sociedad en un lugar central.

En principio, la accesibilidad se cimienta como una vinculación, es decir como un lazo social entre el sistema de salud o de acción social y los usuarios de ésta. De este modo, puede ser entendida como una relación cargada de significados que relaciona a las políticas, las instituciones y a la sociedad.

2. El estudio de la Accesibilidad en el Sistema de Salud como vía de entrada al análisis y diseño de políticas.

Los cambios que se fueron produciendo en la esfera de la economía desde mediados de los años setenta hasta la crisis del año 2001 se apoyaron en la aplicación de un modelo de corte neoliberal, que en lo social llevó paulatinamente a una distribución de la riqueza cada vez más injusta, ampliándose de manera sustantiva la brecha entre ricos y pobres. También en ese período, nuevos sectores sociales empobrecieron, generándose además un clima de época en el que lentamente comenzaban a emerger la incertidumbre y la desprotección social mientras que paralelamente el Estado desmantelaba sus dispositivos de protección y ampliaba su poder punitivo. La accesibilidad al sistema de salud aparece como uno de los elementos más

significativos para el análisis de los efectos materiales y simbólicos de las políticas neoliberales en el campo de salud, tanto desde una perspectiva histórica como para el estudio de las mismas en el presente.

El crecimiento de los índices de empobrecimiento y desempleo se multiplicó y acumularon desigualdades que hicieron eclosión en la crisis de diciembre de 2001. Como consecuencia, quedaron nuevas y más diferencias sociales y situaciones de injusticia que hacía décadas que no se presentaban y se expresaban en un mundo señalado por el culto al mercado.

Se trataba, a partir de infinidad de formas de "ajuste", restricciones y recortes, de la metáfora de mantener su quietud y no provocarle "alteraciones de carácter". En definitiva, cuidar su estabilidad. El mercado se había transformado en forma pausada -a partir de la dictadura- en un nuevo disciplinador social, una especie de Leviatán al cual se le entregaban vidas e ilusiones de toda una sociedad, día a día, para lograr su indulgencia, perdón y la promesa de una estabilidad económico social que sólo se reflejaba en las voces de los comunicadores de la economía y la política que hegemonizaban las frías pantallas de los canales de televisión y en los demás medios de comunicación.

Como consecuencia de estas cuestiones, en los años del neoliberalismo y dentro del sector salud, emergieron nuevas formas del padecimiento relacionadas con expresiones de la injusticia acordes a la época y que fueron presentándose desde más y nuevos actores que comenzaban a recorrer las salas de los servicios estatales de salud. Eran rostros novedosos. Algunos, los que penosamente lograban llegar, procedían de la pobreza estructural. Otros veían con asombro que habían llegado allí luego de una situación de caída que los encontraba sin trabajo ni cobertura social, con los lazos sociales y el capital simbólico deteriorados. Las nuevas víctimas del disciplinamiento del mercado comenzaban a ver en las inscripciones de sus cuerpos, en sus enfermedades y estigmatizaciones, el recorte de sus ciudadanías. Pero también pugnaban por acceder a servicios de salud públicos deteriorados por los ajustes, recortes y las políticas que se orientaban a seleccionar y expulsar del sector a los nuevos indeseables del modelo neoliberal.

La vida cotidiana se transformaba en algo precario e incierto, donde la pérdida de derechos sociales como marca de una caída hacia fuera de la sociedad de mercado llevaba rápidamente a un nuevo deslizamiento que culminaba con la privación de los derechos civiles y golpeaba en forma sistemática las posibilidades de autonomía.

En este contexto de nuevas y viejas demandas ubicadas en escenarios desconocidos, comienzan a escucharse -en los diferentes servicios del sector público de salud y especialmente en los Servicios Sociales- historias de personas que intentaban poner en palabras la singularidad de lo que les ocurría y se encontraba inscripto en cada uno de ellos, en su subjetividad y en sus relaciones familiares y sociales. Historias de padecimientos que se entrecruzan en los pasillos de los hospitales y en las salas de espera de los centros de salud, con una superposición de lógicas, formas de comprender y explicar lo que estaba ocurriendo, a veces con una marcada tendencia a naturalizar el sufrimiento; otras, en la elaboración de estrategias de resistencia donde la accesibilidad se había transformado en un territorio de luchas y tensiones. La Accesibilidad que había sido construida desde una visión universalista a partir de Ramón Carrillo y la conformación de un sistema nacional de salud, se fue yendo lentamente de la esfera de los derechos sociales para retroceder a la lógica de la asistencia y la racionalidad economicista impuesta por las políticas de focalización.

Los diferentes procesos de precarización de la cotidianidad, en diálogo con la noción de accesibilidad, son otra expresión de estos temas. La precariedad condujo al sostenimiento de la vida cotidiana a través de estrategias de sobrevivencia individuales, donde lo que sobresalía era el presente. Éstas implican también nuevas visiones de lo corporal, del dolor, del padecimiento, que paulatinamente queda relegado, cambiando inclusive las formas de percepción de la enfermedad y los niveles de alarma acerca de ésta.

De este modo, la construcción -desde la economía y la política- de escenarios donde la accesibilidad a la protección social era recortada y mutilada, muestra la aparición de nuevos problemas sociales y subjetividades que se expresaban en diferentes formas de comprender y explicar el proceso salud enfermedad en un contexto de desigualdad social.

La alteración de las conformaciones clásicas de los lazos familiares y comunitarios llevaron también al deterioro de las posibilidades de contención y amparo por parte del tejido social o de la familia, generándose también una pérdida de espacios de construcción colectiva de la accesibilidad, quedando ésta reducida a la inserción del sujeto en el mercado o en el desarrollo de estrategias individuales de acceso al sistema de salud signadas por la necesidad y la urgencia.

Los profetas del terrorismo de mercado planteaban, de diferentes maneras, que cada caída en la exclusión era en gran parte una responsabilidad individual por no saber adaptarse a un "nuevo orden mundial" que fortalecía su discurso único de diferentes modos.

La accesibilidad al sistema de salud se transformó en una especie de presa codiciada por los tecnócratas neoliberales. Se trataba de ahorrar en el llamado "gasto público", poniéndole obstáculos desde una lógica centrada en una idea de gestión donde primaba el menor uso de los servicios de salud. La accesibilidad, en tanto la llegada y trayectoria de un sujeto dentro del sistema de salud, fue cercenada, "racionalizada" desde las imposiciones del mercado. De este modo, la lógica del "giro cama" que implica el tiempo en que permanece una persona internada dentro de un hospital y que sintetiza la perspectiva de la aplicación del binomio costo beneficio en las políticas de salud, intentó ser impuesta a cualquier precio, generando nuevas formas de exclusión, exilio y expulsión del sistema, traducidas en desprotección y desamparo, enunciado desde una forma de eficiencia teñida de desigualdad social.

Estudiar la accesibilidad en salud hoy implica repensar las Políticas en este ámbito, tanto desde el diseño de éstas como las implicancias relacionales, organizativas y subjetivas que la constituyen, teniendo en cuenta sus implicancias histórico sociales. La accesibilidad es, en definitiva, una construcción colectiva y eminentemente política que da cuenta de la salud de una población y muestra de manera concreta la llegada real de las políticas sanitarias a la población.

3. La Accesibilidad hoy y las marcas del Terrorismo de Mercado

Las expresiones actuales de la cuestión social emergieron como formas novedosas de padecimiento que abarcaron cambios en la esfera de la cultura, tanto como en la comprensión y explicación del contexto macro social y la vida cotidiana. Pero también, de las significaciones acerca de la salud y la enfermedad, su construcción simbólica y la noción de la asistencia como derecho. Éstas muestran la posibilidad de formular nuevos interrogantes con respecto a los dispositivos clásicos de la intervención en Salud.

En este aspecto, la noción de accesibilidad puede presentarse como una manera de comprensión de los nuevos problemas que atraviesan el sector, pero también desde ella se pueden obtener aportes desde la perspectiva de la construcción de políticas de salud. A su vez, las expresiones actuales de la cuestión social emergen como formas novedosas y complejas del padecimiento singular y colectivo que, al abarcar cambios en la esfera de la cultura proponen nuevos encuentros entre el campo de la salud y las ciencias sociales. Una vía de entrada a esta nueva agenda puede pasar por el análisis de la construcción, comprensión y explicación de la vida cotidiana y de la percepción del proceso salud enfermedad desde diferentes formas de territorialidad, donde la enfermedad es un acontecimiento ligado a diferentes cuestiones que la condicionan, producen y construyen desde una subjetividad situada. En definitiva, a partir de nuevas preguntas acerca de cómo surgen las formas de demanda relacionadas con la salud y que atraviesan diferentes sectores de las Políticas Sociales. De este modo, el resultado de la mirada hacia la accesibilidad puede condensar a las nuevas formas de construcción de demanda hacia los servicios de salud, desde su complejidad.

La accesibilidad entendida como una forma de relación con el Estado, las Políticas Sociales y de Salud, se convierte en un instrumento que puede develar el juego, que -en forma persistente- aún marca la puja entre la dinámica de la sociedad y la lógica del mercado. Así, la accesibilidad dialoga con la pertenencia a las redes de sociabilidad y las diferentes construcciones de la identidad.

4. Accesibilidad, Cuerpo y Neoliberalismo

Los efectos del neoliberalismo atraviesan las Políticas Sociales, las instituciones y los actores sociales que circulan dentro de éstas. Así, se construyeron nuevas formas de subjetividad que implican la necesidad de revisar las maneras en que se accede al sistema de salud, se permanece y transita dentro de él.

Los cambios ocurridos en las últimas décadas se expresan en la construcción de nuevas implicancias sociales y culturales del padecimiento, donde la percepción de la salud y la enfermedad giraron hacia formas de naturalización del dolor y la noción de corporalidad. El terrorismo de mercado también creó condiciones laborales que sugieren otras formas de percepción de lo mórbido, donde el malestar es silenciado, naturalizado, sencillamente por necesidad de seguir estando dentro del trabajo, donde el temor al desempleo construyó nuevas formas de sentir y sufrir, pero también desde la fantasía de permanecer dentro de una sociedad que estigmatiza, separa o aísla a quienes exhiben, demuestran o ponen en palabras sus padecimientos. De este modo, es frecuente que se acuda a trabajar con signos y síntomas de enfermedad y -según las capacidades adquisitivas- se podrá o no acceder a diferentes medicamentos que ocultan las señales del cuerpo, prometiendo seguir estando, perteneciendo a los grupos de personas saludables que muestran una imagen juvenil, sana y distendida, a través de la producción de imágenes elaboradas desde las diferentes estrategias de venta de medicamentos. De esta manera, los signos y los síntomas se naturalizan ocultados en nuevas formas de la corporalidad que también dialogan con formas subjetivas de construcción de barreras a la accesibilidad y los derechos sociales, sencillamente silenciándolos. En definitiva, se trata de sacar el síntoma, negarlo, para seguir perteneciendo a una metáfora de sociedad idealizada a través de múltiples estrategias de mercado y escenografías montadas para negar el acontecimiento que rodea y construye el proceso salud enfermedad. Incluso, la persistencia mediática de las estrategias publicitarias logró naturalizar el hecho de que la primera reacción frente a un síntoma o sensación de enfermedad se transforme en una compra de medicamentos.

Ese silencio de los cuerpos y de sus señales, construido desde una lógica economicista, repercute en la accesibilidad de diferentes maneras. Se intenta acceder cuando el efecto de lo mórbido ya no permite trabajar o generar estrategias de sobrevivencia, lo que muestra un cambio en los niveles de alarma sobre lo que ocurre en los cuerpos de unos y otros.

Precisamente se consulta cuando ya no se puede seguir, cuando la expresión del síntoma construye una sensación o realidad invalidante que indica la necesidad de la atención dentro el Sistema de Salud. Allí se construye desde otras realidades y lógicas un punto de interpelación a la noción de accesibilidad al sistema de salud, sencillamente desde posibilidad de generación de políticas y estrategias de intervención que desnaturalicen esas cuestiones y propongan nuevas formas de acceso a éste.

5. La accesibilidad y la incertidumbre en la atención dentro del campo de la salud.

La accesibilidad también se entrecruza con otra serie de interrogantes que se fueron construyendo dentro del contexto del neoliberalismo. En este aspecto, lo institucional se inscribe en un terreno de nuevas formas de la incertidumbre, donde, la accesibilidad comenzó a ser atravesada por interrogantes ligados a la posibilidad de asistencia de las instituciones públicas, privadas y de la seguridad social. No se trata sólo de llegar al hospital, sino de lograr que la intervención en las diferentes consultas sea trabajada, resuelta y posea capacidad de construir certeza. Es decir, las condiciones actuales del sistema de salud muestran que la accesibilidad no finaliza con el ingreso a éste, sino que implica una recorrida singularizada que requiere la resolución integral de la demanda. Estas cuestiones están atravesadas por una serie de circunstancias que las condicionan. La circulación de la palabra en las instituciones de salud desde hace décadas está siendo remplazada por los medicamentos, los estudios complementarios que se han transformado en una nueva forma de lenguaje que se inscribe más cerca de la lógica del protocolo que de la escucha. Así, el sistema de salud no logra resolver más que a corto plazo circunstancias complejas que van más allá de los aspectos biológicos y sintomáticos que construyen la demanda de asistencia.

La accesibilidad ingresa así en otro sendero de incertidumbre en el que la institución de salud y sus profesionales suponen que la consulta se resuelve en la medida que el procedimiento se acerque a lo que se considera más correcto por mandato institucional o por la imposición de un neo positivismo muchas veces funcional a los intereses de las multinacionales de los medicamentos o colonizados por la tecnología, signando la relación de los sujetos sociales con el sistema de salud sólo a través de relaciones causa efecto. Así, la vinculación, el lazo que se construye dentro del sistema de salud, se enfría, queda despersonalizado. El otro se transforma entonces en un objeto sin historia, desposeído de su singularidad. Estas cuestiones se hacen mas complejas cuando se suman a la desconfianza que se genera por el temor a las denuncias por mala praxis, incorporando de esta forma una nueva barrera a la accesibilidad.

La dificultad que muestra la falta de certezas también se imbrica con las inseguridades que atraviesan los equipos interdisciplinarios, fundadas en la complejidad de los escenarios actuales de intervención social, las nuevas lógicas institucionales y especialmente en la crisis de una sociedad que padeció por décadas el desmantelamiento del Estado, perdiéndose uno de los ejes fundamentales de la garantía de la integración social e institucional. La fragmentación de la sociedad se expresa en los cuerpos y, dentro del sistema de salud, en la mirada sobre éstos. Así, las especializaciones construyen sus propios fines, sin importar lo que ocurre con el todo, generando otra serie de inconvenientes a la accesibilidad, ahora desde otras formas de complejidad.

En definitiva, las Políticas de Salud y la accesibilidad no implican solamente el ingreso al sistema, dado que ese hecho no garantiza que ésta tenga una aplicación y adaptación real, sino que la misma debe ser acompañada dentro de las diferentes instancias institucionales.

6. Accesibilidad y Territorio

La Accesibilidad también se expresa dentro de espacios territoriales. Desde estos se construyen sentidos, pujas, posibilidades y disrupciones que se imbrican con el Sistema de Salud. Por ejemplo, cuando la institución es reflejo de un territorio ajeno u hostil, comienza a marcar y construir dificultades de orden material y simbólico que rigen trayectorias diferenciadas aún cuando se logre el ingreso.

La construcción discursiva de la ajenidad de los ciudadanos del Gran Buenos Aires en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires puede ser una muestra de ello. Y las representaciones sociales que atraviesan esos encuentros suelen expresar una forma de acceso peculiar, marcadas por la idea de beneficio, ilegitimidad y dádiva. En muchas circunstancias, cada prestación se tiñe -en forma poco visible- de una lucha por el derecho a la salud, convirtiendo la relación entre el sujeto de derecho y la Política Sanitaria en un terreno de complejidades, dudas y dificultades que atraviesan la intervención y le suman más problemas a la propia disrupción del proceso salud y enfermedad.

En los Centros de Salud suele ocurrir algo semejante entre los pobladores tradicionales de los barrios mas empobrecidos y los que recién llegan a habitar la periferia de esas formas de la pobreza. De este modo, la accesibilidad se presenta como un punto de interrogación, análisis y acción en las Políticas Sanitarias, desde lo territorial. Floreal Ferrara explicaba lo territorial desde la "*Accesibilidad Geográfica*". Ésta implica la necesidad de tener en cuenta la cantidad de usuarios del Sistema de Salud que pueden utilizar sus servicios, teniendo en cuenta también el tiempo de desplazamiento hacia éstos de diferentes maneras. Es decir que la accesibilidad también tiene que ver con la distribución y la localización de los servicios. Es justamente desde lo territorial donde es observable la necesidad de repensar convenciones sistemáticamente repetidas y fallidas como los sistemas de referencia y contra referencia en tanto ordenadores de las circulaciones dentro del sector, tanto desde el punto de vista material como simbólico.

Pensar las Políticas Sanitarias como Políticas Sociales implica una indefectible presencia de lo territorial, desde una accesibilidad integrada, con clara inserción en éste como único camino para transformarse en un dispositivo de integración social.

7. La Accesibilidad y los Equipos de Salud

La Accesibilidad también se encuentra estrechamente ligada a las prácticas en salud, especialmente desde sus aspectos organizacionales vinculados con la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema de acceso a las Políticas, Planes y Programas de Salud y también a su faceta cultural o simbólica, en la que se ponen en juego hábitos y prácticas de los usuarios respecto al cuidado y autocuidado, uso, sentido de los recursos de asistencia y las limitaciones que éstos imponen.

Las prácticas dentro del sector salud y las políticas sanitarias muestran la necesidad de intervenir sobre todos los recursos humanos involucrados en el sector, desde la perspectiva de consensuar y discutir lógicas, sentidos, desde los fines últimos de las Políticas y las Instituciones de Salud. Es posible que los propios equipos de trabajo se transformen en un obstáculo o dificultad en la accesibilidad, especialmente desde una perspectiva de no comprensión de la noción de salud que atraviesa tanto a los usuarios como a los profesionales y trabajadores administrativos de las instituciones del sector. Las problemáticas actuales que se presentan en este campo son sumamente complejas y lo trascienden.

De esta manera, el sector salud presenta una serie de características, que llevadas a los espacios institucionales que pueden ser entendidos como “*escenarios de intervención*” -2-, expresan diferentes tensiones que interpelan a la Intervención en el campo de la salud desde disímiles aspectos, como los papeles de los actores, los componentes escénicos, la historicidad de la trama donde se desenvuelven los problemas sociales y su enlazamiento con lo económico, social y político.

Comprender a la salud y la enfermedad como proceso implica aceptar que éste se constituye como fruto de una serie de tramas complejas que dialogan con diferentes formas de devenir en los órdenes político, económico, demográfico, sociocultural y medioambiental -3-. La enfermedad, de esta manera, no es un mero producto de diferentes desajustes o alteraciones poli o unicasales, sino que se vincula con una serie de circunstancias que exceden el abordaje de una sola mirada o la sumatoria de estudios de fenómenos comprensivo explicativos.

Los escenarios actuales de la Intervención Social se constituyen dentro de contextos signados por la turbulencia, sumados a la aparición de nuevos problemas y la emergencia de situaciones conocidas que se encuentran y manifiestan de forma diferenciada por los cambios de época, con una nueva presencia del Estado como algo novedoso que irrumpe con posibilidades de generar sentido.

La enfermedad se entrecruza de manera compleja con la vulneración de derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo, las nuevas formas de comprender y explicar los fenómenos asociados a lo mórbido, las diferentes maneras de construcción de las solidaridades en tramas heterogéneas, y muchas veces dentro del estallido de los dispositivos de asistencia que por diferentes razones muestran dificultades para abordar las nuevas demandas dentro del sector.

Así, el sujeto que llega a los servicios asistenciales de salud se constituye como alguien “inesperado”, un sujeto que las instituciones a veces no pueden comprender a partir de su constitución desde nuevas lógicas y climas de época. La respuesta institucional, en muchos casos, pasa del azoramiento al rechazo, producto posiblemente de la extrañeza y el temor que causa lo diferente o lo ajeno. De este modo, la accesibilidad se presenta también en estas circunstancias interpelando a las prácticas y políticas del sector desde la formación y capacitación de los equipos de salud.

Es tal vez en ese punto en el que también la política social y la accesibilidad tienen posibilidades de encuentro y diálogo, mientras haya un Estado presente y con posibilidades de ordenar esas cuestiones.

8. La Accesibilidad como categoría en las Políticas de Salud.

Entender la salud y la enfermedad como un proceso en el que no sean objetos exclusivos de la preocupación médica, implica que los problemas de salud y enfermedad pueden volver a ser definidos como histórico sociales. Así, la recuperación de la inscripción de un sentido dinámico

del proceso salud enfermedad implica entenderlo como una búsqueda y construcción propia de nuestras sociedades, pero también como una forma de apelación a la solución de los conflictos que plantea la existencia. Es en definitiva la posibilidad de reconocer nuestras capacidades en la sociedad que formamos parte como sujetos histórico sociales, para detectar, identificar y resolver en forma solidaria los distintos factores que limitan nuestra potencialidad vital **-4-**.

Estos conceptos dan cuenta de que la salud es expresión de procesos sociales. En otras palabras, es entender a los fenómenos de salud-enfermedad en el contexto del acontecer ideológico, económico y político de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen solamente a las personas aisladas desde una perspectiva a histórica y unicausal de la enfermedad. En definitiva, esas diferentes maneras de explicar el proceso salud – enfermedad también atraviesan la accesibilidad.

Ambas concepciones de salud (histórico social y biólogo) coexisten en la actualidad y sostienen distintos modelos de asistencia, generando diferentes formas de la accesibilidad. Los modelos unicausales, herederos de las primeras formas de la higiene y el positivismo, siguen construyendo prácticas cuyos objetos son sólo los cuerpos. Cuerpos que durante mucho tiempo se han construido y han sido moldeados por discursos hegemónicos en un proceso cuyo fin era la normalización, y donde predominaba una noción de la ausencia de enfermedad como sinónimo de adaptación a sociedades injustas.

Pensar la Accesibilidad como categoría relevante en la elaboración de Políticas Sanitarias involucra una serie de contingencias que implicarían la posibilidad de aplicar la visión de la salud como proceso histórico social, pero especialmente desde la perspectiva de los sujetos de derecho social que hacen uso del Sistema de Salud. De este modo, la incorporación de una visión subjetiva y objetiva de éste podría aportar nuevas formas de construcción de acciones, signadas en este caso en la relación entre los actores sociales, el territorio, su propia perspectiva del proceso salud enfermedad desde un pensar situado, tal vez más cercano a las realidades de nuestra América y alejado de las oficinas burocráticas de los funcionarios que diseñan estrategias de salud para el Tercer Mundo desde perspectivas que muchas veces recuerdan diferentes formas de colonialismo.

Tal vez la batalla cultural contra la colonización pedagógica también pase por estos temas.

Notas

-1- La accesibilidad es presentada en general a través de cuatro dimensiones; no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Para Floreal Ferrara la accesibilidad tiene las siguientes dimensiones; geográfica, sociocultural, económica y administrativa.

-2- Carballada, Alfredo. Escuchar las Prácticas. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2007.

-3- Provincia del Neuquén. Argentina. Ministerio de Salud. <http://www.neuquen.gov.ar/salud/>

-4- Bilfon, María Eugenia. Al gran pueblo Argentino salud.

En: <http://www.margen.org/suscri/margen32/bulfon.html>

Bibliografía

- Carballada, Alfredo (2007). Escuchar las Prácticas. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Ferrara, Floreal (1987). Teoría Social y Salud. Ed.Catálogos. Buenos Aires.
- Gillone, Alicia, La Salud como Derecho- En: <http://www.apdh-argentina.org.ar/salud/trabajos/la.salud.como.derecho.pdf>
- Provincia del Neuquén. Argentina. Ministerio de Salud. <http://www.neuquen.gov.ar/salud/>
- Stolkiner, Alicia Pobreza y subjetividad. Relación entre las estrategias de las familias pobres y los discursos y prácticas asistenciales en salud. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_s_alud2/material/unidad2/subjetividad_pobreza_stolkiner.pdf