

The logo for CEUB (Centro de Educação Universitária Brasileira) is displayed in a white, stylized font against a dark red background. The letters 'C', 'E', 'U', and 'B' are interconnected, with the 'U' and 'B' sharing a vertical stem.

EDUCAÇÃO SUPERIOR

ISSN 2236-1677

The cover features a photograph of a modern, white building with a large, seated stone statue in the foreground. The statue is a woman in a long dress, holding a book. The building has a distinctive architectural style with curved lines and large windows. The sky is blue with some clouds. The entire cover has a dark red background with a subtle floral pattern.

REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS
BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY

**Desigualdades en el acceso
a la salud en Río Negro como
“normalidad” pre pandémica**

**Inequalities in access to
healthcare in Rio Negro as pre-
pandemic “normality”**

Soledad A Pérez

Mónica Serena Perner

VOLUME 13 • Nº 2 • AGO • 2023

Sumário

I. POLÍTICAS PÚBLICAS, POBREZA E DESIGUALDADE	18
CHINA’S AID POLICY APPROACH TO POVERTY ALLEVIATION IN THE RECIPIENT COUNTRY: A CASE STUDY OF THE REPUBLIC OF GUINEA	20
Ansoumane Douty Diakite	
OS INDICADORES SOCIAIS NO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DOS ÚLTIMOS CINCO ANOS	52
Bruno Cazeiro Astolfi, Eduardo Matheus Figueira, José Antônio da Silveira Junior e Daniel Teotônio do Nascimento	
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO NO BRASIL E A RENDA BÁSICA UNIVERSAL NO CONTEXTO DA (PÓS)PANDEMIA DA COVID-19	74
Amanda Karolini Burg, Nelson Nogueira Amorim Filho e Francisco Quintanilha Vêras Neto	
A DIFERENCIAÇÃO FUNCIONAL DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E AS ESTRUTURAS DE DESIGUALDADE SOCIAL: CRÍTICA ÀS PRÁTICAS DE EXCLUSÃO DAS ORGANIZAÇÕES DA JUSTIÇA CRIMINAL.....	92
Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth e José Francisco Dias da Costa Lyra	
II. POLÍTICAS PÚBLICAS, INDÚSTRIA E FINANÇAS	113
ACCOUNTING INFORMATION SYSTEMS AND FINANCIAL CRISES: INSIGHTS INTO LOCAL GOVERNMENTS.....	115
Mahmoud Hany M. Dalloul, Zuraeda binti Ibrahim e Sharina Tajul Urus	
LA REGULACIÓN CONTABLE SOBRE LOS ACTIVOS DE INFRAESTRUCTURA EN LATINOAMÉRICA....	152
Michael Andrés Díaz Jiménez e Mauricio Gómez Villegas	
POLÍTICAS PÚBLICAS DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E DIREITO AO TRABALHO NA INDÚSTRIA 4.0: UM MAPEAMENTO DAS INICIATIVAS BRASILEIRAS.....	172
Olívia de Quintana Figueiredo Pasqualetto	
POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRA DE EXPORTAÇÃO VOLTADAS À INDÚSTRIA MOVELEIRA: O AGLOMERADO DE ARAPONGAS	201
Marcelo Vargas e Walter Tadahiro Shima	
III. POLÍTICAS PÚBLICAS EM MEIO AMBIENTE	219
EL PAPEL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA SOSTENIBILIDAD DE LA AVIACIÓN	221
Oscar Díaz Olariaga	

LEGAL STATUS OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT PRINCIPLES AND CLIMATE CHANGE RESPONSIBILITIES UNDER THE PARIS AGREEMENT	245
Lupwana Jean Jacques Kandala	
CONTRIBUIÇÃO DAS ÁREAS PROTEGIDAS BRASILEIRAS PARA O CUMPRIMENTO DA META 11 DO PLANO ESTRATÉGICO PARA A BIODIVERSIDADE 2011-2020	261
Gabriela Barreto de Oliveira, Nicássia Feliciano Novôa e Geraldo Majela Moraes Salvio	
A POLÍTICA PERMISSIVA BRASILEIRA AOS AGROTÓXICOS E SUAS REPERCUSSÕES PARA A SADI QUALIDADE DE VIDA: UMA ANÁLISE SOBRE O USO DE AGROVENENOS	299
Andreza Aparecida Franco Câmara e Juliana Freitas Mendes	
IV. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	318
MAPEAMENTO DAS INICIATIVAS IMPLEMENTADAS EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS PARA ABORDAR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESCOPO	320
Sueli Miyuki Yamauti, Jorge Otavio Maia Barreto, Silvio Barberato Filho e Luciane Cruz Lopes	
PROMOÇÃO DA SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ESPORTE E LAZER: CONEXÕES E DIGRESSÕES ..	363
Gildiney Penaves Alencar, Richard Nicolas Marques Caput, Elton Pereira de Melo, Vanderlei Porto Pinto e Junior Vagner Pereira da Silva	
DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LA SALUD EN RÍO NEGRO COMO “NORMALIDAD” PRE PANDÉMICA	387
Soledad A Pérez e Mónica Serena Perner	
V. POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO	401
AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO DO CAMPO NO BRASIL E A PRESENÇA DA PEDAGOGIA DA ALTERNÂNCIA À LUZ DAS MAISONS FAMILIALES RURALES	403
Juliana Silva da Rocha Nickel e João Pedro Schmidt	
INVESTIGACIÓN BASADA EN PROBLEMAS: UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DEL CASO DE LA FORMACIÓN JUDICIAL INICIAL	426
Alexander Restrepo Ramírez, Jean Carlo Mejía Azuero e Nesly Edilma Rey Cruz	
VI. POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	442
COMPLIANCE 2030: AS TRÊS DIMENSÕES DE UM NOVO PARADIGMA DO COMPLIANCE E O SEU DESENHO TEÓRICO, NORMATIVO E OPERACIONAL PARA O SETOR PÚBLICO	444
Márcio Haeblerlin, Alexandre Pasqualini e Tarsila Rorato Crusiu	
DESIGN DE SISTEMAS DE DIÁLOGOS E DE DISPUTAS: UMA FORMA DE PREVENÇÃO, GESTÃO E RESOLUÇÃO DE CONFLITOS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PARA O NOVO MUNDO	467
Ísis Boll de Araujo Bastos e Maíra Lopes de Castro	

O PLANEJAMENTO NA NOVA LEI DE LICITAÇÕES E A APLICABILIDADE DE SEUS INSTRUMENTOS EM PEQUENOS MUNICÍPIOS	486
Paulo Afonso Cavichioli Carmona e Marcos André Alamy	
VII. POLÍTICAS PÚBLICAS, JUSTIÇA E FORMAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS	500
ADVOCACY: ORGANIZAR E IRRITAR- ESTUDO DE CASO DA ORGANIZAÇÃO CONECTAS	502
Caio Augusto Guimarães de Oliveira, Fernanda Busanello Ferreira e Ulisses Pereira Terto Neto	
RESOLVING DISPUTES WITH HEALING EFFECT: THE PRACTICE OF MEDIATION IN INDIA	532
Anirban Chakraborty e Shuvro Prosun Sarker	
HÁ ACCOUNTABILITY NAS POLÍTICAS DE INCENTIVO À CONCILIAÇÃO PROMOVIDAS PELO CNJ? A PERSPECTIVA DA JUSTIÇA DO TRABALHO	552
Mariana Cesto e Lourival Barão Marques Filho	
VIII. POLÍTICAS PÚBLICAS EM MATÉRIA PENAL	573
O ENFRENTAMENTO DO TRÁFICO INTERNACIONAL DE PESSOAS NO BRASIL: ENTRE A CRIMINALIZAÇÃO E O ENFOQUE EM DIREITOS HUMANOS	575
Verônica Maria Teresi e Gilberto Marcos Antonio Rodrigues	
DROGAS E VIOLÊNCIA: DA CRIMINALIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS SEM VÍTIMAS ÀS VÍTIMAS DO PROCESSO DE CRIMINALIZAÇÃO	596
Airto Chaves Junior e Thiago Aguiar de Pádua	
ESTUPRO, CONJUGALIDADE E SUBALTERNIDADE DA MULHER NO BRASIL: UMA RELAÇÃO DE (TRÊS) PODER(ES)	620
Jackeline Caixeta Santana e Rosa Maria Zaia Borges	
ESTATUTO DO DESARMAMENTO TORNA-SE DE ARMAMENTO: ARMA DE FOGO NÃO GARANTE SEGURANÇA, A VIOLÊNCIA ESTÁ NO INDIVÍDUO	653
Joice Cristina de Paula, Patrícia Peres de Oliveira, Selma Maria Fonseca Viegas e Edilene Aparecida Araújo da Silveira	
IX. TEMAS DE DIREITO CONSTITUCIONAL E ELEITORAL	666
O CONSTITUCIONALISMO FORTE DA AMÉRICA LATINA	668
Anizio Pires Gavião Filho e Lucas Moreschi Paulo	
O MODELO DE FINANCIAMENTO POLÍTICO BRASILEIRO: IMPACTOS SOBRE A DEMOCRACIA INTRAPARTIDÁRIA	689
Matheus Vequi e Clovis Demarchi	

Desigualdades en el acceso a la salud en Río Negro como “normalidad” pre pandémica*

Inequalities in access to healthcare in Rio Negro as pre-pandemic “normality”

Soledad A Pérez**

Mónica Serena Perner***

Resumen

Objetivo: Analizar las desigualdades en el acceso a la salud en la provincia de Río Negro, norpatagonia Argentina, desde un enfoque de derechos. **Metodología:** Se emplearon datos de la Encuesta de Evaluación de Desigualdades en el acceso a Derechos en Río Negro del 2019, para describir y analizar desigualdades en el acceso a la salud. **Resultados:** De las 384 personas entrevistadas, el 46% refirió haber tenido algún malestar en el año previo, casi la totalidad consultó a algún servicio de salud. La mayoría de las personas atendidas en el sistema público debió concurrir personalmente a conseguir el turno, aquellas con cobertura de salud (privada o mediante obras sociales) en su mayoría fue telefónico o por internet. Fue mejor evaluado el proceso de obtener el turno entre aquellas personas con cobertura de salud. Las personas que fueron atendidas en menos de una hora contaban mayormente con cobertura de salud, mejor nivel educativo y mayor edad. **Conclusión:** los tiempos de espera para atenderse y la percepción de problemas de salud están socialmente estratificados. Las personas con menor nivel educativo requieren mayor tiempo y mayor espera para poder resolver sus problemas de salud, derivando en dificultades en el acceso al derecho a la salud y una atención diferencial que profundiza otras desigualdades sociales existentes. **Relevancia:** Visibilizar las desigualdades en el acceso a la salud en tanto situaciones de “normalidad” pre-pandémica y productoras de distintas vulnerabilidades que oficiaron de condiciones de posibilidad de las dificultades enfrentadas en la provincia en la gestión de la pandemia.

Palabras claves: derecho a la salud; desigualdades sociales; acceso a los servicios de salud; tiempo de espera.

Abstract

Objective: To analyze healthcare access inequalities in the province of Río Negro, northern Patagonia, Argentina, from a rights-based perspective. **Methodology:** Data from the 2019 Survey for the Evaluation of Inequalities in Access to Rights in Río Negro were used to describe and analyze healthcare access inequalities. **Results:** Out of the 384 individuals interviewed, 46% reported experiencing some discomfort in the previous year, and nearly all of them sought healthcare services. Most of the individuals treated in the

* Recibido em 16/11/2022

Aprovado em 28/06/2023

La presente investigación fue financiada por el proyecto PICT 2019-03164 - Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica “Democracia, Derechos y Desigualdades. Evaluación del alcance de la ciudadanía en la provincia de Río Negro” dirigido por la Dra. Soledad Pérez.

** Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)- Doctora en Ciencia Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA), Magister en Filosofía e Historia de las Ciencias (Universidad Nacional del Comahue), Licenciada en Sociología (UBA).

*** Becaria posdoctoral Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)- Instituto de Salud Colectiva - Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Doctora en Salud Colectiva (UNLa), Especialista en Epidemiología (UNLa), Médica (UBA).

public healthcare system had to personally go to obtain an appointment, while those with healthcare coverage (private or through social security) mostly obtained the appointments by phone or online. The process of obtaining an appointment was better evaluated among individuals with healthcare coverage. Individuals who were treated in less than an hour were mostly covered by healthcare, had a higher educational level, and older age. Conclusion: Waiting times for medical attention and the perception of health problems are socially stratified. Individuals with lower levels of education require more time and longer waiting time to solve their health problems, resulting in difficulties in accessing the right to healthcare and a differential care that deepens existing social inequalities. Relevance: Highlighting healthcare access inequalities as “normal” pre-pandemic situations that produce different vulnerabilities, serving as conditions that contributed to the difficulties faced in the province during pandemic management.

Keywords: right to health; social inequalities; Access to Healthcare Services; Waiting time.

1 Introducción

En el presente artículo nos proponemos describir y analizar desigualdades en el acceso a la salud en la provincia de Río Negro, a partir de la Encuesta de Evaluación de Desigualdades en el acceso a Derechos en Río Negro (RN) realizada en el año 2019 y del análisis de las voces de los equipos del primer nivel de atención de RN recuperadas a partir de la realización de grupos focales. Al hablar del primer nivel de atención, nos referimos a la red de centros de salud del subsector público que se encuentran distribuidos estratégicamente en el territorio y que cuentan con servicios de baja complejidad¹. Si bien el análisis de estos datos puede resultar extemporáneo a más de dos años de iniciada la pandemia de COVID-19, ya que los datos recogidos exponen un cuadro de diversas situaciones del contexto prepandémico, consideramos que su análisis resulta un insumo indispensable para comprender de qué modo las condiciones de “normalidad prepandémica” producían distintas formas de vulnerabilidad.

En esta línea, retomamos la noción de vulnerabilidad programática² que apunta a las formas en que las intervenciones estatales reducen, reproducen o aumentan las condiciones de vulnerabilidad de los individuos en sus contextos. La noción de vulnerabilidad programática pone así el foco en la esfera estatal llamando la atención sobre su capacidad de producir y reproducir condiciones que hacen vulnerables a grupos y personas.

La pandemia de COVID-19 ha llevado a todos los sistemas sanitarios al límite, dejando al descubierto graves deficiencias en materia sanitaria en sistemas de salud fragmentados³. Ni Argentina ni Río Negro han estado exentas, quedando en evidencia no solo la fragmentación del sistema de salud y, en consecuencia, las dificultades aparejadas en la ejecución de políticas sanitarias, sino también la complejidad implicada en el abanico de dimensiones y articulaciones del campo salud. Complejidad que se vincula a problemas de financiamiento de la salud, la persistencia de estructuras arcaicas del estado, la autonomía de los trabajadores de la salud, entre otros aspectos⁴.

No se trata entonces de realizar un análisis con el “diario del lunes”, sino de poner en evidencia algunas de las condiciones que hicieron posible las dificultades enfrentadas en la provincia de Río Negro, caracte-

¹ VIGNOLO, J. *et al.* Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, v. 33, n. 1, p. 11-14, 2011.

² AYRES, Jose Ricardo de Carvalho Mesquita; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; BUCHALLA, Cássia Maria. *Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud: prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Buenos Aires: TeseoPress, 2018. Disponible en: <https://www.teseopress.com/vulnerabilidadesyddhh>. Acceso en: 29 nov. 2022

³ LAL, A. *et al.* Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet*, v. 397, p. 61-67, 2021.

⁴ SPINELLI, H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Salud Colectiva*, v. 6, n. 3, p. 275-293, 2010. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>. Acceso en: 29 nov. 2022.

rizada por su extensión territorial y heterogeneidad poblacional, donde más allá de la gestión y decisiones tomadas durante la pandemia, estas no fueron ajenas a las políticas sanitarias y de acceso a derechos que han caracterizado a la provincia⁵, en la cual entre otras cosas, el acceso al derecho a la salud muchas veces queda librado a cierto voluntarismo de actores locales, en ausencia de modos institucionalizados que garanticen el acceso a la salud. Y es ahí donde cobra particular relevancia compartir este análisis, en el que se articulan la evaluación del acceso, calidad y respuesta estatal a las necesidades de salud desde la perspectiva de lxs ciudadanxs rionegrinxs, con las experiencias de aquellxs ciudadanxs que realizaron consultas médicas a lo largo de 2019 y el acceso a y ejercicio de, otros derechos.

La adopción del enfoque de derechos orientó teórica y metodológicamente el curso de la investigación y el análisis. Desde la primera perspectiva, supuso concebir el derecho a la salud multidimensionalmente en sintonía con los pactos internacionales de derechos humanos, puntualmente el PIDESC y de la Observación General N° 14. Desde el punto de vista metodológico, implicó el desafío de diseñar una encuesta que atendiera a la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación entre los distintos derechos, contemplando a su vez las distintas dimensiones que hacen al derecho a la salud.

2 Metodología

En el período comprendido entre los meses de marzo de 2019 y febrero del 2020 fue realizada una encuesta orientada a identificar desigualdades en el acceso a derechos en la provincia de Río Negro. El universo de estudio estuvo dado por personas de 16 años y más residentes en la mencionada provincia. La misma se realizó cara a cara en hogares a partir de una muestra estratificada, polietápica y probabilística. La estratificación se definió por el cruce del ámbito (urbano/rural) y zona geográfica (Alto Valle, Valle Medio, Andina, Atlántica y Sur). Posteriormente se seleccionaron los radios censales, (menor unidad geoestadística censal definidas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en base a un promedio de 300 hogares, dentro de las localidades seleccionadas, mediante un muestreo aleatorio estratificado, contemplando como criterio de estratificación un proxi de nivel socioeconómico definido como la cantidad de años de escolaridad en la población mayor a 25 años. La selección de los hogares se realizó de manera sistemática con inicio aleatorio del primer hogar de una esquina seleccionada al azar en el radio censal seleccionado y continuando por el hogar contiguo hasta completar las cuotas de género y edad definidas para cada radio censal.

La encuesta constó de distintos bloques temáticos: 1. Percepción sobre la situación y respuesta del estado. 2. Conocimiento de derechos. 3. Discriminación. 4. Violencia institucional. 5. Pueblos originarios. 6. Bloques sobre el acceso a distintos derechos (cuidado y usos del tiempo, ambiente y agua, justicia, salud, educación) y 7. Aspectos socioeconómicos.

En virtud de la indivisibilidad e interdependencia entre los derechos, se hicieron preguntas utilizando una escala tipo Likert en la cual lxs encuestadxs debían evaluar numéricamente, en una escala de 0 a 10, donde 0 daba cuenta de la peor evaluación y 10 de la mejor, tanto del acceso como de la calidad de distintos servicios públicos solicitando en otra pregunta una evaluación respecto de la respuesta del estado provincial a distintas necesidades.

En este artículo fueron seleccionadas las preguntas sobre la evaluación acerca del acceso y de la calidad de la salud pública. Asimismo, para profundizar al respecto del acceso a la atención se hizo un recorte tem-

⁵ PÉREZ, S.; PERNER, S. Percepciones acerca del trabajo en el derecho a la salud en Río Negro. In: ASOCIACIÓN RIONEGRINA DE EQUIPOS DE SALUD. *Diálogos en salud: saberes y experiencias de trabajadores de atención primaria de la salud*. San Carlos de Bariloche: ARES, 2019. p. 63-74. Disponible en: <https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/3632/3/Dialogos%20en%20Salud%20ARES%20ISBN%20.pdf>. Acceso en: 29 nov. 2022.

poral, circunscribiendo la pregunta a la experiencia respecto del último año, a través de la pregunta “Durante el último año, ¿tuvo algún malestar o estuvo enfermo/a?”. Este interrogante habilitó la indagación sobre el conjunto de personas que realizaron al menos una consulta en algún servicio de salud por dicho problema, y su relación con aspectos sociodemográficos, socioeconómicos, de los servicios de salud y diferentes escalas de satisfacción.

Con el objetivo de dar cuenta de las condiciones de acceso, se indagó acerca la forma de gestión del turno y del tiempo de espera en la atención, para lo cual fue empleada la siguiente pregunta: “Desde que llegó, ¿cuánto demoró en ser atendido?”. Dicha respuesta fue dicotomizada en tiempo de espera mayor y menor a una hora, tomando otros trabajos en nuestro país⁶ como referencia. Asimismo, fue estudiada la relación entre el tiempo de espera y aspectos sociodemográficos, nivel socioeconómico, la cobertura de salud y diferentes escalas de satisfacción.

Los aspectos sociodemográficos analizados fueron sexo, edad, máximo nivel educativo alcanzado (primaria incompleta o menos, primaria completa o secundaria incompleta, y secundaria completa y más), usado como proxy de nivel socioeconómico, y cobertura de salud (cobertura privada u obra social, pago de bolsillo, atención sin pago directo en el sistema público de salud).

Ambos aspectos estudiados fueron asimismo relacionados con escalas de satisfacción del 0 (muy mala) al 10 (excelente) respecto a la evaluación de: a. la atención recibida, b. la información recibida, c. la respuesta del estado a la atención de la salud, d. el acceso a la salud pública y e. la respuesta del estado a la atención de la salud.

Asimismo se indagó acerca de necesidades de medicamentos o tratamientos por problemas de salud crónicos y acerca de la posibilidad de contar con los mismos en tiempo y forma. Finalmente, los resultados arrojados por la encuesta fueron puestos en diálogo con las percepciones de los equipos del primer nivel de atención que surgieron de la realización de 5 grupos focales. Los mismos se organizaron convocando a trabajadores de diversas especialidades (médicxs generalistas, pediatras, trabajadores sociales, agentes sanitarixs, psicólogxs, odontólogxs) que se desempeñan en distintos Centros de Salud. Cada grupo estuvo integrado por entre 8 y 12 personas.

3 Precisiones conceptuales

3.1 Aproximación al sistema de salud argentino y al Derecho a la salud

El sistema de salud argentino se funda en una estructura política federal descentralizada, tanto en la provisión, como en la administración de los servicios de salud. Está organizado en tres subsistemas: público, de las obras sociales y privado. El *sector público* que está integrado por las estructuras administrativas ministeriales provinciales y nacionales y los establecimientos sanitarios que prestan atención a todas personas que lo demanden. Formalmente esta cobertura es universal y no tiene costo directo para lxs usuarios, pero en general la población que utiliza los servicios públicos de salud es aquella que no cuenta con otra cobertura salud (obra social o privada). El *sector de las obras sociales* cubre a trabajadores asalariados según ramas de actividad y a sus familias. A demás, cada provincia cuenta con una obra social provincial que cubre a lxs empleadxs públicos de su jurisdicción. Y el *sector privado* presta servicios a la población que paga a una empresa por

⁶ SALVADOR BALLESTEROS, Matías. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, v. 15, n. 30, p. 234-250, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-30.dste>. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17166>. Acceso en: 29 nov. 2022.

atención sanitaria, denominadas servicios de medicina prepaga⁷. Las obras sociales y el sector privado habitualmente comparten la misma red de establecimientos sanitarios donde prestan servicios.

En la práctica el sistema de salud funciona de manera fragmentada, sin integración entre subsistemas ni al interior de cada uno. En particular, el sistema público se encuentra organizado según jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), no existiendo entre los mismos suficiente coordinación. Tanto a nivel nacional como provincial, los subsistemas privados y de las obras sociales se orientan más por lógicas mercantiles y empresariales, que tendientes a garantizar el derecho a la salud⁸.

En el ámbito de estudio, en la provincia de Río Negro, existen efectores de salud privados (clínicas, sanatorios, consultorios privados, laboratorios de análisis clínicos) ubicados en distintas localidades que prestan atención a la población con obra social o cobertura privada; pero estos no se encuentran articulados entre sí, ni con el sistema público. En cambio, el sistema público de salud en Río Negro está conformado por una red de servicios de distinto nivel de complejidad (del I al VI) distribuidos en todo el territorio provincial, con 35 hospitales y 214 centros de salud⁹. Según datos del censo 2010¹⁰, el sector que solo tenía cobertura del sistema público representaba valores similares a nivel nacional y provincial (38% y 36% respectivamente)¹¹. La población con obras sociales representó, en el año 2010, un 46% a nivel nacional y un 51% para Río Negro; y un restante 16% y 13%, respectivamente, la población que pagaba por una cobertura privada.

De acuerdo con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹² y las cuestiones sustantivas vinculadas a su aplicación que se desprenden de la Observación General N°14¹³, el derecho a la salud involucra un conjunto de elementos esenciales e interrelacionados. En primer lugar, esta concepción del derecho a la salud contempla: a) Disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas; b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna.

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos¹⁴. ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, mujeres, niñas, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades. iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y ser-

⁷ BELLO, M.; BECERRIL-MONTEKIO, V. M. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, n. 53, p. 96-109, 2011. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s96-s109/es/>. Acceso en: 29 nov. 2022.

⁸ LUZURIAGA, M. J. *et al.* Desigualdades históricas y actuales del sistema de salud argentino: Límites y desafíos para la construcción de un sistema integrado de salud. *Debate Público*, v. 11, n. 21, 2021. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/8416> Acceso en: 29 nov. 2022.

⁹ PÉREZ, S.; PERNER, S. Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, n. 22, p. 359-371, 2017. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/icsa/a/6xYNdPjZ57Vtn7FNKVRJMzD/abstract/?lang=es>. Acceso en: 29 nov. 2022.

¹⁰ A la fecha, mayo de 2023, no han sido aún los datos del censo 2022 sobre cobertura de salud

¹¹ REDATAM. *Censo de población bogares y viviendas 2010*. 2015. Disponible en: <https://redatam.indec.gov.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?BASE=CPV2010>. Acceso en: 29 nov. 2022.

¹² UNITED NATIONS. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. 1966. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>. Acceso en: 29 nov. 2022.

¹³ NACIONES UNIDAS. *Observación General N° 14 aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>. Acceso en: 29 nov. 2022.

¹⁴ Por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

vicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. Iv) Acceso a la información: involucra el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas (8) acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. C) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. D) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Tal como adelantáramos en la introducción, nuestro análisis retoma la noción de vulnerabilidad¹⁵, haciendo hincapié en el cruce entre la vulnerabilidad social y la vulnerabilidad programática. Al hablar de la dimensión social, nos referimos a diversas situaciones tales como las relaciones de género, a fenómenos determinados por el género tales como el cuidado de niñas, adultos mayores o personas con discapacidad, a las relaciones intergeneracionales, a características del hábitat, a las distancias a servicios básicos a la disponibilidad o no de transporte público y a la calidad del servicio que hace a las condiciones de acceso, tanto a la salud como a la educación y la situación laboral, entre otras. En función de poder dar cuenta de algunas dimensiones respecto a la desigual distribución de las tareas de cuidado, a partir de los datos de la encuesta surge que las mujeres refirieron que dedican, en promedio, 6 horas por día a tareas del hogar, y los hombres 4,5 horas; en ambos casos con un rango entre 0 y 24 horas. Por otro lado, se observó que, a mayor nivel educativo, menor tiempo dedicado a dichas tareas (9,5 horas para aquellas personas con primaria incompleta o menos; 5,2 horas aquellas con primaria completa o secundaria incompleta y 4,6 horas entre aquellas con secundaria completa o más.

Respecto al uso del transporte público, un 34,9% refirió que en la última semana lo empleó, considerando (en una escala entre 0, como muy barato, y 10, como muy caro) un promedio de 8,4 puntos.

Por su parte, la vulnerabilidad programática de cuenta de los modos en que las políticas e instituciones vinculadas especialmente a salud, educación, seguridad social y justicia actúan reproduciendo o aumentando las condiciones de vulnerabilidad de las personas en distintos contextos. Esta noción permite poner la atención no en prácticas estatales que llegan tarde con intervenciones más o menos pertinentes ante padecimientos de distintos tipos, sino sobre aquellas que no sólo los anteceden, sino que producen condiciones que vuelven a individuos y grupos especialmente vulnerables.

4 Resultados

Un total de 384 personas residentes en las distintas localidades rionegrinas fueron encuestadas. En total, más de la mitad de la población estudiada (56,3%) refirió tener el secundario completo o más; en contraposición, un 8,9% (34) con primaria incompleta o menos. En total, un 6,3% (24) estaban desocupadas y

¹⁵ AYRES, Jose Ricardo de Carvalho Mesquita; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; BUCHALLA, Cássia Maria. *Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud: prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Buenos Aires: TeseoPress, 2018. Disponible en: <https://www.teseopress.com/vulnerabilidadesyddhh>. Acceso en: 29 nov. 2022.

buscando trabajo, siendo mayor esa situación entre hombres que entre mujeres (6,6% vs 5,9%). La mayoría de las personas que se encontraban trabajando eran empleadxs del sector privado (39,3%), seguido por lxs cuentapropistas (36,9%).

De la totalidad de las personas encuestadas, el 66,8% (255) manifestó tener un servicio de salud a menos de 10 cuadras de su casa, dando cuenta de una de las dimensiones de la accesibilidad. Este valor fue menor entre las personas de Bariloche (59,8%), ciudad cuyo ejido urbano es el más extenso de la provincia, seguido por Viedma (68,9%) y mayor al 80,0% en el resto de las localidades.

4.1 Evaluación del acceso a la salud

Al mismo tiempo, al ser consultadxs respecto a cómo evalúan el acceso a la salud, se obtuvo una media de 6,5 en un rango ubicado entre 0 y 10, siendo levemente superior la evaluación respecto de la calidad de los servicios de salud pública que alcanzó una media de 7,1. Por su parte, las percepciones respecto a las respuestas del Estado provincial a las necesidades de salud de la población se ubicaron en una media del 6,3 (Tabla 1). Si bien no se trata de diferencias significativas, se advierte una evaluación mejor de la calidad del servicio, vinculado posiblemente a la experiencia de haber sido atendidxs, respecto a la evaluación de las respuestas del Estado en materia de salud.

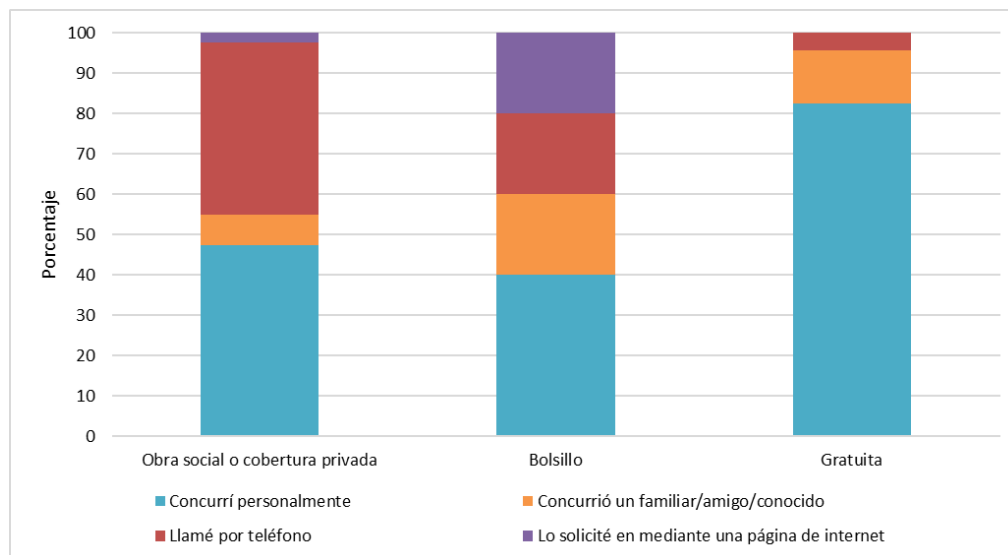
Tabla 1 - Personas que refirieron que “sí” y que “no” tuvieron un problema de salud en el último año (n=384). Río Negro, 2019.

	Si (n=176)	No (n=208)	Total (n=384)
Localidad de residencia [% (n)]			
Bariloche	47,7 (116)	52,3 (127)	243
El Bolsón	45,0 (9)	55,0 (11)	20
Jacobacci	54,8 (17)	45,2 (14)	31
San Antonio Oeste	23,1 (6)	76,9 (20)	26
Viedma	43,7 (28)	56,2 (36)	64
Sexo [% (n)]			
Mujer	48,6 (91)	51,3 (96)	187
Hombre	43,1 (85)	56,8 (112)	197
Edad			
Media (DE)	42,6 (17,9)	40,3 (17,0)	41,4 (17,5)
Satisfacción respecto al acceso a la salud pública (escala de satisfacción de 0 a 10)			
Media	6,9	6,2	6,5
Mediana (p10-90)	7 (4-10)	7 (3-10)	7 (3-10)
Satisfacción respecto al calidad a la salud pública (escala de satisfacción de 0 a 10).			
Media	7,4	6,9	7,1
Mediana (p10-90)	8 (5-10)	7 (4-10)	7 (4-10)
Evaluación de la respuesta del estado a la atención de la salud (escala de satisfacción de 0 a 10)			
Media	6,1	6,5	6,3
Mediana (p10-90)	6 (3-9)	7 (3-9)	7 (3-9)
Nivel educativo [% (n)]			
Primaria incompleta o menos	32,3 (11)	67,7 (23)	34
Primaria completa o secundaria incompleta	41,8 (56)	58,2 (78)	134
Secundaria completa	58,6 (109)	41,4 (77)	216

4.2 Problema de salud en el último año

A fin de profundizar en la indagación, las personas fueron consultadas respecto a si en el último año habían tenido algún malestar o habían estado enfermas. Del 45,8% (176) que refirieron que sí habían tenido algún malestar o enfermedad, la amplísima mayoría (98,3%) consultó a algún servicio de salud por dicho problema. En menos de la mitad de los casos (43,4% = 75) la consulta fue mediante un turno programado, para el cual en su mayoría (54,7%) concurrieron personalmente, siendo casi un tercio quienes gestionaron el turno por vía telefónica (28,0%). Al estratificar por el pago de la consulta, se observó que la mayoría de las personas que no pagaron directamente de su bolsillo la consulta, por haber sido atendidos en el sistema público, concurrieron personalmente a conseguir el turno; en cambio en aquellas personas con obra social, cobertura privada o pago de bolsillo fue mayor el porcentaje que pudo obtener el turno telefónicamente o por internet (Figura 1).

Figura 1 – Forma de solicitar el turno según quien pagó la consulta (n=68). Río Negro, 2019.

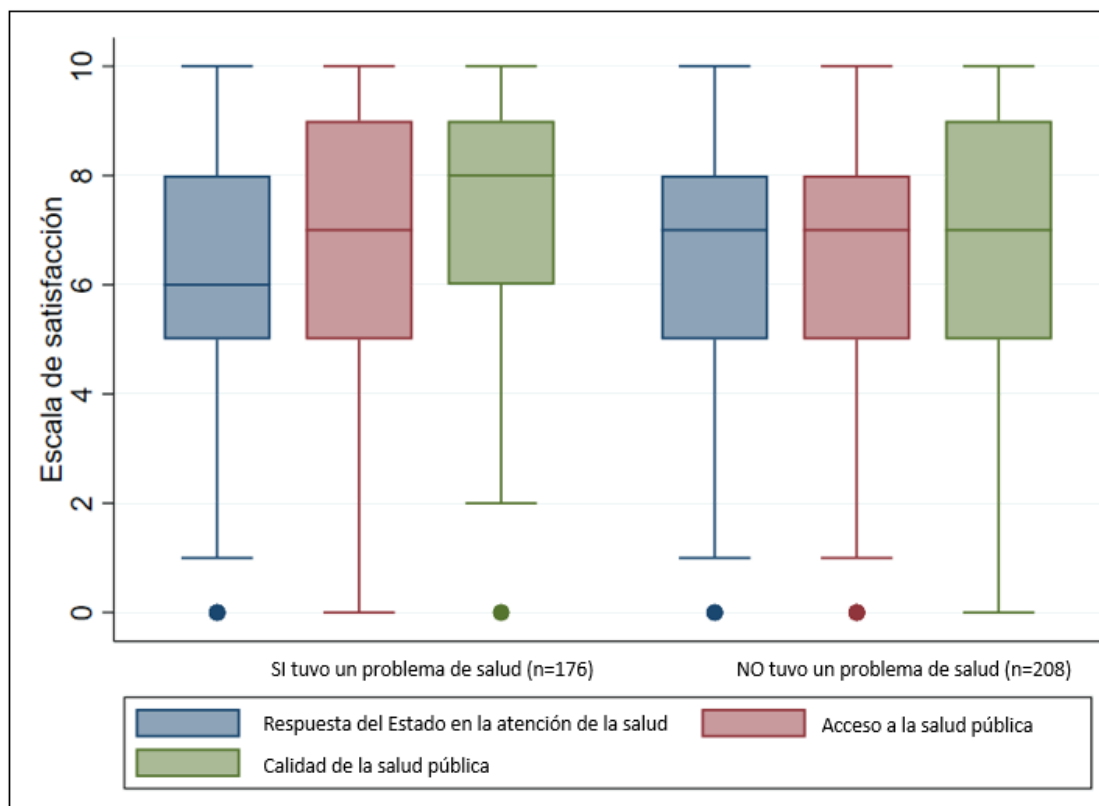


Respecto a la evaluación del proceso de atención para conseguir el turno, donde se empleó la misma escala de 0 a 10, la media fue mayor entre aquellas personas que pagaron indirectamente (mediante obra social o cobertura privada), con una media de 7,5, de aquellas que, atendidas en el sistema público, con una media de 3,8.

Una mayor proporción de mujeres que de varones (48,6% vs 43,1%) refirieron haber tenido un problema de salud. En relación con el nivel educativo, las personas que expresaron haber tenido un problema de salud tuvieron un mejor nivel educativo y, levemente, un mayor promedio de edad que aquellas que no lo refirieron (Tabla 1).

Las personas que refirieron un problema de salud tuvieron una mejor percepción del acceso y la calidad de la salud pública que aquellas que no lo hicieron. En cambio, la respuesta del Estado frente a la atención de la salud fue peor entre las personas que “sí” manifestaron haber tenido un problema de salud (Tabla 1 y Figura 2).

Figura 2 – Nivel de satisfacción según si refirió tener o no un problema de salud (n=384). Río Negro. Año 2019.



Estas valoraciones diferenciadas, se vinculan a las percepciones de lxs trabajadores de la salud obtenidas de los grupos focales. Según el testimonio de unx de ellxs:

No es institucional la accesibilidad, depende de las personas, depende de cómo uno se vincule con ese paciente, e incluso la capacidad que tenga uno de gestionarle cosas dentro de la institución. Entonces es aleatorio. Y puede ser una cosa o de suerte o de 'me caés bien', entonces te voy a gestionar tal cosa. Entonces te gestiono el turno y te lo conseguí, y yo voy y te consigo la medicación. O es un papelito, 'acá está, arréglate'. Entonces depende mucho. La accesibilidad es vincular.

4.3 Tiempo de espera en la atención de la salud

Por otra parte, el tiempo de espera para lograr la atención del problema de salud fue analizado de manera dicotómica distinguiendo entre quienes debieron esperar más o menos de una hora. De las 173 personas que concurrieron para su atención, el 64,2% (111) fue atendida luego de menos de una hora de espera, el 24,0% (41) en más de una hora, y en el restante no figuraba dicha información.

Las personas que fueron atendidas en menos de una hora contaban mayormente con obra social o cobertura privada, un mayor nivel educativo y un mayor promedio de edad. En cambio, aquellas que demoraron más de una hora, fueron atendidas en el sistema público y contaban con menor nivel educativo (Tabla 2).

Las personas que fueron atendidas en menos de una hora tuvieron una mejor percepción de la evaluación de su atención, de la información recibida y de la respuesta del estado a la atención de la salud (Tabla 2).

Tabla 2 – Tiempo de espera para la atención entre las personas que consultaron por un problema de salud en el último año (n=1521). Río Negro, 2019

	Menos de una hora (n=111)	Más de una hora (n = 41)	Total (n=152)
	% (n)	% (n)	n
Sexo [% (n)]			
Mujer	53,2 (59)	53,7 (22)	81
Hombre	46,8 (52)	46,3 (19)	71
Edad (en años)			
Media (DE)	44,0 (18,0)	41,1 (16,8)	43,2 (17,7)
Quién pagó la consulta [% (n)]			
Cobertura privada u obra social	57,6 (64)	21,4 (9)	45,7 (79)
Bolsillo	6,3 (7)	7,1 (3)	6,3 (11)
Gratuita	34,2 (38)	70,7 (29)	41,6 (72)
Sin dato	1,8 (2)	--	6,3 (11)
Evaluación atención (escala de satisfacción de 0 a 10)			
Media	8,7	7,8	8,4
Mediana (p10-p90)	9 (7-10)	9 (5-10)	9 (6-10)
Evaluación de la información recibida (escala de satisfacción de 0 a 10)			
Media	8,6	7,6	8,3
Mediana (p10-p90)	9 (7-10)	8 (4-10)	9 (5-10)
Evaluación de la respuesta del estado a la atención de la salud (escala de satisfacción de 0 a 10)			
Media	6,3	5,4	6,1
Mediana (p10-p90)	7 (3-9)	5 (2-9)	6 (3-9)
Nivel educativo			
Primaria incompleta o menos	4,5 (5)	12,2 (5)	6,3 (11)
Primaria completa o secundaria incompleta	27,9 (31)	31,7 (13)	31,2 (54)
Secundaria completa y más	67,6 (75)	56,1 (23)	(108)

Nota:

¹ Sobre un total de 176 personas que presentaron un problema de salud en el último año, 173 consultaron a un servicio de salud, y 152 respondieron sobre la espera en su atención

A este respecto, desde los grupos focales a lxs equipos de salud comentaban: “Después de las 4 de la tarde, la guardia de colapsa y obviamente, los que están atendiendo, tienen que priorizar los más graves. Entonces hay gente que te espera 5 horas, porque el chico tiene un moco.”

No obstante, otrx trabajadorx de los grupos focales advertía respecto a los perfiles de las personas que se atienden por guardia: “En la guardia, tenemos mucha gente del privado, ¿por qué? porque no los atienden o también tienen horas de espera, muchas más que nosotros”.

4.4 Acceso al tratamiento

Casi una de cada tres personas entrevistadas (28,6%) refirieron tener alguna afección, enfermedad y/o discapacidad. De estos, casi una cuarta parte (23,6% (26)) afirmaron no tener acceso a los tratamientos y/o medicamentos en tiempo y forma. La exposición de motivos fue planteada como una pregunta abierta que fue luego categorizada, siendo el motivo más esgrimido que “a veces no hay” o por “falta de dinero”, es decir, la accesibilidad económica y en segundo lugar, se esgrimieron problemas con los turnos tanto para atención como para estudios, es decir, problemas más de índole administrativo-burocráticos. En este punto, es interesante reparar en la observación realizada por uno de lxs trabajadorxs en los grupos focales en la cual vincula niveles de complejidad y accesibilidad. En sus propias palabras vemos que: “tenés la accesibilidad de profesionales en una atención de baja complejidad, eso se podría decir que está por ahí garantizado. Pasas a insumos y una complejidad más alta y se acabó”.

En la misma línea, otrx trabajador de la salud, participante de un grupo focal, añadía:

Me parece que esas situaciones son esto, que se hace como cada vez más grande la brecha, en cuanto al acceder. Y, hay un montón de prestaciones que, realmente, acá, no llegás o esto, estás 6 meses esperando una derivación, no sé, es re diferencial también esto. Depende de dónde vivas a qué tipo de salud accedés. Si estás en una ciudad grande, donde podés estar, está bien, acampando la noche anterior, para sacar el turno, es cierto, pero tenés los especialistas, tenés la tecnología y accedes y, acá, tenés que pasar por ochenta mil filtros, que ahora están súper intensificados.

Estos “filtros” que ofician de obstáculos a la accesibilidad se solapan con los impedimentos para la accesibilidad física relatados por lxs trabajadorxs de la salud, quienes señalan que en particular: “Los traslados es muy difícil. El tema de la discapacidad también se complica. Poder trasladar a los pacientes al hospital se complica”.

La ausencia de accesibilidad por motivos de discriminación no estuvo presente entre las respuestas, no sólo en la pregunta que aludía directamente a las razones de no sostenimiento de tratamientos requeridos sino también en el módulo dedicado exclusivamente a discriminación.

5 Discusión

En este artículo hemos analizado las desigualdades en el acceso al derecho a la salud, atendiendo a la accesibilidad geográfica, la asequibilidad y la evaluación de la calidad de la atención recibida, entre otros aspectos utilizando como estrategia la referencia a la utilización de los servicios de salud ante la necesidad de consultar por algún malestar o problema de salud, en la prepandemia.

Es importante subrayar que casi la totalidad de las personas que refirieron haber tenido un problema de salud consultaron al sistema de salud. Este valor fue mayor al encontrado en publicaciones o a partir de datos de encuestas nacionales, donde el porcentaje que consultó al sistema de salud por haber tenido un problema de salud fue alrededor del 70%¹⁶. Esto puede dar cuenta de la equivalencia percibida por la población entrevistada entre haber tenido un problema de salud o malestar con la consulta y la posibilidad de su resolución por el sistema de salud.

En nuestro trabajo observamos una diferencia en relación con los tiempos de espera para la atención: aquellas personas atendidas en menos de una hora contaban mayormente con obra social o cobertura

¹⁶ ARGENTINA. Ministerio de Salud. *Encuesta nacional de factores de riesgo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2005.; SALVADOR BALLESTEROS, M.; FREIDIN, B. Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de G. Factores de Riesgo 2009. *Revista Salud Colectiva*, v. 11, n. 4, p. 523-535, 2015. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/793>. DOI: 10.18294/sc.2015.793. Acceso en: 29 nov. 2022.

privada y un mayor nivel educativo, poniendo de manifiesto de qué modo se superponen como capas sedimentarias, tanto el acceso como el no acceso a distintos derechos. Resultados similares fueron observados en una investigación realizada en 2013 a nivel nacional y en hogares urbanos¹⁷. Las demoras en la atención también dan cuenta de la calidad de los servicios e inciden en la satisfacción de lxs usuarixs, además de que la atención en el momento y lugar en que se la necesita hace a las características del acceso¹⁸. Posibles explicaciones a esto son, por un lado, que la población de mayores ingresos y nivel educativo tiende a vivir en zonas con mayores recursos, por lo que es más probable que cuente con mayores opciones de servicios de salud y mayor oferta horaria. A pesar de que en Argentina toda la población cuenta con cobertura de salud (sea esta pública, privada o por medio de obras sociales), los sectores de altos ingresos y/o con cobertura privada o de obras sociales presentan mayores oportunidades y posibilidades de elección, y pueden acceder tanto al sistema privado como al público. Asimismo, es posible que personas con mayores niveles educativos tengan una mayor capacidad para articular sus necesidades y demandas, una mayor disposición a quejarse, y una mayor capacidad para comprender las lógicas institucionales de los establecimientos y/o mayores chances de conocer a alguien en el hospital a partir de sus redes sociales¹⁹.

Casi la mitad de las personas refirieron haber tenido un problema de salud en el último año, de ellos, la mayoría consultó en algún servicio de salud. Pero con una clara diferencia en el acceso al turno según tipo de cobertura: la mayoría de las personas que solo contaban con el sistema público tuvo que concurrir personalmente, en cambio, las con obra social o cobertura privada lo pudieron hacer por vía telefónica o internet. Visibilizando obstáculos diferenciales para poder resolver sus problemas de salud.

La gestión presencial de los turnos, en el casi 55% de quienes realizaron consulta nos habla de la precariedad de dicho sistema y de la vulnerabilidad a la que estaban/estuvieron sometidos tanto quienes acudieron a conseguir turno como de lxs trabajadores que otorgan dichos turnos, da cuenta de modos de gestión y organización institucionales en los cuales el estado produce/produjo vulnerabilidades, se trata de situaciones de vulnerabilidad programática en las cuales los modos institucionalizados de intervenir producen vulnerabilidades, vulnerabilidades que se visibilizaron con crudeza en el período pandémico.

Hemos observado que entre aquellas personas que consultaron en el año previo a la pandemia, una mejor evaluación de las respuestas del Estado en materia de salud que aquellas que no consultaron. Resulta interesante subrayar que más allá de tratarse de diferencias sutiles, las personas realizaron una evaluación mejor cuando el acceso fue efectivo y hubo al menos una situación de atención, respecto de la evaluación realizada frente a cierta idea o representación vinculada a la respuesta del Estado provincial. Así, la evaluación asociada a las capacidades estatales de responder frente a las necesidades de salud, se contrastan con la evaluación de la experiencia personal, encarnada por algún agente de ámbito público o estatal que brindó el servicio.

La situación de vulnerabilidad de lxs enfermos crónicxs, un cuarto de los cuales no acceden a sus tratamientos en tiempo y forma, configuró un cuadro de normalidad pre-pandémico que permitía avizorar las situaciones críticas experimentadas en la provincia, donde se profundizaron las distintas dimensiones de la vulnerabilidad, ante la necesidad de reorganizar los servicios de salud y de relocalizar recursos humanos, a fin de dar respuesta a las necesidades y demandas crecientes que trajo aparejadas la pandemia y evitar el colapso de los sistemas de salud.

¹⁷ SALVADOR BALLESTEROS, Matías. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, v. 15, n. 30, p. 234-250, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.dste>. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17166>. Acceso en: 29 nov. 2022.

¹⁸ SALVADOR BALLESTEROS, Matías. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, v. 15, n. 30, p. 234-250, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.dste>. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17166>. Acceso en: 29 nov. 2022.

¹⁹ LAUDICELLA, M.; SICLIANI, L.; COOKSON, R. Waiting times and socioeconomic status: evidence from England. *Social Science and Medicine*, v. 74, n. 9, p. 1331-1341, 2012. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.12.049. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22425289/>. Acceso en: 29 nov. 2022.

Según pudimos observar, los tiempos de espera para la atención y la percepción de problemas de salud están socialmente estratificados. Las personas de menor nivel educativo no solo dedican mayor tiempo a las tareas domésticas de cuidado, sino que requieren mayor tiempo y mayor espera para poder resolver sus propios problemas de salud, derivando en desigualdades en el acceso a la salud y a la atención diferencial que profundiza las desigualdades sociales existentes.

Referências

ARGENTINA. Ministerio de Salud. *Encuesta nacional de factores de riesgo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2005.

AYRES, Jose Ricardo de Carvalho Mesquita; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; BUCHALLA, Cássia Maria. *Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud*: prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos. Buenos Aires: TeseoPress, 2018. Disponible en: <https://www.teseopress.com/vulnerabilidadesyddhh>. Acceso en: 29 nov. 2022.

BELLO, M.; BECERRIL-MONTEKIO, V. M. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, n. 53, p. 96-109, 2011. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s96-s109/es/>. Acceso en: 29 nov. 2022.

GIOVANELLA, L. *et al. Sistemas de salud en Suramérica*: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

LAL, A. *et al.* Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet*, v. 397, p. 61-67, 2021.

LAUDICELLA, M.; SICILIANI, L.; COOKSON, R. Waiting times and socioeconomic status: evidence from England. *Social Science and Medicine*, v. 74, n. 9, p. 1331-1341, 2012. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.12.049. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22425289/>. Acceso en: 29 nov. 2022.

LUZURIAGA, M. J. *et al.* Desigualdades históricas y actuales del sistema de salud argentino: Límites y desafíos para la construcción de un sistema integrado de salud. *Debate Público*, v. 11, n. 21, 2021. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/8416> Acceso en: 29 nov. 2022.

NACIONES UNIDAS. *Observación General N° 14 aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>. Acceso en: 29 nov. 2022.

PÉREZ, S.; PERNER, S. Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, n. 22, p. 359-371, 2017. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/icse/a/6xYNdPjZ57Vtn7FNKVRJMzD/abstract/?lang=es>. Acceso en: 29 nov. 2022.

PÉREZ, S.; PERNER, S. Percepciones acerca del trabajo en el derecho a la salud en Río Negro. In: ASOCIACIÓN RIONEGRINA DE EQUIPOS DE SALUD. *Diálogos en salud*: saberes y experiencias de trabajadores de atención primaria de la salud. San Carlos de Bariloche: ARES, 2019. p. 63-74. Disponible en: <https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/3632/3/Dialogos%20en%20Salud%20ARES%20ISBN%20.pdf>. Acceso en: 29 nov. 2022.

REDATAM. *Censo de población hogares y viviendas 2010*. 2015. Disponible en: <https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?BASE=CPV2010>. Acceso en: 29 nov. 2022.

SALVADOR BALLESTEROS, M.; FREIDIN, B. Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de G. Factores de Riesgo 2009.

Revista Salud Colectiva, v. 11, n. 4, p. 523-535, 2015. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/793>. DOI: 10.18294/sc.2015.793. Acceso en: 29 nov. 2022.

SALVADOR BALLESTEROS, Matías *et al.* Esperar para ser atendido: barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud. In: PECHENY, Mario; PALUMBO, Mariana (org.). *Esperar y hacer esperar*. Buenos Aires: Teseo-press, 2017. Disponible en: <https://www.teseopress.com/esperaryhaceresperar>. Acceso en: 29 nov. 2022.

SALVADOR BALLESTEROS, Matías. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, v. 15, n. 30, p. 234-250, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.dste>. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17166>. Acceso en: 29 nov. 2022.

SPINELLI, H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Salud Colectiva*, v. 6, n. 3, p. 275-293, 2010. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>. Acceso en: 29 nov. 2022.

UNITED NATIONS. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. 1966. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>. Acceso en: 29 nov. 2022.

VIGNOLO, J. *et al.* Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, v. 33, n. 1, p. 11-14, 2011.

Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico www.rbpp.uniceub.br
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.