

Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina

Soledad Analía Pérez^(a)
Serena Perner^(b)

Pérez SA, Perner S. From words to deeds: the right to health in Rio Negro, Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):359-71.

In this paper we analyze the distance between the actual health plan of Rio Negro province, Argentina, the framework of opportunities and resources provided by the State, and care activities carried out in a Health Center in the city of San Carlos de Bariloche from a rights-based approach. We established a dialogue between the provincial health plan and the perceptions of the center's staff that emerged from in-depth interviews, observations and focus groups, analyzing indicators of structure and process.

Keywords: Right to health. Process assessment. Health care. Health centers - Argentina.

En el presente artículo analizamos la distancia entre el plan de salud vigente en la provincia de Río Negro, Argentina, el marco de oportunidades y recursos que brinda el Estado y las actividades de cuidado que se llevan a cabo en un Centro de Salud ubicado en la ciudad de San Carlos de Bariloche desde un enfoque de derechos. Ponemos en diálogo el plan de salud provincial con las percepciones del personal de dicho centro surgidas de entrevistas en profundidad, observaciones y grupos focales, analizando indicadores de estructura y de proceso.

Palabras clave: Derecho a la salud. Evaluación de proceso. Atención de salud. Centros de salud - Argentina.

^(a) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio, Universidad Nacional de Río Negro. Pioneros 2,350, CP R8402 ALP. San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina. sperez@unrn.edu.ar

^(b) CONICET, Universidad Nacional del Comahue, Centro Regional Universitario Bariloche. San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina. serenaperner@gmail.com

En el presente artículo analizamos la distancia entre el plan de salud vigente en la provincia de Río Negro, el marco de oportunidades y recursos que brinda el Estado y las actividades de cuidado que se llevan a cabo en un centro de salud ubicado en la ciudad de San Carlos de Bariloche (en adelante Bariloche), provincia de Río Negro, Argentina desde un enfoque de derechos.

La estrategia metodológica seguida se desprende del esquema elaborado por la Comisión de Trabajo creada en el marco del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)¹. El trabajo que viene desarrollando dicha comisión ha permitido establecer definiciones de principios, reglas y estándares, así como también un esquema de evaluación y medición de los derechos que dota de mayor claridad no sólo las obligaciones negativas del Estado sino también aquellas acciones que debe realizar en pos de lograr la plena realización de los derechos civiles, políticos y también de los económicos, sociales y culturales. En tal sentido, el análisis se realiza siguiendo la tipología de indicadores de derechos humanos propuesta por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para Derechos Humanos² que retoma el trabajo de Hunt³ y que fuera adoptada a nivel regional por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos⁴. La misma consta de tres categorías de indicadores, a saber: a) los estructurales que manifiestan la “ratificación o aprobación de instrumentos jurídicos y la existencia de los mecanismos institucionales básicos que se consideran necesarios para facilitar la realización de los derechos humanos”, poniendo atención tanto en políticas como en prácticas de las entidades jurídicas y administrativas² b) los indicadores de proceso, que aluden a las medidas de los programas públicos e intervenciones específicas que se necesitan para realizar los derechos humanos y c) los indicadores de resultado que dan cuenta del estado de realización de un determinado derecho humano y d) las llamadas señales de progreso cualitativas, que dan cuenta de la percepciones de los actores respecto del cumplimiento de sus derechos.

En esta línea, en este trabajo, nos centraremos en el análisis de indicadores estructurales y de proceso, al tiempo que complementaremos dicho análisis con las percepciones del personal de un centro de salud ubicado en Bariloche, Argentina. Dada la complejidad implicada en el abordaje de las señales de progreso cualitativas, y la necesidad de analizar las percepciones de los actores a la luz del nivel de conocimiento de los derechos, que los hace exigibles, decidimos dejar este análisis para una etapa ulterior de nuestro estudio.

En función de lo anterior, nuestro trabajo se centra en el estudio del marco normativo⁵⁻⁶ y en el análisis de los recursos humanos y de infraestructura a disposición de la ciudadanía para acceder a la salud. Para ello, pusimos en diálogo el plan de salud provincial con las percepciones del personal de un centro de salud del primer nivel de atención, que permite poner en tensión el universalismo formal del derecho a la salud frente a las particularidades del territorio, que recogimos a partir de entrevistas en profundidad, observaciones y un grupo focal.

La estructura del artículo se describe a continuación: partimos de una breve descripción del sistema de salud argentino, abordando luego las especificidades del sistema sanitario rionegrino en lo atinente al modo en que se distribuyen recursos humanos y materiales en las diferentes zonas de la provincia^(c). Posteriormente, analizamos el plan de salud provincial y contrastamos el marco formal que éste brinda con las percepciones del personal de un centro de salud de Bariloche, la localidad con más población de la provincia, donde reside el 22% de los habitantes de la misma (127.485 habitantes).

^(c) La provincia tiene 638.645 habitantes según los datos del último Censo, el 12,9 % es rural y el restante 87,1 % de la población es urbana. Un dato significativo que da cuenta de la diversidad que caracteriza a esta provincia, está dado por la presencia de 9,3% (aproximadamente 60.000 habitantes) de población indígena, en contraste con el porcentaje a nivel nacional que es de 3% (1.200.000 aproximadamente).

Presentación del sistema de salud

El sistema de salud argentino está basado en una estructura política federal descentralizada en la provisión y administración de los servicios de salud. El financiamiento de servicios se encuentra compartido entre los subsectores público, la seguridad social (mediante las obras sociales) y la medicina prepaga. El subsector público financia y provee servicios de salud a partir de los Ministerios de Salud de las provincias y de la Nación. Aunque formalmente esta cobertura es universal, la población que utiliza los servicios públicos de salud es la que no cuenta con otra cobertura. En base a datos del censo 2010⁷, este conjunto representaba valores similares a nivel nacional y como provincial (38 y 36% respectivamente). La población argentina con obra social representó en el año 2010 un 46%, en Río Negro un 51%; siendo el restante 16 y 13% de población que posee prepaga. En la práctica el sistema de salud se encuentra sumamente fragmentado, sin integración entre los distintos subsectores, y al interior de cada uno. El sector público se encuentra dividido según jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación. El sistema privado y de la seguridad social representan una visión mercantilista de la salud, con intereses empresariales más que con una lógica de derecho a la salud.

La provincia de Río Negro, al igual que en el resto de las jurisdicciones argentinas, posee los tres subsistemas de salud: público, obras sociales y prepagas. En distintas localidades rionegrinas existen efectores de salud privados (clínicas, sanatorios, consultorios privados, laboratorios de análisis clínicos) que prestan atención a la población con obra social o prepaga; 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 salud^(d).

En Bariloche, el sistema público de salud está conformado por el Hospital Zonal Bariloche "Dr. Ramón Carrillo" y 15 centros de salud bajo su dependencia, 13 ubicados en los distintos barrios de la ciudad^(e) y dos en localidades aledañas. Además existen tres establecimientos privados que prestan atención a la población con obra social ó prepaga: proveen internación, atención ambulatoria y acceso a diferentes estudios complementarios. Además existen múltiples consultorios privados concentrados geográficamente en el centro de la localidad.

El presente trabajo se realizó en uno de los centros de salud públicos de esta ciudad que presenta algunas particularidades: por una parte, cuenta con un equipo de salud que desarrolla interdisciplinariamente las tareas asistenciales, territoriales y administrativas, y por otra, aborda distintas problemáticas mediante trabajo en grupos: un taller de adolescentes, de reciclado (para mujeres), de personas que viven con diabetes y de adultos mayores.

Para este trabajo hemos empleado distintas estrategias de investigación a lo largo de los años 2014-2016. En primer lugar, realizamos observaciones del trabajo en grupos que se realiza en el centro de salud (principalmente el de personas que viven con diabetes) para definir a quienes realizar las entrevistas y construir los ejes temáticos a proponer para el grupo focal. A partir de esto, en el año 2014 fueron realizadas dos entrevistas individuales: una a un médico general y otra a una enfermera, y, a comienzos del año 2016, un grupo focal con distintos miembros del equipo de salud de distintas disciplinas: agente sanitario, enfermería, medicina general y trabajo social.

^(d) En pequeñas localidades de la provincia no existen efectores privados y la población únicamente cuenta con el sistema público de salud.

^(e) Los centros de salud se encuentran ubicados estratégicamente en zonas de la ciudad con menores recursos económicos.

Las entrevistas y el grupo focal fueron realizados exclusivamente en trabajadores de la salud ya que son ellos quienes hacen el trabajo en terreno y, es a partir de las diversas miradas de un equipo interdisciplinario que se logra la construcción de saberes que busquen trascender los contenidos formales de cada disciplina respecto a las condiciones en que se desarrolla su trabajo cotidiano.

Encuadre normativo

Hasta la reforma de 1994, la Constitución federal argentina carecía de una referencia clara vinculada al reconocimiento del derecho a la salud como derecho subjetivo de jerarquía constitucional. Dicho status se logró de manera indirecta, en virtud de la adhesión a una serie de declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos en el artículo 75 inciso 22. Varios de estos instrumentos incorporan expresamente el derecho a la salud y mencionan su alcance, obligaciones para el Estado, objetivos o metas de política pública en la materia y referencias puntuales respecto a grupos que requieren especial protección⁸.

Sin embargo, en la provincia de Río Negro, a partir de la ley N° 2.570 sancionada en 1992, en el Art. 1 ya se señalaba que el Ministerio de Salud, a través del Consejo Provincial de Salud Pública “cumplirá la función indelegable de garantizar el Derecho a la salud consagrado en el artículo 59 de la Constitución provincial”⁵.

En un intento por retomar un camino que cuenta con hitos interesantes^(f), en 2014 se presentó el plan provincial de salud de Río Negro propuesto para los años 2014-2015⁶. El mismo establece los lineamientos propuestos desde el Ministerio de Salud para sistematizar líneas de trabajo existentes, delinear algunas nuevas y retomar otras de larga y valiosa trayectoria en la provincia y el país.

En el mismo, se parte de una concepción de salud como derecho humano esencial, y el Estado como garante del mismo. Sin embargo, existe una enorme distancia entre el marco legal/discursivo y formal provisto y las oportunidades con que cuenta el personal de salud y la ciudadanía para ejercer el derecho a la salud.

En función de ello, nuestro trabajo apuntó a escuchar la voz de integrantes del equipo de salud (médico/as generalistas, enfermero/as, agentes sanitarios y trabajador/as sociales) de un centro de salud del primer nivel de atención de la ciudad más poblada de la provincia, para contrastar las percepciones que surgen del trabajo diario con el marco institucional y legal en que se desarrolla el mismo. Nuestra decisión, se funda en la creencia de que los servicios de salud tienen la peculiaridad de ser espacios en los que los actores tienen distintas intencionalidades en sus acciones y en cada una de ellas, se disputan sentidos respecto al significado general de su trabajo. En sus acciones confluyen universos de sentido de diverso origen y que responden a lógicas también diferentes: la de las normas y roles institucionales y el de las prácticas privadas de cada trabajador⁹. En este contexto, los trabajadores de la salud no sólo constituyen una pieza clave para el cumplimiento del derecho a la salud, sino también que sus voces permiten una vía de acceso legítima para acceder a información respecto de distintas formas en que se satisface o vulnera este derecho en un territorio determinado.

Entre el Estado como garante y los derechos vulnerados

Según el artículo 59 de la constitución provincial⁵, la salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana, teniendo los habitantes de la provincia derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual que permita el cuidado de su salud y asistencia en caso de enfermedad.

^(f) Río Negro fue precursora en la sanción de distintas leyes vinculadas a la ampliación de derechos: Ley N° 3.450 de anticoncepción quirúrgica voluntaria (Año 2000) y la Ley 2.440 con la cual se inició el proceso de demanicomercialización (Año 1991)

Retomando este antecedente, en el Plan de Salud el Estado⁶ es señalado como garante de este Derecho y como rector de un sistema complejo que debe ser articulado en favor de los “intereses populares”.

Frente a esta definición resulta interesante atender al testimonio de uno de los miembros del equipo del centro de salud (CS), que constituye nuestro estudio de caso, que establece una distinción entre el Estado como garante del derecho a la salud, el hecho de que efectivamente el derecho se garantice, y la forma en que se garantiza a partir del trabajo de quienes desempeñan distintas funciones/responsabilidades en el CS; en este sentido destaca que el Estado tiene un rol indelegable en cuanto garante de derechos. Según manifiesta:

Si la dimensión de la garantía... (tiene que ver con) la financiación de algunas cuestiones capaz que ahí está en duda" [...] "garantizar las condiciones dignas de laburo, las condiciones dignas de lo edilicio, para cuestiones más finitas, ...ahí sí el Estado como que no estaría cumpliendo pero no sé si estaría dejando de ser garante. Del momento en que estamos todos más o menos en sus puestos de trabajo, con más o menos cosas, estamos garantizando que ese derecho se esté cumpliendo. (S)

El testimonio de este trabajador da cuenta no sólo de cómo se articulan la lógica de las normas y la lógica personal en el trabajo en salud, sino también de la manera en que las distintas tecnologías implicadas en el trabajo cotidiano en los servicios de salud se vinculan con las posibilidades de garantizar este derecho. Tal como sostiene Emerson Merhy et al.⁹, en el día a día, los trabajadores de la salud, se sirven de distintas tecnologías, las “duras” (equipamiento, medicamentos, etc.) asociados al criterio de calidad desde el enfoque de derechos, las “tecnologías blandas- duras”, que aluden a los conocimientos estructurados y las “tecnologías blandas” que dan cuenta de tecnologías relacionales, asociadas al principio de aceptabilidad, que permiten a los trabajadores comprender, escuchar, establecer vínculos y generar espacios para el cuidado. En continuidad, otro de los trabajadores del CS señala: “En algunos aspectos concuerdo con lo que dice (S), pero creo que en algunos aspectos, por ejemplo: medicamentos, la verdad es que ahí vemos que hay personas que no han podido completar los tratamientos, no accedieron por lo que sea, porque faltó y no lo pudo conseguir”.

Entre las poblaciones identificadas por los trabajadores del CS como con este derecho especialmente vulnerado, se encuentran los hipoacúsicos, para quienes no está garantizada la accesibilidad a los audífonos. También destacaron los problemas vinculados a la infraestructura de los establecimientos de salud: consultorios, déficit de quirófanos, o cuestiones prácticas que hacen a la atención como no tener un estacionamiento y bajada de ambulancia en condiciones en el hospital. Puntualmente destacaron que: “la guardia es chica para esta ciudad; tres boxes, para una ciudad de 150.000 habitantes [...] no hay un servicio de emergencias. No existe un 107 como tal que llamas y sale el médico [...] Los médicos que salen son los de la guardia, y eso deja un agujero en la guardia” (R).

Estos elementos dan cuenta de distintas dimensiones de incumplimiento del derecho a la salud vinculados a los criterios de disponibilidad, accesibilidad física y económica (asequibilidad) y calidad del servicio de salud⁽⁸⁾ que se brinda en la provincia de Río Negro.

Del testimonio de algunos de los entrevistados se desprende una cierta incomodidad entre manifestar que el derecho a la salud no se satisface plenamente y su rol en esta trama. En este sentido, enfatizan el esfuerzo y el

⁽⁸⁾ El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevaletentes en un determinado Estado Parte: disponibilidad, accesibilidad (con cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica -asequibilidad-, acceso a la información), aceptabilidad y calidad.

compromiso con el cual trabajan cotidianamente: “Hay un montón de cosas que tenemos que hacer a pulmón, es verdad. Pero bien, también uno hace, hacemos con las chicas” (T).

Entre estas actividades se señala que: “[...] si bien no está implementada enfermería comunitaria, lo hacemos. [...] Y hay cosas que sí que podemos lograr...” (T).

Este comentario reenvía a la paradoja de la cual habla Izquierdo¹⁰ respecto de situaciones de sometimiento que a la vez producen cierta afirmación de omnipotencia femenina. Desde la perspectiva de esta autora, este tipo de afirmaciones ponen de manifiesto situaciones de desigualdad social e impotencia, en las que ese voluntarismo extremo permite la reafirmación de sí mismas.

Respecto a la accesibilidad a la atención, también manifiestan: “Nadie se va porque no se lo atendió, porque los médicos no lo atendieron, no. Siempre, eso está. Esté quien esté, hace falta un médico o está postguardia. Siempre está cubierto. Y está en la comunidad esto”.

De estas citas se desprende el hecho de que la accesibilidad, la posibilidad de ser atendido depende de la voluntad del equipo de salud, de atender a todas las personas que concurren, más allá de los horarios de atención; el “siempre está cubierto” tiene más que ver con las voluntades de las personas, con su capacidad de actuar e intervenir sobre el contexto de oportunidades deficitario que brinda el Estado, que con la existencia de suficientes recursos humanos para garantizar la atención.

Inequidad y distribución de recursos

El plan menciona que debe garantizarse la cobertura universal a toda la población y un acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad, centrando su interés en las personas, tanto usuarios como trabajadores y al mismo tiempo enfatiza la necesidad de generar estrategias compensatorias para atender las diferencias entre grupos poblacionales y regiones para hacer efectiva la equidad.

En Bariloche existe un hospital público provincial de complejidad VI (Hospital Zonal Bariloche) que posee 157 camas, 16 centros de salud y recursos humanos que ascienden a un total de 678 trabajadores⁶. Esta situación en términos de infraestructura y recursos humanos contrasta fuertemente con la de otras localidades de la provincia como Viedma, capital provincial, en la cual, con la mitad de la población (60.789 habitantes), existen noventa camas, 716 trabajadores y 11 centros de salud⁶.

Si tenemos en cuenta que en ambas localidades sería similar la proporción de la población sin cobertura de salud, en Bariloche hay 1,2 camas cada mil habitantes y en Viedma 1,5 camas cada mil habitantes. Pero esta relación se invierte si analizamos los datos de los recursos humanos: con la mitad de la población, Viedma posee un 6% más de recursos humanos que Bariloche. Lo mismo sucede con otra localidad: en Choele Choel (12.896 habitantes) vive un 10% de la población que posee Bariloche, pero cuenta con menos de un tercio de trabajadores (profesionales y no profesionales)⁶.

Esta situación tan asimétrica entre las distintas zonas de la provincia pone en cuestión el discurso esgrimido en el plan provincial de salud en el cual se destaca que la equidad “es un factor fundamental para universalizar el derecho a la salud y solo es posible cuando el Estado cuenta con facultades o mecanismos para orientar las actividades del sistema de salud, utilizándolos para compensar desigualdades regionales y sociales”⁶ (p. 7). Esto resulta más llamativo aún si se compara esta asignación de recursos con la distribución de necesidades básicas insatisfechas^(h) de la provincia: tampoco pareciera posible que la magnitud de

^(h) Las necesidades básicas insatisfechas constituyen una de las estrategias de medición de la pobreza estructural a partir de indicadores vinculados a condiciones habitacionales esenciales, a la escolarización en el nivel primario de educación formal y a la inserción en el mercado laboral de los integrantes del hogar, conceptos estos que están muy vinculados a la calidad de vida¹¹.

los recursos destinados a Viedma se correspondiera con una política en alguna medida compensatoria, dado que el departamento de Adolfo Alsina (donde está ubicada la localidad de Viedma), es uno de los departamentos con menor nivel de necesidades básicas insatisfechas de la provincia¹¹.

De lo dicho previamente se desprende la existencia de marcadas diferencias en la distribución de recursos (humanos y de infraestructura) a nivel provincial, donde la localidad con mayor población en términos absolutos tiene una proporción significativamente menor de estos recursos.

Respecto a los recursos humanos en el CS manifestaron que: “[...] faltaría un médico más, como médico estable. Pero falta. Lo mismo en enfermería. Ahora el agente sanitario es un poquito más completo. O cuando no está él (haciendo referencia al trabajador social, nota de las autoras) no hay quien lo reemplace” (T).

Trabajo en redes e interdisciplinariedad

A su vez, el plan dice partir de una concepción integral de la salud, que tiende a generar un abordaje interdisciplinario e intersectorial, enfatizando la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Respecto al fortalecimiento del primer nivel de atención y a la existencia de políticas o financiamiento que vayan más allá de una proclama discursiva, en el CS manifiestan que no han recibido ningún tipo de aporte por parte de la provincia. El financiamiento que llega principalmente al primer nivel de atención está vinculado a programas nacionales¹² como Nacer o Sumar¹³.

Entre los trabajadores entrevistados, si bien se destaca la importancia de estos programas como principal estímulo financiero, las evaluaciones de los mismos no son uniformes al interior del equipo de salud. Así, existen voces críticas respecto del mismo como la que se cita a continuación:

[...] el Plan Sumar paga cuando los médicos hacen ciertas prácticas, los médicos o los agentes de salud, que en realidad deberíamos hacerlo sin ningún estímulo... ahora porque hay que registrarlas. Entonces hagamos talleres porque el taller se paga, y porque cada uno que se anota en un taller se cobre. Y la verdad es que algunos CS trabajan de la misma manera, solo que registrando y quizás en otros se activaron cosas, que está buenísimo, pero que deberían haberse activado sin ningún tipo de estímulo extra. Y no estoy de acuerdo con que paguen por cosas que nos pagan ya un sueldo para hacer. Está bien, la plata va al equipo para hacer cosas para acá. La verdad es que a mí no me cierra. Preferiría que con esa plata se haga otra cosa. (R)

Esto muestra una realidad compleja en políticas sanitarias, marcada por la distancia entre la letra escrita y la realidad presupuestaria provincial. El principal financiamiento que llega al primer nivel de atención proviene del Ministerio de Salud de la Nación, y el Ministerio sanitario provincial brinda el sostenimiento del recurso humano. Del ministerio nacional provienen recursos económicos por medio del Plan Nacer y Sumar. La principal provisión de medicamentos se realiza mediante el Plan Remediar, que provee de vacunas, entre otros. El hecho de no contar con recursos económicos propios dificulta el sostenimiento y la planificación de políticas sanitarias locales. En este sentido, se sostiene la lógica de programas universales sin mucha posibilidad de adaptación local.

En cuanto al abordaje interdisciplinario, también las percepciones de los trabajadores del centro de salud contradicen la letra escrita del plan. En este

¹¹ Esto ha sido así hasta la fecha de redacción del artículo, pero se encuentra en proceso de cambio con el actual gobierno nacional a partir de la creación de la Cobertura Universal de Salud (decreto 908/2016)¹²

¹³ Nacer y Sumar son planes financiados por el banco mundial, donde “el banco presta al Estado fondos que a su vez la Nación otorga a las provincias y estas a los centros públicos de salud. Pero en todos estos pasos está condicionada al cumplimiento de metas (...) en tanto cumplan las metas, los centros de salud cuentan con amplia autonomía para administrar los fondos”¹³. El Plan nacer surgió en el año 2003 como un seguro de salud para los niños sin cobertura de salud hasta los 6 años. Luego, en el año 2012 esto se amplió mediante el Plan Sumar incorporando a adolescentes, embarazadas, y adultos hasta los 64 años.

sentido, destacan que el reconocimiento del trabajo interdisciplinario se limita a la enumeración de las distintas disciplinas que trabajan en el CS, pero que en ningún momento se alienta o favorece la implementación de prácticas que tengan que ver con fortalecer este tipo de trabajo.

“Animarnos”: acerca de la interacción entre niveles de atención

En otro orden de cosas, desde el Plan provincial de Salud, se considera al sistema de salud como la respuesta social organizada a los problemas de salud, de modo que el sistema excede los límites del sub-sector público. Frente a diversas modalidades de gestión que desde el gobierno provincial describen como “compactación autoritaria de diversidades” o “anarquía fragmentada”, el plan propone el trabajo en redes en tanto entramado de conexiones, bajo el supuesto de que la adopción de esta metáfora permitiría respetar la heterogeneidad e integrar las diferencias. Esta línea de trabajo orientada al fortalecimiento de las “tecnologías blandas” mencionadas previamente, se presenta como democratizadora del sistema. Sin embargo, la interpretación que realizan desde el centro de salud es diametralmente opuesta: “[...] en la práctica se han formado redes que tienen que ver con el trabajo intersectorial, esto se organiza desde lo local” (T).

Tal como señala una de los trabajadores del CS: “[...] en ningún momento de arriba, salvo por algunos programas, no nos orientan para nada respecto a eso. Solo es desde lo local” (T).

En este punto es interesante destacar la tensión entre el plan que se autodefine como democratizador y el reclamo por parte de los trabajadores del CS, de lineamientos “desde arriba”, es decir, verticales para la organización de redes.

Una experiencia interesante que se dio en Bariloche, en todos los centros de salud, fue la articulación entre niveles de atención, entre el primer y segundo nivel, pero de manera inversa a lo que habitualmente sucede: profesionales del segundo nivel que van al primero, es decir del hospital al centro de salud. Un médico clínico perteneciente al servicio de clínica médica del hospital concurre a todos los centros de salud, para atender problemas más complejos que requerirían la concurrencia de los pacientes al hospital y así lo evita. Esta modalidad luego se amplió y en la actualidad, tanto pediatras como personal del servicio de cuidados paliativos del hospital concurren a los centros de salud.

Con respecto a esta iniciativa, refieren que: “[...] el caso de SV fue una iniciativa de él. Y él articuló con DAPA (departamento de actividades programadas para el área)^(k) y con clínica médica”.

Pero aclaran que: “[...] lo de SV es una movida institucional. Nosotros lo tenemos como uno más de nosotros, pero es institucional: clínica médica acepta que uno de sus médicos no atienda en el hospital, que atienda en los centros de salud”. (T) (lo cual significa una ruptura con lógicas enraizadas en el sistema sanitario)

Esta experiencia resultó institucionalizada en tanto “aceptada” por las autoridades inmediatas de los profesionales intervinientes, pero fue una iniciativa generada desde un trabajador de la salud en pos de facilitar la accesibilidad. Esta situación fue interpretada por uno de los miembros del equipo de salud del siguiente modo: “[...] debería ser una propuesta de más arriba, sentar a los actores de primer y segundo nivel y facilitar acuerdos de trabajo” (T).

Las recientes citas dejan de manifiesto de qué modos se construyen lazos sociales, y cómo las reglas y los recursos que forman las estructuras configuran

^(k) El DAPA es el departamento que existe en los hospitales provinciales rionegrinos que coordina y articula las actividades de los centros de salud bajo su dependencia.

vínculos a partir de los cuales los agentes sociales tienen posibilidad de crear, mantener, o transformar las relaciones a lo largo de tiempo y espacio. De ahí que el conocimiento de las rutinas efectivas de cada nivel de atención y los recursos disponibles en el segundo nivel, se haya convertido en un elemento esencial para un agente competente, capaz de abrir un espacio de trabajo y generar una nueva rutina, impensada en el marco de los modos en que se venía trabajando entre un nivel y otro. En este sentido, no se trata solo de un acto constituido por un actor, sino que ese mismo acto puede interpretarse como una forma constituyente de interacción.

Es de destacar el rol que tiene a nivel local el DAPA, quien articula y gestiona a nivel hospitalario las actividades de los centros de salud. Nuevamente es desde el nivel local desde donde se han realizado propuestas progresivas en relación a modificaciones en la gestión de estos espacios.

En un sistema de salud pensado en niveles de complejidad crecientes como el planteado en el plan provincial de Río Negro, el primer nivel requiere de su articulación con los niveles superiores de complejidad. Pero muchas veces la cercanía a la población que accede al establecimiento del primer nivel genera vínculos donde prima el cuidado y protección del otro. Como se refleja en lo que plantean desde el equipos de salud:

[...] una sensación como que también como de celo y de cuidado del paciente. Si la derivó... pobre (haciendo referencia a una potencial paciente), ¿quién lo va a atender? o tiene turno para dentro de mil años, o justo es esta persona, o no sé qué le va a decir, o capaz que no la trata como si lo tratamos acá. Que tratamos de facilitarle, de cuidarlo, de acompañarlo. Entonces también es eso, animarnos a hacer la consulta, el seguimiento, el tratamiento, pero también empañado de todo este tema. Que quizás si la relación fuera diferente con el segundo nivel por equis razón, o habría más contrarreferencia, o más facilidad, tal vez lo llamás y ves. (E)

Como que somos el atajo informal para el segundo nivel. Él conoce un grupo de médicos, yo conozco otro, entonces cuando necesitamos alguno, "che, ¿vos conoces? [...]" en vez de derivarlo, vamos nosotros y hablamos con el especialista. Che, tengo esto, esto y esto. Bueno, mándamelo, [...]

En este "ir al atajo", en esta búsqueda de facilitar la accesibilidad, la atención, el cuidado y el seguimiento, desplegando "tecnologías blandas" es posible advertir de qué modo, en muchas ocasiones se hace efectivo el derecho a la salud.

Dispositivos grupales y diabetes

Como fue expuesto, entre las prácticas rutinizadas de este centro de salud se destaca el trabajo con grupos: de diabetes, adultos mayores, jóvenes y de reciclado. Si bien otros centros de salud también tienen grupos, una característica saliente del que constituye nuestro estudio de caso, es la continuidad de los grupos en el tiempo.

El grupo genera una pertenencia en los pacientes diabéticos especialmente, que los hacen sentirse como un poco más en confianza entonces el seguimiento se hace más fácil también. Cuando hay uno que no vemos hace mucho, algo le pasó. Si sabemos que a alguien le está pasando algo, salimos. Pero me parece que el grupo genera una pertenencia que los hace sentirse de entre casa acá. Capaz que eso hace que el seguimiento tenga otra calidad. Pero en términos generales el seguimiento es muy similar. Pero genera casi una amistad sería, se genera un vínculo, que tiene otra calidad. (S)

De la cita se desprende la valoración del vínculo, del cuidado, de la confianza como prerrequisito para alcanzar otra calidad de atención y cuidado que dan cuenta de la "compleja trama intersubjetiva" que configura las dinámicas de cuidado, en tanto procesos que mutan, experimentando rupturas y continuidades.

Según relatan desde el equipo de salud, el abordaje de las personas con problemas crónicos de salud partió de una reflexión acerca de quiénes eran esas personas, para poder facilitarles el acceso. Para ello, consideraron necesario realizar cambios institucionales que impulsaron luego otras transformaciones. Entre estos cambios se destaca la agilización de la forma de obtener turnos, algo que viabiliza el acceso a la atención. La implementación de esta práctica pone de manifiesto el modo en que el derecho a la salud se efectiviza a partir de prácticas de algunos actores que intervienen sobre las estructuras. No se trata medidas implementadas “desde arriba”.

Diseñamos como iban a circular adentro. Si viene alguien con presión alta, ¿qué hace?: va a enfermería, se toma la presión. Después que hace, ¿lo ve el médico?, ¿no lo ve? Hicimos ese circuito, que en el centro de salud, en todos lados, es clave que se sepa mover. Cuando uno lo ve que sepa a donde lo manda o no lo manda. (T)

Por otra parte, las historias clínicas fueron organizadas siguiendo un código de colores. Cada historia clínica tiene un color determinado: “[...] entonces vos ya sin saber quién es, sabes si es un diabético, un epiléptico, un discapacitado, un asmático. Definimos más o menos unas nueve situaciones a priorizar. Pero que en ese momento eran enfermedades y factores de riesgo. Esa fue, abrir la puerta” (T).

Haber implementado esto implica que la persona encargada de lo administrativo en el CS, que no tiene conocimiento sobre enfermedades crónicas, si pueda saber que el significado de cada color. De este modo se garantizó el ingreso al circuito, el seguimiento, y una vez en la consulta, se genera la posibilidad de ir ampliando los contenidos de la misma.

Tal como destacó uno de los miembros del equipo de salud: “Son cambios institucionales, organizacionales” (B), cambios que como señala:

[...] van generando otras cosas y te genera problemas también. Porque si tenés máquina⁴⁾, tenés que tener la cinta. Y después se me presentó el problema de “doctor, me dio 40 de glucemia, que hacemos, tiene hipoglucemia”. Antes no se la detectábamos. Ahora lo sabemos y tenemos que resolver eso. Es como una cadena. Es una cosa que uno va aprendiendo. (B)

Este aprendizaje no se limitó a la búsqueda de soluciones prácticas como la señalada en la cita anterior, sino también a la apertura de un proceso de reflexividad respecto a las implicancias del trabajo grupal:

[...] cuando empezaron a aparecer más las conversaciones sobre lo que pasaba y lo que pedían, uno empezaba a ver que las respuestas técnicas eran una parte, pero no eran todo, sino que había respuestas que se las daba un par y que era inigualable. Entonces era un proceso nuestro de generar dinámicas de corrernos.

⁴⁾ La “máquina” hace referencia al glucómetro, instrumento utilizado para medir la glucemia (azúcar en sangre), sumamente importante para el seguimiento de las personas que viven con diabetes. Este proporciona un resultado del valor de glucemia en pocos segundos a partir de una “cinta” descartable.

Conclusiones

Tal como se desprende del análisis realizado, la adopción de una retórica de derechos tanto en la constitución provincial, como en el plan de salud, no se corresponden con las experiencias relatadas por quienes cotidianamente trabajan en terreno.

Así, el análisis del modo en que se articulan los instrumentos jurídicos con que cuenta la ciudadanía (indicadores estructurales) y los indicadores de proceso, que muestran de qué modo se instrumentan medidas para viabilizar el derecho a la salud (asignación presupuestaria para el sostenimiento de recursos humanos e infraestructura, así como también de las políticas que propenden a la provisión de medicamentos y otros insumos indispensables para el desarrollo de la práctica médica a la luz de los relatos del equipo de salud estudiado, ponen de manifiesto deficiencias respecto al cumplimiento de las obligaciones estatales.

Así las cosas, múltiples acciones, tendientes a garantizar la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud, responden a iniciativas impulsadas desde “abajo”, desde los mismos equipos de salud.

En un contexto caracterizado por una estructura normativa que dista enorme y profundamente de la realidad que se vive día a día en el centro de salud analizado, y que consideramos no constituye una excepción al interior de la provincia, hemos identificado diversas prácticas de cuidado (tecnologías blandas) orientadas a resolver de forma inmediata situaciones que se presentan en el CS que facilitan el acceso a la salud, tanto de la población en general como de grupos especialmente vulnerables como el de DBT.

Algunas de estas prácticas conducen a situaciones paradójicas, ya que ante contextos de carencias materiales y de recursos humanos, se genera cierto sentimiento de omnipotencia, al ser los propios actores los que cubren las ausencias mencionadas con su esfuerzo, dando un nuevo sentido a su trabajo. A nuestro entender, la emergencia de este tipo de afirmaciones no hace más que develar situaciones de gran desigualdad social e impotencia, en las que ese voluntarismo extremo habilita la reafirmación y valoración de los/as trabajadore/as, al tiempo que se aparta de pensar en términos de los derechos de los cuidadore/as.

Al mismo tiempo, se han generado otras estrategias que han logrado institucionalizarse generando condiciones propicias para la producción de más salud y cuidado, poniendo de manifiesto el modo en que los actores con sus prácticas pueden moldear o transformar ciertas estructuras y de algún modo también efectivizar el acceso a la salud.

De ahí que sea importante destacar el potencial creativo del trabajo de atención primaria, cuando los equipos de salud logran despegarse de “menús de productos y servicios que se ofrecen a través de acciones programáticas” que actúan como corsets que definen problemas y formas de atención al tiempo que invisibilizan y desatienden a quienes no se ajustan a dichas definiciones”¹⁴.

El trabajo interdisciplinario, la implementación de colores en las historias clínicas, la forma de circular por el CS, el trabajo en distintos grupos sostenidos a lo largo de años, el “animarse” a cuidar y a su vez “correrse” reconociendo los saberes que los propios pacientes tienen y pueden transmitir a otros, así como también la articulación en niveles de atención siguiendo una lógica inversa, a partir de rutinizar que el segundo nivel de atención vaya al primero constituyen ejemplos de prácticas que han construido espacios de libertad en los cuales algunas dimensiones del derecho a la salud se efectivizan, a partir de la construcción de nuevas institucionalidades en y desde el territorio¹⁵.

Colaboradores

Los autores tuvieron participación activa en el trabajo de campo, en la discusión de resultados y en revisión de versión final del trabajo.

Referências

1. OACNUDH. Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) [Internet]. [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCESCR.aspx>
2. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos-OACDH. Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y aplicación [Internet]. Ginebra; 2012 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: http://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Publications/Human_rights_indicators_sp.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1
3. Hunt P. Informes de relatores especiales sobre derecho a la salud [Internet]. 2004 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://observatoriopoliticasocial.org/informes-de-relatores-especiales-sobre-derecho-a-la-salud/>
4. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Washington: Organización de los Estados Americanos; 2008 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>
5. Constitución (1988). Constitución de la provincia de Río Negro. Río Negro: Legislatura; 1988.
6. Ministerio de Salud (AR). El derecho a la salud en Río Negro fortaleciendo el Sistema de Salud Rionegrino. Etapa 2014-2015 [Internet]. 2014 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf
7. INDEC. Censo de población y vivienda 2010 [Internet]. 2010 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp
8. Courtis C. La aplicación de tratados e instrumentos internacionales sobre derechos humanos y la protección jurisdiccional del derecho a la salud: apuntes críticos [Internet]. [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/la-aplicacion-de-tratados-e-instrumentos-internacionales-sobre-derechos-humanos-y-la-proteccion-jurisdiccional-del-derecho-a-la-salud-apuntes-criticos.pdf>
9. Merhy E, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*. 2006; 2(2):147-60.
10. Izquierdo MJ. El cuidado de los individuos y de los grupos: quién se cuida. Organización social y género [Internet]. In: 2º Congreso de Salud Mental; 2003; Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2003 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www.intercanvis.es/pdf/10/10-09.pdf>
11. DINREP. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Información censal 2010 [Internet]. Ciudad de Buenos Aires: Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las provincias; 2010 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf>
12. Ministério de Salud (AR). Decreto 908/2016. Cobertura Universal de Salud [Internet]. Boletín Oficial. Buenos Aires: República Argentina, Ministerio de Salud; 2016 [Internet]. [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/cnFmUDFkcUIrTWcrdTVReEh2ZkU0dz09>

13. Lipcovich P. Una de las experiencias más exitosas [Internet]. Diario Página 12. 25 Mar 2014 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-242588-2014-03-25.html>.
14. Seixas T, Merhy EE, Baduy S, Slomp HJ. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*. 2016; 12(1):113-23.
15. Spinelli H. Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva*. 2016 [Internet]; [citado 23 Maio 2017]; 12(2):149-71. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976/983>

Perez SA, Perner S. Das palavras aos atos: o direito à saúde no Rio Negro, Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):359-71.

Neste artigo analisamos a distância entre o plano de saúde atual, na província de Rio Negro, Argentina, o quadro de oportunidades e recursos fornecidos pelas atividades do Estado e os cuidados realizados em um Centro de Saúde localizado no San Carlos de Bariloche a partir de uma perspectiva de direitos. Estabelecemos um diálogo entre o plano de saúde do Centro da província e as percepções da equipe do referido Centro, que emergiram de entrevistas em profundidade, observações e grupos focais, analisando indicadores de estrutura e processo.

Palavras-chave: Direito à saúde. Avaliação de processos. Cuidados de saúde. Centros de saúde - Argentina.

Sometido em 21/03/17. Aprobado en 07/07/17.

