

Qué tan lejos: la distancia entre el plan provincial de salud y el acceso a este derecho en la Provincia de Río Negro.

Dra. Soledad A. Pérez
CONICET-IIDyPCA-UNRN

Introducción

En el marco del conjunto de objetivos y metas establecidos en la Agenda 2030 para el desarrollo Sostenible de la Asamblea General de Naciones Unidas, el presente trabajo apunta específicamente a analizar las condiciones para “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” (Objetivo 3) que se dan en la provincia de Río Negro en el Norte de la Patagonia Argentina.

En este sentido, el artículo indaga acerca de las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud, intentando dar cuenta de la distancia existente entre el plan de salud provincial y distintas situaciones que se registran respecto al acceso a la salud en la provincia.

Como objetivos específicos el estudio se plantea: identificar tanto las formas que asume la vulneración de este derecho como los grupos afectados.

Las dificultades vinculadas a la mensura de esta distancia requieren de la adopción de distintas estrategias metodológicas que se desprenden en líneas generales 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). De ahí que el análisis se realice siguiendo la tipología de indicadores de derechos humanos propuesta por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para Derechos Humanos que retoma el trabajo de Hunt (2004) y que fuera adoptada a nivel regional por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

En este contexto, el plan de salud provincial entendido en tanto indicador estructural, es puesto en tensión respecto del corpus de denuncias y actuaciones de oficio del período 2015-2016 de la defensoría del pueblo de la provincia (tomadas como indicadores de proceso), ejercicio que permite visibilizar y a la vez tipificar formas de vulneración del derecho a la salud.

Asimismo, la distancia entre la letra escrita del plan de salud y las condiciones para ejercicio de este derecho es analizada a partir de las percepciones de lxs trabajadorxs de los equipos de salud del primer nivel de atención en tanto mediadorxs a la hora de efectivizar el acceso a este derecho. Así, las voces de médicos generalistas, enfermerxs, agentes sanitarixs, psicologxs y trabajadorxs sociales, que surgieron de entrevistas en profundidad y grupos focalizados^a, entendidas como señales de progreso cualitativas, son consideradas como una vía de acceso legítima a las formas en que se satisface o vulnera este derecho al tiempo que ponen de manifiesto de qué modo su capacidad de agencia (O'Donnell, 2010) y la disputa de sentidos vinculadas a la forma en que conciben su trabajo y las lógicas que los orientan, acortan o amplían la distancia para hacer efectivo el acceso a la salud.

La decisión de incluir tanto las denuncias y actuaciones de oficio de la Defensoría del Pueblo de la provincia, como las voces y miradas de distintos equipos de salud del primer nivel de atención, se funda en la creencia en la necesidad de poner de manifiesto algunas de las múltiples caras con ese poliedro constituido por el Estado se vincula con lxs ciudadanxs. Estas caras, amables para unxs, con el signo fruncido para otrxs y que llegan a dar la espalda, expresan modos de relaciones tanto para con lxs ciudadanxs como para los mismos trabajadores del estado. (O'Donnell, 2010)

En esta trama, 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 trabajador. En este contexto, lxs trabajadorxs de la salud no sólo constituyen una pieza clave para el cumplimiento de este derecho, sino también que sus voces permiten acceder a información respecto de distintas formas en que se satisface o vulnera este derecho en un territorio determinado.

^a Tanto en las entrevistas como en los grupos focales se ha aplicado el consentimiento informado. Asimismo a lo largo del artículo las voces de los distintos trabajadores de los equipos de salud son indicadas con letras, preservando de este modo el anonimato y confidencialidad.

El artículo parte de una breve descripción del sistema de salud argentino, abordando luego las especificidades del sistema sanitario rionegrino^b. Posteriormente, analiza el plan de salud provincial a la luz tanto de los expedientes vinculados al derecho a la salud de la Defensoría del Pueblo de la provincia del período comprendido entre enero de 2015 hasta el 31 de octubre de 2016, como de las percepciones de los miembros del distintos equipos de salud del primer nivel de atención.

Presentación del sistema de salud rionegrino

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 mayoritariamente la que no cuenta con otra cobertura. Atendiendo a los datos del censo 2010, este conjunto representaba valores similares a nivel nacional y como provincial (38 y 36% respectivamente). La población argentina con obra social representaba en el año 2010 un 46%, mientras que en Río Negro un 51%; siendo el restante 16 y 13% de población que contaba con cobertura 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.

^bLa 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). (INDEC, Censo 2010).

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^c.

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 once declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos en el artículo 75 inciso 22.^d 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 protección. Este reconocimiento pleno realizado a través de la adhesión a los pactos se produjo en el marco de un proceso de reforma y ajuste estructural en el que se desmanteló el sistema de salud, (Abramovich y Pautassi, 2008) lo cual, no sólo resulta paradójico sino que pone en evidencia la necesidad de dejar de pensar al Estado como un todo unitario, monolítico y coherente.

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

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

^d Puntualmente el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales define a la salud como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, quedando el Estado jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales y no pudiendo argumentar escases de recursos como estrategia de justificación de su incumplimiento.

Provincial de Salud Pública “cumplirá la función indelegable de garantizar el Derecho a la salud consagrado en el artículo 59 de la Constitución provincial”.

En un intento por retomar un camino que cuenta con hitos interesantes^e, en 2014 se presentó el plan provincial de salud de Río Negro propuesto para los años 2014-2015. El mismo establecía 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.

Así las cosas, el Plan de salud provincial, parte de una concepción de salud como derecho humano, señala al Estado como garante del mismo y define a los habitantes de la provincia como titulares del derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual que permita el cuidado de su salud y asistencia en caso de enfermedad. El Estado aparece no solo como garante de este Derecho sino como rector de un sistema complejo que debe ser articulado en favor de los “intereses populares”.

En esa línea, 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.

Haciendo un ejercicio comparativo entre localidades, vemos que 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 trabajadores. Esta situación en términos de infraestructura y recursos humanos contrasta fuertemente con la capital de la provincia, Viedma, en la cual, con la mitad de la población (60.789 habitantes), existen 90 camas, 716 trabajadores y 11 centros de salud.

^eRío 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 demanicomiazación (Año 1991)

Si bien en ambas localidades es similar la proporción de la población sin cobertura de salud, analizando la cantidad de recursos humanos vemos que 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).

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”. Esto resulta más llamativo aún si se compara esta asignación de recursos con la distribución de necesidades básicas insatisfechas^f de la provincia: tampoco pareciera posible que la magnitud de 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 provincia.

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 lo que impacta tanto en la calidad del servicio que se brinda como en las condiciones y garantía del derecho al trabajo de quienes brindan servicios de salud .

^f 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.

Los expedientes de la Defensoría del Pueblo de la provincia y el derecho a la salud

La consideración de que la capacidad de percibir una experiencia como injusta depende de la posición ocupada en el espacio social. (Bourdieu, 2000: 97) es la premisa a partir de la cual debe interpretarse el desarrollo de este apartado.

De ahí, que la indagación respecto de las formas de vulneración de cualquier derecho que se desprende del análisis de los informes y expedientes de la Defensoría del Pueblo de la Provincia tenga limitaciones fundamentalmente en dos sentidos, el primero dado por el hecho de que las denuncias dependen de que los sujetos experimenten las situaciones que atraviesan como vulneraciones, es decir, que requieren tanto de un nivel de conocimiento de sus derechos, de los canales o vías para hacerlos exigibles, y de la existencia de posibilidades simbólicas y materiales de hacerlo. Con esto último nos referimos no sólo a la accesibilidad a alguna de las oficinas de la defensoría, sino a autoperibirse como sujeto titular de derechos. La segunda, se vincula a que las actuaciones de oficio de la Defensoría dependen de decisiones y temas sensibles a cada gestión y esto los hace difícilmente comparables.

No obstante ello, el análisis de los mismos sigue constituyendo una estrategia interesante de aproximación a las formas de vulneración de derechos en general y del derecho a la salud particularmente.

Hechas estas aclaraciones, se advierte que de la totalidad de los expedientes vinculados a la salud del período analizado, poco más de la cuarta parte corresponden a actuaciones de oficio de la defensoría, por la situación edilicia de hospitales, centros de salud y puestos sanitarios de las distintas zonas sanitarias en que se encuentra dividida la provincia que dan cuenta del incumplimiento de distintas dimensiones del derecho a la salud vinculados a los criterios de disponibilidad, accesibilidad física y económica (asequibilidad) y de calidad del servicio de salud ^g que se brinda en la provincia de Río Negro.

^gEl 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 prevalecientes en un determinado Estado Parte: disponibilidad, accesibilidad (con cuatro

Si se consideran solo las actuaciones de oficio, las vinculadas a la situación edilicia concentran el 75% de las frecuencias.

Teniendo en cuenta solo las denuncias, casi el 40% se vinculan a incumplimientos por parte del Instituto Provincial de Seguro de Salud (IPROSS)^h. El 28% fueron presentados de manera individual dando cuenta de demoras en la ejecución de cirugías, en la provisión de prótesis, implantes o material quirúrgico indispensables para que se realicen las cirugías que generan no solo pérdidas de los turnos, sino angustias y largas esperas, en las que en algunos casos el paso del tiempo conspira contra las posibilidades de sobrevivir o se carece de la posibilidad de movilizarse por medios propios, entre otras situaciones que distan del discurso esgrimido en el plan de salud provincial.

Esto deja en evidencia de qué modo, la seguidilla de autorizaciones que requieren de la intervención de distintos actores que encarnan “las distintas caras del estado” (O, Donnell, 2010) van extendiendo la distancia entre un estado que se proclama garante de derechos y la elástica cadena de prácticas de distintos actores que pueden acortar el trayecto o ampliar la brecha respecto de la realización efectiva del derecho.

Por otra parte, un 12,8 % de las denuncias se relacionan con la no aplicación de la ley de salud mental o con dificultades de personas que requieren cuidados o atención de dicha área.

Asimismo, un 9,3% de las denuncias se vinculan a problemas en las guardias y a mala atención en general, asociables en algunos casos tanto al criterio de aceptabilidad como a la accesibilidad en términos de no discriminación.

En este contexto, casi un 8,3 % de las denuncias corresponden a demoras en la provisión de medicamentos, se trata fundamentalmente de medicaciones oncológicas, para VIH y enfermedades crónicas.

dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica -asequibilidad-, acceso a la información), aceptabilidad y calidad.

^h De la totalidad de denuncias presentadas contra IPROSS, el 21,8 % corresponde a incumplimiento en la provisión de medicamentos, otro 21,8% corresponde a dificultades con reintegros y liquidaciones, otro 21,8% a problemas con turnos para cirugías y prótesis, un 9,4% a solicitudes de cuidadores domiciliarios y un 6,25 a demoras en la provisión de sillas de ruedas y audífonos.

Finalmente, solo un 2,3% de las denuncias se vincula al pedido de cuidadores, valor que interpretamos se asocia no tanto al cumplimiento del derecho al cuidado, sino al desconocimiento de canales para exigirlo.

Denuncias realizadas en la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Rio Negro según formas de vulneración del derecho a la salud. Expedientes 2015- 16 ⁱ

	Demora en cirugías/prótesis/material quirúrgico	28%
	Demora en medicación	8,3%
Denuncias	Solicitud de cuidadores	2,3%
	Incumplimiento IPROSS	39,5%
	Mala atención/problemas en guardias	9,3%
	Denuncias vinculadas a Salud mental	12,8%

El análisis realizado no solo permite una tipificación de las modalidades de vulneración del derecho a la salud, sino también poner de manifiesto que la mayoría de las denuncias tienen que ver con la falta de agilidad de ciertos actores de la trama burocrática del Estado, un estado que es inherentemente no igualitario, tanto para los que trabajan en su interior como, generalmente, para lxs ciudadanxs que se relacionan con el mismo. Por extensión, esa característica se exagera cuando actúa en relación a individuos o grupos que por diversas razones se encuentran sometidos a relaciones muy desiguales. (O'Donnell, 2008)

ⁱ Tal como se mencionó previamente, el período analizado comprende desde el 1 de enero de 2015 al 31 de octubre de 2016.

Cabe destacar que menos del 10% de las denuncias tienen que ver con la percepción de mala atención por parte de médicos y/o en las guardias, frecuentemente desbordadas por falta de recursos humanos.

El derecho a la salud desde la perspectiva de lxs trabajadorxs del primer nivel de atención

Tal como se mencionó previamente, en el plan de salud provincial, la salud es definida como un derecho humano y el Estado como garante del mismo.

Como se intentará mostrar a lo largo de este apartado, ambas definiciones son puestas en tensión por los distintos miembros de los equipos del primer nivel de atención que constituyen la puerta de ingreso al sistema público de salud.

Entreabriendo esa puerta, y escuchando las voces de quienes trabajan cotidianamente en estos espacios^j (De Certeau, 1990), atravesados por acciones, temporalidades y rutinas es posible empezar a comprender en qué consisten las distancias entre lo escrito y lo que se experimenta día a día en los centros de salud.

En este contexto, resulta interesante recuperar la voz de uno de los miembros de uno de los equipos de salud entrevistados, 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 Centro de salud; en este sentido destaca que el Estado tiene un rol indelegable en cuanto garante de derechos. Según manifiesta (S): *“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”*.

^j A diferencia de la noción de lugar que remite al orden, a lo fijo, o estático, De Certeau, define al espacio como el lugar practicado. De modo que el espacio existe en la medida en que existen acciones que transcurren en el tiempo. (De Certeau 1990)

En el mismo sentido, una trabajadora de otro centro de salud comentaba: *“nosotros mal que mal somos el estado y somos la provincia, actuamos como efectores de salud pública. Entonces yo creo que alguna respuesta siempre se llevan, se trata de hacer lo mejor posible”*. (M)

Los testimonios de estxs trabajadores dan cuenta no sólo de qué modos 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. Un derecho cuya accesibilidad oscila en la vaguedad de un “mas o menos” estar en los puestos de trabajo, un contar con “mas o menos” recursos y un “mal que mal” que marca la pertenencia a la trama de relaciones sociales que estructura el Estado.

Tal como sostiene Merhy et al.(2006), 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 trabajador sostenía: *“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”*. (T)

Desde otro equipo de salud sostenían que: *“La medicación crónica es un problema. El acceso a los medicamentos es un problema. Siempre ha sido un problema en Río Negro. Ha sido muy variable, muy dependiente del programa nacional”*

En la misma línea en otro centro de salud enfatizaban que *“lo que pasa con la medicación a nivel hospitalario es que el paciente va, no tienen para el tratamiento de un mes, entonces le dan para 10 días. Le dicen “vuelva en 5 días”. Y va otra vez, “no,*

todavía no llegó, venite dentro de 3 días". Entonces el paciente tiene que ir 10 veces..."... "finalmente de lo que tiene que tomar toma la tercera parte".

Esta situación se reitera en las distintas localidades de la provincia, en gran parte de las cuales, las distancias a recorrer en busca de medicamentos son largas, el clima es muy adverso la mayor parte del año y el sistema de transporte público ineficiente, dificultando aún más la realización de reiteradas visitas en busca de medicamentos, lo cual lleva a la imposibilidad de trabajar adherencia en los pacientes crónicos.

Un médico generalista reflexionaba identificando distintas dimensiones de la accesibilidad: *"para mí hay canales de acceso al derecho a la salud y que en determinados momentos tiene problemas de capacidad de cobertura, lo cual ya sea por la magnitud vs oferta en general puede haber un no acceso por agotamiento de la persona ante la no insistencia. Y después me parece que hay un segundo paso, que sería el problema de la complejidad. Ahí me parece que se llega hasta un techo que después de eso es bastante más difícil acceder en tiempo y forma según lo que correspondería. Y después hay otra serie de muchas otras situaciones que abarcarían la amplitud del término derecho en todos sus contextos, que ahí si empezamos a hilar fino por supuesto que como toda organización pueden fallar. Desde lo cultural, lo espiritual, todo. Podremos llegar a tener dificultades. Pero bueno... Y después sí, dentro de una misma organización tenés, yo creo que hay lugares que no se accede y hay lugares que si se accede."* (F)

Otra de las dimensiones vinculadas a la accesibilidad, se vincula con lo que previamente definimos como "tecnologías blandas" que queda expresado en palabras de una de las trabajadoras de uno de los equipos de salud: *"el tema de la vincularidad entre personas creo que es lo que termina marcando la diferencia, entonces tenés personas que son repelentes y personas que son inclusivas."*(A)

En la misma línea un miembro de otro equipo de salud señalaba: *"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”.
(V)

Las dimensiones previamente mencionadas se solapan con el problema de la accesibilidad geográfica; *“Claramente no es lo mismo la accesibilidad que tiene una persona en un paraje rural que acá y no es lo mismo estar en # que en ##”, refiriéndose a dos barrios periféricos de San Carlos de Bariloche”.* (V)

En este contexto, uno de los médicos generalistas con 30 años de experiencia trabajando en el sistema público rionegrino que ha realizado rotaciones rurales, nos obliga a desplazarnos del sentido común al comentar que: *“Muchas veces el sistema de salud accede a la población rural de una manera mucho mejor que en los conurbanos y suburbanos de la provincia. Esta situación se adjudica a que históricamente en la provincia se han priorizado ciertas áreas: la salud rural, la salud materno infantil. La salud que tiene los recursos puestos...El recurso es nombrar gente”.* (F)

Frente a lo cual un colega agrega: *“tenes 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.”* (V)

“Me parece que la accesibilidad, como dice A, está garantizada en ese sentido. Después habría que ver si la calidad de lo que estamos garantizando es acorde, si responde con las expectativas, si estamos llegando como tenemos que llegar con esas políticas públicas, y si responde a las necesidades de la población.”

Este testimonio no solo pone en cuestión la calidad de los servicios que se brindan, estableciendo una distancia entre lo que se hace o puede hacerse y la letra del plan de salud provincial sino que evidencia, la relación entre necesidades y derechos, una relación que no es interpretada^k ni actuada del mismo modo por los distintos actores del sistema de salud.

^k Al hablar de interpretación, lo hacemos desde una perspectiva gadameriana, asumiendo que comprender, interpretar y aplicar son tres momentos distinguibles de manera analítica que no implican una secuencia temporal sino que son parte constitutiva del proceso hermenéutico. (Gadamer, 1991)

Así en otro de los centros de salud, nos comentaban que en el transcurso del corriente año los agentes sanitarios habían realizado un listado de pacientes crónicos. *“Salieron como doscientos. ¿Qué íbamos a hacer si no teníamos médicos para la atención?, Entonces, ella eligió los que hacía mucho más tiempo que no venían a controlarse, para que nosotros los fuéramos a citarlos. Pero con el resto no se pudo hacer nada, porque no hay médico para atender. Porque es una demanda, que creamos nosotros”* (G)

En este punto se ponen de manifiesto distintas lógicas e interpretaciones vinculadas a los modos en que conciben su trabajo lxs distintos trabajorxs de la salud, entrando en tensión una lógica que asocia necesidades y derechos (De Lucas y Añón, 1991) y otra que la asocia a una demanda, más cercana a las nociones de preferencias que la despojan del carácter normativo de la necesidad. (Doyal y Gough, 2003)

De la insuficiencia del decir a la construcción desde abajo

El plan de salud provincial también 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 y el trabajo en redes. 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 los distintos centros de salud 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 nacionales^l como Nacer o Sumar^m.

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 de los equipos de salud. Así, existen voces críticas respecto del mismo como la que se cita a continuación: *“el Plan Sumar paga cuando los médicos*

^l Esto ha sido así hasta la fecha de redacción del artículo, pero se encuentra en proceso de cambio a partir de la creación de la Cobertura Universal de Salud (decreto 908/2016).

^m Nacer y Sumar son planes financiados por el Banco Mundial, en los cuales la entrega de fondos está condicionada al cumplimiento de ciertas metas. Los centros de salud cuentan con amplia autonomía para administrar los fondos.

hacen ciertas prácticas, los médicos o los agentes de salud, que en realidad deberíamos hacerlo sin ningún estímulo... ahora porque hay que registrarlas. Entonces hacemos talleres porque el taller se paga, y porque cada uno que se anota en un taller se cobre. Y la verdad es que algunos Centros de Salud 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 las políticas sanitarias, marcada una vez más por la brecha 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 de los recursos humanos. Del ministerio nacional provienen recursos económicos por medio de los planes Nacer y Sumar. La principal provisión de medicamentos se realiza mediante el Plan Remediar, que provee de vacunas y medicamentos, entre otros. El hecho de no contar con recursos económicos propios dificulta el sostenimiento y la planificación de políticas sanitarias locales.

En cuanto al abordaje interdisciplinario, también las percepciones de lxs trabajadorxs de los centros de salud contradicen lo expresado en el plan. En este sentido, destacan que el reconocimiento del trabajo interdisciplinario se limita a la enumeración de las distintas disciplinas que trabajan en los Centros de Salud, pero que en ningún momento se alienta o favorece la implementación de prácticas que tengan que ver con fortalecer este tipo de trabajo.

Respecto de lo anterior, un médico clínico que trabaja en distintos Centros de Salud afirmaba: *“No es una cosa que baja del ministerio, “nosotros somos una provincia que quiere tal cosa, tal cosa, tal cosa... es una política que va de abajo para arriba!” (V)*

En el mismo sentido: una médica generalista describía el modo en que se van construyendo lazos y articulando el trabajo *“uno va tratando de ver quien, de buscar alianzas para establecer algunos grupos que generen cierta presión para poder*

formalizar ciertas cuestiones que vienen siendo informales. Por ejemplo lo que sucedió en su momento en el Valle con el consultorio de diversidad, con el tema de género y demás. Con el tema del protocolo de ILEⁿ que se pudo hacer en la institución, pero a raíz de voluntades individuales que se han juntando para meter presión.”

Derechos en tensión

La distancia que intentamos reflejar entre lo dicho y no hecho respecto al derecho a la salud, debe interpretarse en el marco de un Estado que como mencionamos anteriormente es inherentemente no igualitario, tanto para los ciudadanxs que se vinculan con sus caleidoscópicas caras como para quienes trabajan dentro de su estructura. Aproximarse entonces a las condiciones de trabajo de quienes actúan como mediadores a la hora de satisfacer este derecho, permitirá comprender el impacto que estas condiciones tienen en los servicios que brindan, al tiempo que evaluar el punto de partida desde el cual será necesario intervenir de cara al cumplimiento los objetivos de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, puntualmente, del objetivo 3.c que apunta a aumentar presupuestos para salud en general y particularmente para la contratación, perfeccionamiento, capacitación y retención del personal de la salud. (ONU, 2015:19)

Tal como comentaban en los distintos centros de salud, se ha naturalizado *“que si vos no hacés horas extras, no llegás a fin de mes. Entonces no hay ningún trabajador que no haga horas extras(...). Entonces, si el gobierno te dice, te pago un poco más las horas extras, que tu sueldo, y todo el mundo hace horas extras. Entonces, no tenés vida, dejás a tus hijos, tu familiar, todo.”* (J)^o

Por otro lado, esta “opción no electiva” de realizar horas extras es una posibilidad que no que está abierta a todos los trabajarxs de la salud, generando fragmentación y conflictos al interior de los equipos de trabajo. A algunos no les queda alternativa que

ⁿ Interrupción Legal del Embarazo.

^o Desde principios de 2017 se vive un intenso conflicto en el subsector público de salud riongrina por un fuerte recorte en las horas extras de distintos servicios, en guardias y horas de cocina, que se suman al recorte en la provisión de insumos, dando cuenta del modo en que se están pauperizando las condiciones de trabajo.

hacerlo: *“Tenemos la obligación de hacer guardias, más allá de lo que dice el contrato, la ley, lo que sea. No hay médico y bueno, si tenés que hacer 40 guardias por mes, las tenés que hacer. Y, encima, no te pagan...”* (G)

En referencia a esta situación que se extiende a todo el personal de salud del subsector público de la provincia, una médica generalista, mostrando su recibo de sueldo se preguntaba: *“¿cuánto de desidia o de falta de compromiso de algunos miembros del equipo tienen que ver con esta desatención del equipo de salud por parte del ministerio?. Es decir, sueldos que no son acordes, formas de contratación que no son claras. Cuanto de descuido hacia el propio efector de salud. (...)No hay nada que baja desde arriba, o no hay ningún mecanismo de control. No hay una contraprestación, no hay una devolución de lo que uno hace o deja de hacer. Entonces da lo mismo “no hacer” que “hacer”. Por lo tanto, como responde a cuestiones individuales, hay gente que lo toma esto y hay gente que... “total no pasa nada..., deajo de hacer”. Y en el “deajo de hacer”, me parece que esto también termina perjudicando el tema del acceso a la salud”*. (N)

Esta forma de vincularse con los trabajadores de la propia burocracia estatal también se pone de manifiesto en los modos en que funciona la obra social de la provincia. Tal como comentaba una de las enfermeras: *“La misma obra social nuestra vulnera nuestros derechos como trabajadores, que es manejado por Estado Provincial. O sea, fijate la vuelta...”* (L)^p

Dando cuenta de otra dimensión que hace a las condiciones de trabajo, una de las enfermeras de un centro de salud comentaba: *“Muchas veces terminamos, en algunos servicios del hospital, poniendo plata los trabajadores, para poder comprar historias clínicas, los ganchitos, la plasticola. O sea, se hace. En un momento, hace dos años atrás, hasta los de la cocina, ponían plata de su bolsillo, para comprar el orégano, la sal de los pacientes.”* (O)

^p Este testimonio se corresponde con el análisis de las denuncias radicadas en la defensoría del pueblo de la provincia respecto a la obra social del IPROSS.

En sintonía con lo anterior, una médica comentaba: *“a lo que es insumos, puntualmente, del día a día, lo estamos comprando nosotros, con nuestro sueldo”...hoy más que nunca, está faltando un montón de insumos, de recursos de materiales” (P)*

La descripción se repite en otros centros: *“Provincia, a nosotros, no nos da ni una lapicera. El hospital no nos da ni una hoja. Ni para hacer una historia clínica” (B)*

A la complejidad que venimos describiendo en algunas localidades se suma la existencia de prácticas que tienen que ver con la interrupción de las redes dialógicas construidas, de esa trama de relaciones que acorta la distancia a la realización del derecho a partir del apartamiento de trabajadores de sus espacios (De Certeau, 1990) de trabajo. *“Recursos humanos que, por ahí, defienden o toman postura, sobre algunas cuestiones económicas o de acciones que suceden en el lugar, que los van corriendo y poniendo a otras personas que, por ahí, con poca experiencia o poco conocimiento de la historia de esos lugares...viene pasando eso, que son equipos donde, sí, naturalmente uno va a discutir otras cosas, no vas a discutir solamente en torno a la salud más biológica. Y, bueno, creo que es eso un poco, surgen cuestiones más de boicot, a esos equipos o a personas puntuales, dentro de esos equipos, dificultades para que esa gente pueda acceder, como por ejemplo, no sé, que pueden tener el transporte para ir a su lugar de trabajo y, también, éste profundizar el vuelco hacia lo asistencial, porque cuanto menos trabajo preventivo y promocional hagas, menos te metés en estos puntos conflictivos. O sea, es esto, vos vas, atendés, das una pastilla y chau. No hablaste de nada con la población. Y, lo que está en juego, son modos de vida y qué quiere la gente de esos lugares, de qué quiere vivir, cuáles son sus proyectos productivos, educativos. Y, a eso, también sumado, la conflictividad mapuche, porque no es solamente, qué sé yo, digo tanto en Mallín, bueno, no sé, en Cuesta del Ternero, pero son todos lugares donde hay muchas comunidades(...) son muchas lecturas y, según qué lectura hagás de eso, es cómo vas intervenir en esa realidad y bueno, claramente, cuánto más neutro seamos los de salud...mejor.” (W)*

Palabras finales

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 rionegrino no se corresponde con la distancia existente respecto de las experiencias vinculadas tanto a las denuncias realizadas en la defensoría del pueblo, como a los relatos de 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 de los equipos de salud que participaron de entrevistas y focus groups, ponen de manifiesto deficiencias respecto al cumplimiento de las obligaciones estatales.

Así, el universalismo formal expresado en el plan de salud provincial ha sido puesto en tensión a partir de distintas estrategias metodológicas que evidencian la distancia existente entre lo que éste expresa y las particularidades de distintos grupos y/o localidades, dejando al descubierto el largo camino a recorrer para alcanzar una cobertura sanitaria realmente universal, que garantice el acceso a servicios de salud de calidad y a vacunas y medicamentos inocuos, eficaces y asequibles. (ONU, 2015: 18)

Según el análisis realizado, quienes padecen enfermedades de larga duración, usualmente conocidas como crónicas, tales como hipertensos o diabéticos, así como quienes requieren de servicios de mayor complejidad, tales como cirujías o prótesis, se encuentran entre los grupos más vulnerables.

En este contexto, resulta fundamental el rol desempeñado por lxs trabajadorxs de los servicios salud en tanto mediadores, con una suerte de capacidad elástica, que a través de distintas estrategias y prácticas, acortan o amplían las brechas para acceder a la salud. Si bien se registran diversas acciones tendientes a garantizar la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud, que responden a iniciativas impulsadas desde

“abajo”, es decir, desde los mismos equipos de salud y aún a costa de empeorar sus condiciones de trabajo, también y respondiendo a distintas lógicas y universos de sentido, existen en esta trama otras caras del estado que en lugar de tender puentes, ponen barreras, haciendo más dificultoso y distante el acceso a la salud, relegando la noción de necesidad y su vínculo con el derecho.

Tal como intentamos mostrar, la mensura de la distancia hacia la realización efectiva de un derecho supone un ejercicio complejo tendiente a reconstruir la trama de relaciones, acciones y gestos de cada una de las caras del estado implicadas en el acceso al mismo. Son muchas las caras que quedan por analizar, pero sin duda, una de las estrategias para acortar esas distancias, se vincula a la identificación y el conocimiento de esas caras. En eso estamos.

Bibliografía

Abramovich, V. & Pautassi, L. (2008). “El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina”. *Salud colectiva*, 4(3), 261-282.

Abramovich, V. & Courtis, C. (2002) *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.

Bourdieu, P. (2000), *Poder, Derecho y Clases Sociales*. Bilbao, Editorial Desclee de Brouwer.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Organización de los Estados Americanos. [Internet], 2008 [acceso 23 de may 2017]; Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>

Constitución (1988). Constitución de la provincia de Río Negro. Río Negro, Legislatura; 1988.

Courtis C. (2007). “La aplicación de tratados e instrumentos internacionales sobre derechos humanos y la protección jurisdiccional del derecho a la salud: apuntes críticos”. En: Abramovich V, Bovino A, Courtis C, compiladores. *La aplicación de los*

tratados de derechos humanos en el ámbito local. La experiencia de una década (1994-2005). Buenos Aires: Editores del Puerto.

De Certeau, M. (1996). *La invención de lo cotidiano*. Universidad Iberoamericana.

De Lucas, J. y Añón, M. J. (1990), "Necesidades, Razones, Derechos" en *Doxa*, Nº 7, Seminario de Filosofía del Derecho la Universidad de Alicante, Centro de Estudios Constitucionales, España, 55-81.

Dieterlen, P. (2001), "Derechos, necesidades básicas y obligación institucional", en Ziccardi, A. (coord.) *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía: Los límites de las políticas sociales en América Latina*. Buenos Aires, CLACSO-FLACSO México-IISUNAM.

Gadamer, G. H. (1991), *Verdad y Método*, Salamanca: Sígueme.

Hunt, P. Informes de Relatores Especiales sobre Derecho a la Salud.[Internet], 2004 [acceso 23 de may 2017]; Disponible en: <http://observatoriopoliticasocial.org/informes-de-relatores-especiales-sobre-derecho-a-la-salud/>

INDEC. Censo de población y vivienda 2010.[Internet], 2010 [acceso 23 de may 2017]. Disponible en:: http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp

Merhy, E. Feuerwerker L., Burg Ceccim R. (2006), "Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud", en *Salud Colectiva*. [Internet], 2006 [acceso 23 de may 2017]; 2(2): p. 147-160. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a04.pdf>

Ministerio de salud. El derecho a la salud en Río Negro Fortaleciendo el Sistema de Salud Rionegrino. Etapa 2014-2015.[Internet], 2014 [acceso 23 de may 2017]; Disponible en:http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wpcontent/uploads/documents/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf

Naciones Unidas (2015), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Asamblea General el 25 de septiembre de 2015.

O' Donnell, G. (2010), *Democracia, agencia y estado. Teoría con intención comparativa*. Buenos Aires, Editorial Prometeo

O' Donnell, G. (2008) Algunas reflexiones acerca de la democracia, el Estado y sus múltiples caras. XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 4 - 7 nov. 2008

O' Donnell, G. (1993), "Estado, democratización y ciudadanía". *Revista Nueva Sociedad*, N° 128

OACNUDH. Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). [Internet], [acceso 23 de may 2017]; Disponible en: de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCESCR.aspx>

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH). Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y aplicación. Ginebra. [Internet], 2012 [acceso 23 de may 2017]; Disponible en: http://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Publications/Human_rights_indicators_sp.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1