

CAPÍTULO VI. La brecha entre el derecho y el acceso a la salud en Río Negro de cara a la Agenda 2030*

Soledad A. Pérez

1. Introducción

En el marco del conjunto de 17 objetivos y 169 metas establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el artículo analiza la brecha existente entre el derecho a la salud reconocido en distintos instrumentos normativos y las situaciones de vulneración del mismo que se registran en la provincia de Río Negro en la Patagonia Norte Argentina atendiendo específicamente al objetivo 3 y a las metas 3.8, 3.9 y 3c de dicha Agenda. (ONU, 2015).

Como objetivos específicos se plantea: a) identificar las formas que asume la vulneración de este derecho y los grupos sociales afectados y b) problematizar el Informe Voluntario Nacional (2017) y el proceso de adaptación iniciado en Río Negro en marzo de 2018 hacia el cumplimiento del objetivo 3 de dicha Agenda.

Para ello, se adoptaron distintas estrategias metodológicas que se desprenden, en líneas generales, del esquema elaborado preliminarmente por la Comisión de Trabajo creada en el marco del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), continuada luego por el Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador (OEA, 1988) y por el mecanismo de seguimiento de Belem do Para (OEA, 2004). Dicho esquema consta de distintos tipos de indicadores: los estructurales, de proceso, de resultado y las llamadas “señales de progreso cualitativas”. Los indicadores estructurales manifiestan la ratificación de instrumentos jurídicos y la existencia de mecanismos institucionales que se consideran necesarios para facilitar la realización de los derechos; los indicadores de proceso aluden a las medidas de los programas públicos e intervenciones que se necesitan para realizar los derechos humanos y los indicadores de resultado que dan cuenta

* A lo largo de este capítulo la autora utiliza la letra x como forma de lenguaje inclusivo.

del estado de realización de un determinado derecho humano. Las llamadas “señales de progreso cualitativas” dan cuenta de las percepciones de los actores respecto del cumplimiento de sus derechos.

A fin de aproximarse a la magnitud de esta brecha y dar cuenta del grado de cumplimiento de las obligaciones y compromisos estatales, el marco normativo y el plan de salud provincial fueron analizados a la luz de distintas fuentes: el corpus de denuncias y actuaciones de oficio de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Río Negro (DPPRN) (tomadas como indicadores de proceso) y las percepciones de lxs trabajadorxs de los equipos de salud del primer nivel de atención. Así, las voces de médicxs generalistas, enfermerxs, agentes sanitarixs, psicologxs y trabajadorxs sociales, que surgieron de grupos focalizados, entendidas como señales de progreso cualitativas, fueron consideradas como una vía de acceso legítima a las formas en que se satisface o vulnera este derecho.

La decisión de poner en diálogo al Plan provincial de salud, los expedientes de la DPPRN y las voces de los equipos del primer nivel de atención, se fundó en la necesidad de evidenciar algunas de las múltiples caras con que el Estado se vincula con lxs ciudadanxs. Estas caras, amables para unxs, con el ceño fruncido para otrxs y que llegan a dar la espalda, expresan modos de relacionarse tanto para con lxs ciudadanxs como para lxs mismos trabajadores del estado. (O’Donnell, 2010)

En esta trama, los servicios de salud tienen la singularidad de ser espacios en los que los actores tienen distintas intencionalidades en sus acciones y en cada una de ellas, entran en tensión diferentes sentidos respecto del significado de su trabajo. En cada acción convergen universos de sentido de distinto origen que responden a lógicas diferentes: las de los roles institucionales y las normas y las de las prácticas privadas de cada trabajadrx.

En este contexto, los equipos de salud no sólo constituyen una pieza clave para el

cumplimiento de este derecho, sino que sus voces permiten también acceder a información respecto de distintas formas en que se satisface o vulnera este derecho y de los modos en que dichas situaciones repercuten o impactan sobre sus propios derechos.

En esta línea, el análisis de las voces de los equipos de salud brinda elementos y argumentos relevantes para poner en cuestión el discurso del Informe Voluntario Nacional (2017)¹ en general y, en particular, para contextualizar el proceso de adaptación iniciado en Río Negro en 2018 a partir del conocimiento de situaciones vinculadas al Objetivo 3 y a la meta c que hacen referencia al presupuesto para “contratación, perfeccionamiento, capacitación y retención del personal de la salud” (ONU, 2015:19) y al Objetivo 8, relacionado con el trabajo decente. (ONU, 2015)

El artículo parte del análisis del plan de salud provincial a la luz de los expedientes vinculados al derecho a la salud de la DPPRN del período comprendido entre el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de octubre de 2016. Luego analiza las percepciones de miembros de distintos equipos de salud del primer nivel de atención sobre la accesibilidad al derecho a la salud y sobre sus condiciones de trabajo. Finalmente, reflexiona acerca de las limitaciones de los indicadores seleccionados en el IVN 2017 y sobre la necesidad de emplear diversas estrategias metodológicas para monitorear tanto el cumplimiento de derechos como el proceso de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

[2. Consideraciones metodológicas](#)

A lo largo del artículo se utilizaron distintas estrategias metodológicas. Por una parte, se relevaron las denuncias radicadas en las distintas delegaciones de la DPPRN y las

¹ En marzo de 2018 la provincia de Río Negro y el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS) firmaron un convenio a partir del cual la provincia se comprometió a trabajar en pos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

actuaciones de oficio realizadas por la entonces defensora. En ambos casos, se hizo un análisis temático orientado a la interpretación de los textos, que permitiera su clasificación y posterior recuento de unidades.

El período analizado transcurre entre el 1 de enero del 2015 -en coincidencia en la entrada en vigencia del plan provincial de salud- y el 31 de octubre de 2016, fecha que se corresponde con el fin de un período de gestión de la DPPRN.² En virtud de que a fines de octubre de 2016 cambió la gestión de la defensoría, se resolvió circunscribir el período de análisis para evitar sesgos (fundamentalmente en las actuaciones de oficio) que tuvieran que ver con características propias de cada gestión.

Por otra parte, se realizaron 5 grupos focales³ de los que participaron aproximadamente 45 miembros de equipos de distintos centros de salud de la provincia, integrados por médicos, agentes sanitarios, pediatras, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc. En los grupos focales se aplicó el consentimiento informado. A lo largo del texto, las voces de los distintos trabajadores de los equipos de salud fueron indicadas con letras, preservando de este modo el anonimato y la confidencialidad.

3. Encuadre normativo

Río Negro, al igual que el resto de las jurisdicciones argentinas, posee los tres subsistemas de salud (subsector público, de la seguridad social y la medicina prepaga). El subsistema público, del cual se ocupa este trabajo, está conformado por una red de servicios de distinto nivel de complejidad distribuidos en todo el territorio provincial, con 35 hospitales y 214 centros de salud. También existen en distintas localidades, establecimientos de salud privados

² Los períodos de informe de cada gestión se extienden entre el 1 de noviembre y el 31 de octubre del año siguiente.

³ Los grupos focales fueron realizados con la colaboración invaluable de Serena Perner, médica epidemióloga, becaria postdoctoral de CONICET.

que atienden a la población con obra social o prepaga.

Hasta la reforma de 1994, la Constitución Nacional Argentina carecía de una referencia clara vinculada al reconocimiento del derecho a la salud como derecho subjetivo de jerarquía constitucional. Dicho estatus se logró indirectamente, en virtud de la adhesión a once declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos (artículo 75 inciso 22).⁴ 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 se produjo en el marco de un proceso de reforma y ajuste estructural en el que se dismanteló 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.

Previamente, en la provincia de Río Negro, el artículo 1 de ley N° 2.570 sancionada en 1992 señalaba que el Ministerio de Salud: “cumplirá la función indelegable de garantizar el Derecho a la salud consagrado en el artículo 59 de la Constitución provincial”.

El artículo 167 de esa misma Constitución contemplaba la creación de un organismo, la Defensoría del Pueblo de Río Negro, encargado de la defensa de derechos individuales y colectivos frente a “actos, hechos u omisiones de la administración pública provincial” y de la supervisión de la eficacia de la prestación de servicios públicos.

En 2014 el Ministerio de salud de la provincia presentó un plan que retoma la concepción

⁴ El artículo 12 del PIDESC 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 escasez de recursos como estrategia de justificación de su incumplimiento.

de salud como derecho humano y señala al Estado como garante del mismo. En esa línea, sostiene que debe garantizarse cobertura universal a toda la población, acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad y centrar su interés tanto en los “usuarios” como en los trabajadores, generando estrategias compensatorias para atender las diferencias entre grupos poblacionales y regiones.

Tal como se muestra en los siguientes apartados, este discurso, que se encuentra en sintonía con los ODS, no se corresponde con las distintas situaciones que se viven cotidianamente en la provincia y que se reflejan en parte, en las denuncias y actuaciones de oficio de la DPPRN y en los discursos de lxs trabajadorxs de los equipos de salud.

4. El derecho a la salud en la Defensoría del Pueblo de Río Negro

La consideración de que la capacidad de percibir una experiencia como injusta depende de la posición ocupada en el espacio social por cada sujeto (Bourdieu, 2000: p. 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 DPPRN tenga limitaciones, fundamentalmente en dos sentidos: el primer límite está 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 auto percibirse como sujeto titular de derechos. El segundo límite 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 constituye una estrategia interesante de aproximación a las formas de vulneración de derechos en general y del derecho a la salud

particularmente.

Para evaluar el grado de cumplimiento del derecho a la salud es necesario tener en cuenta los criterios que lo definen: el criterio de disponibilidad alude a la obligatoriedad de cada Estado de disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y programas de salud que deben ser accesibles a todos los ciudadanxs. En esta línea se distinguen 4 dimensiones interrelacionadas que hacen a la accesibilidad: a) no discriminación b) accesibilidad física: que remite al alcance geográfico, c) accesibilidad económica d) acceso a la información: da cuenta del derecho a solicitar, recibir y difundir información vinculada a la salud. Los Estados también están comprometidos a hacer que los establecimientos y servicios de salud resulten aceptables y sean respetuosos de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades, al tiempo que sensibles a requisitos de género y ciclos de vida. Finalmente el requisito vinculado a la calidad alude a que tanto los establecimientos como los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados y condiciones sanitarias adecuadas. (OG. N°14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000)

Teniendo en cuenta los criterios mencionados, se advierte que de la totalidad de los expedientes de la DPPRN vinculados a salud del período analizado⁵, un poco más de la cuarta parte corresponden a actuaciones de oficio por la situación edilicia de hospitales, centros de salud y puestos sanitarios, que dan cuenta de distintos niveles de incumplimiento del derecho a la salud, fundamentalmente en cuanto a los criterios de disponibilidad y calidad.

Si se consideran sólo las actuaciones de oficio, el 75 por ciento corresponden a deficiencias en la situación edilicia de los establecimientos.

⁵ Entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de octubre de 2016.

Dentro del conjunto de denuncias, casi el 40 por ciento se vincula a incumplimientos por parte del Instituto Provincial de Seguro de Salud (IPROSS).⁶

Un 28,6 por ciento refleja demoras en ejecución de cirugías, provisión de prótesis, implantes o material quirúrgico indispensables para que se realicen ciertas intervenciones que generan no solo pérdidas de turnos, sino angustiosas y largas esperas, en las que el paso del tiempo conspira en algunos casos contra las posibilidades de sobrevivida, entre otras situaciones que distan del discurso esgrimido en el plan de salud provincial.

Esto evidencia de qué modo la seguidilla de autorizaciones que involucra a “distintas caras del estado” (O’Donnell, 2010) extiende la distancia entre un Estado que se proclama garante de derechos y la elástica cadena de prácticas de distintos actores que pueden acortar o ampliar la brecha respecto de la realización efectiva del derecho.

Por otra parte, un 13 por ciento 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 por problemas psiquiátricos diversos, situaciones de alcoholismo, adicciones a distinto tipo de sustancias nocivas y que dada la falta de espacios y servicios, en muchas ocasiones terminan deambulando a la deriva en hospitales públicos, poniendo en riesgo a sus familias, sobrecargándolas de tareas en el caso de tenerlas o bien derivan en internaciones en geriátricos, que no garantizan el acceso a terapias de rehabilitación adecuadas a sus

⁶ De la totalidad de denuncias presentadas contra IPROSS, el 21,8 por ciento corresponde a incumplimiento en la provisión de medicamentos, 21,8 por ciento a dificultades con reintegros y liquidaciones, 21,8 por ciento a problemas con turnos para cirugías y prótesis, 9,4 por ciento a solicitudes de cuidadorxs domiciliarios y 6,25 por ciento a demoras en la provisión de sillas de ruedas y audífonos. (Relevamiento propio a partir de análisis de expedientes presentados en la DPPRN entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de octubre de 2016).

necesidades. Asimismo, un 9,5 por ciento de las denuncias exponen problemas en las guardias y mala atención en general, asociables al incumplimiento del estándar de aceptabilidad, es decir, servicios que no resultan aceptables para las personas por discriminatorios, o por falta de sensibilidad a pautas culturales, cuestiones de género, etcétera.

Un 7,1 por ciento de las denuncias corresponden a demoras⁷ en la provisión de medicamentos, fundamentalmente medicaciones oncológicas, para VIH y enfermedades crónicas, que ponen de manifiesto la no adecuación a los estándares de disponibilidad y no discriminación.

Un 9,5 por ciento de las denuncias se asocian a mala atención por parte de médicos y/o en las guardias, frecuentemente desbordadas por falta de recursos humanos.

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

⁷ En este apartado las demoras aparecen discriminadas. Por una parte se identifican las demoras vinculadas a la gestión de turnos para la realización de cirugías o a la provisión de prótesis indispensables para la realización de ciertas intervenciones quirúrgicas y por otra, las demoras en la provisión de medicamentos.

Cuadro 1. Motivos de denuncias realizadas en la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Río Negro según formas de vulneración del derecho a la salud. Expedientes 2015-2016.⁸

Motivos de denuncia		N
Demora en cirugías/prótesis/material quirúrgico	28,6 %	24
Demora en medicación	7,1 %	6
Solicitud de cuidadores	2,3 %	2
Incumplimiento IPROSS	39,5 %	33
Mala atención/problemas en guardias	9,5 %	8
Denuncias vinculadas a Salud mental	13 %	11
Total	100 %	84

Fuente: Relevamiento propio. Expedientes DPPRN.

El análisis realizado permitió tipificar las modalidades de vulneración del derecho a la salud y al mismo tiempo evidenciar que la mayoría de las denuncias se vinculan a falta de agilidad de ciertos actores de la trama burocrática del Estado.

[5. El derecho a la salud desde la perspectiva de lxs trabajadorxs del primer nivel de atención](#)

Entreabrir la puerta del primer nivel atención, considerado la puerta de acceso al sistema de salud y escuchar las voces de quienes trabajan cotidianamente en estos espacios (De

⁸El período analizado comprende desde el 1 de enero de 2015 al 31 de octubre de 2016.

Certeau, 1990)⁹, atravesados por acciones, temporalidades y rutinas, constituye otro modo de acercarse a la comprensión y medición de las distancias entre lo escrito y lo que se experimenta día a día en los centros de salud: *“acá el derecho a la salud está más garantizado por el equipo de salud, por todo lo que (referencia a un colega) y el resto promueven y hacen, y no tanto por el proyecto que está escrito de la provincia”* (S);

“nosotros mal que mal somos el estado y somos la provincia, actuamos como efectores de salud pública [...] alguna respuesta siempre se llevan, se trata de hacer lo mejor posible”. (M).

Los testimonios de estxs trabajadorxs dan cuenta del modo en que se articula la lógica de las normas con la lógica personal en el trabajo en salud y también de la manera en que las distintas tecnologías implicadas en su trabajo cotidiano se vinculan con las posibilidades de garantizar este derecho. Un derecho cuya accesibilidad oscila en la vaguedad de un “mal que mal” que marca la pertenencia a la trama de relaciones sociales que estructura el Estado.

En el día a día, lxs trabajadorxs de la salud utilizan distintas tecnologías, las “duras” asociadas al criterio de calidad (equipamiento, medicamentos) las “blandas-duras”, que aluden a los conocimientos y protocolos y las “blandas” que dan cuenta de tecnologías relacionales, asociadas al principio de aceptabilidad y que permiten a lxs trabajadorxs comprender y establecer vínculos generando espacios para el cuidado. (Merhy *et al.* 2006).

Respecto a distintas dimensiones que hacen al cumplimiento del derecho a la salud, un trabajador comentaba: “La medicación crónica es un problema. El acceso a los medicamentos es un problema. Siempre ha sido un problema en Río Negro”(N).

En la misma línea, en otro centro de salud enfatizaban: *“lo que pasa con la medicación a*

⁹A diferencia de la noción de lugar que remite a lo fijo o estático, De Certeau (1990) 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.

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” (V).

Esta situación se reitera en las distintas localidades de la provincia¹⁰, en gran parte de las cuales las distancias a recorrer en busca de medicamentos son largas, el clima es adverso la mayor parte del año, y el sistema de transporte público es 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:

“[...] 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 [...] después hay otra serie de situaciones que abarcarían la amplitud del término derecho en todos sus contextos [...] Desde lo cultural, lo espiritual, todo [...] Y después sí, dentro de una misma organización tenés, yo creo que hay lugares que no se accede y hay lugares que sí.” (F).

Sobre esta última dimensión de la accesibilidad, vinculada a las “tecnologías blandas”, una de las trabajadoras comentaba: *“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:

¹⁰ Esta afirmación se desprende de una encuesta realizada por Perner y Pérez en 2017 en los centros de Salud de la provincia de Río Negro.

“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).

El hecho de que el acceso a los servicios de salud esté supeditado a la “suerte”, pone de manifiesto tanto la falta de cumplimiento de las obligaciones estatales a la hora de garantizar el derecho a la salud como la precariedad de la institucionalización de ciertos mecanismos de acceso.

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).

Este testimonio evidencia las asimetrías entre las zonas rurales y las urbanas así como las desigualdades entre barrios periféricos de una misma localidad.

En este contexto, un médico generalista con 30 años de experiencia trabajando en el sistema público rionegrino, que ha realizado rotaciones rurales, nos obliga a desplazarnos del sentido común: *“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”, situación que adjudica a que históricamente en la provincia se han priorizado ciertas áreas “como la salud rural y la salud materno infantil”.* (F)

Frente a esto, otro miembro del mismo equipo de salud se interroga *“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 [...], y si responde a las necesidades de la población.”* (V)

Aquí, la lógica de los roles y mandatos institucionales (“*llegando como tenemos que llegar*”), se entrelaza con el vínculo entre necesidades y derechos, una relación que no es interpretada¹¹ ni actuada del mismo modo por los distintos actores del sistema de salud.

Así, en otro centro de salud, lxs agentes sanitarios habían realizado un listado de pacientes crónicos. “*Salieron como doscientos. ...Entonces, ella eligió los que hacía mucho más tiempo que no venían a controlarse, para que fuéramos a citarlos. [...] con el resto no se pudo hacer nada, porque no hay médico para atender. Porque es una demanda que creamos nosotros*” (G)

Esta cita evidencia distintas lógicas e interpretaciones vinculadas a los modos en que conciben su trabajo lxs distintos trabajorxs, poniendo en tensión una lógica que lo asocia a necesidades y derechos (De Lucas y Añón, 1991) y otra que lo asocia a una demanda creada, casi artificial, más cercana a las nociones de preferencias que lo despojan del carácter normativo de la necesidad. (Doyal y Gough, 2003).

6. Entre la construcción “desde abajo” y la construcción “desde arriba”

El plan de salud provincial declara su adhesión a una concepción integral de la salud, que enfatiza la Atención Primaria y el trabajo en redes. En los hechos, el financiamiento del primer nivel de atención está vinculado principalmente a programas nacionales¹² como Nacer o Sumar¹³ mientras que la provisión de medicamentos se realiza mediante el Plan

¹¹Al hablar de interpretación asumimos que comprender, interpretar y aplicar son momentos distinguibles de manera analítica, que no implican una secuencia temporal sino que son parte constitutiva del proceso hermenéutico. (Gadamer, 1991)

¹² 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).

¹³ El Plan Nacer se inició en 2004 en las provincias del Noroeste y Noreste de Argentina y

Remediar¹⁴, actualmente muy debilitado, 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. En este sentido, un médico afirmaba: *“No es una cosa que baja del ministerio: “nosotros somos una provincia que quiere tal cosa” (...) ¡es una política que va de abajo para arriba!”(V).*

En la misma línea una médica generalista manifestaba:

se extendió a las restantes provincias, entre ellas Río Negro, en 2007. Inicialmente, el 100% del financiamiento del Plan Nacer estuvo a cargo de la Nación y luego pasó a ser cofinanciado bajo un sistema incremental y gradual por las provincias, manteniendo una mayor participación en el cofinanciamiento por parte de la Nación. Las prestaciones priorizadas fueron plasmadas en el Paquete Básico de Salud del Plan Nacer, listado explícito de servicios de salud que incluye prestaciones médicas y acciones sanitarias focalizadas en la salud de mujeres embarazadas, puérperas y niños de hasta 6 años. En 2012, ante los logros del Plan Nacer, el Gobierno Nacional y los Gobiernos Provinciales decidieron poner en marcha el Programa SUMAR para ampliar la cobertura del Seguro Provincial de Salud a otras prestaciones y otros grupos poblacionales, tales como: niños hasta los 9 años, adolescentes hasta los 19 años y mujeres entre 20 y 64 años sin cobertura explícita en salud. En ambos planes, la entrega de fondos está supeditada al cumplimiento de metas. Los centros de salud poseen amplia autonomía respecto de la administración de los mismos.

¹⁴ El Programa “REMEDIAR” fue implementado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2002, en el contexto de una profunda crisis social y económica. En mayo de ese mismo año se declaró la emergencia sanitaria (Ley 25.590) dando origen a este Programa que contó con financiamiento del BID. El objetivo fundamental del mismo apuntó a implementar un circuito de distribución gratuita de medicamentos a través de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de todo país.

“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 ILE¹⁵ que se pudo hacer en la institución, pero a raíz de voluntades individuales que se han juntado para meter presión”.

Este testimonio expone de qué modo ciertas prácticas orientadas a la dimensión de aceptabilidad del Derecho a la salud están más vinculadas a iniciativas individuales construidas “desde abajo” que a lineamientos derivados de otros estratos del Estado con mayores niveles de responsabilidad.

De lo dicho hasta aquí se desprende la identificación de otra dimensión de la brecha, entre un conjunto de construcciones “desde abajo” que permiten cierta materialización del derecho a la salud y agendas construidas “desde arriba”, desvinculadas de la realidad que se vive en el territorio. Así las cosas, estas experiencias ponen en tensión los discursos de las normativas provinciales y también de los distintos niveles de agendas. En esta línea, los indicadores seleccionados para monitorear el proceso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible del IVN no reparan en la importancia del conocimiento, saberes e información con que se cuenta en el primer nivel de atención, y que resulta imprescindible para el diseño de políticas efectivas. El proceso de adaptación de las metas y objetivos iniciado en la provincia se ha restringido a la realización de reuniones interministeriales y talleres de “sensibilización” al respecto, sin apertura aún a otros espacios o niveles que les permitan acercarse a la identificación de fuentes de datos dispersas para construir nuevos indicadores.¹⁶ Esta

¹⁵ El protocolo de Interrupción Legal del Embarazo se vincula con la meta 3.1, ligada a la salud sexual y reproductiva.

¹⁶ Entrevista telefónica con coordinadora del proceso de adaptación de Río Negro, 28 de

distancia entre agendas se evidencia en la selección de indicadores como el de “consumo per cápita de proteína animal (vacuna + porcina + aviar)” que se enmarca en el capítulo temático vinculado al lineamiento estratégico de Calidad de Vida, (IVN 2017) y la realidad del centro de salud lindante con el vertedero municipal de la ciudad más poblada de la provincia, al cual concurren diariamente más de 100 personas, entre niños y adultos, en busca de alimento. El “consumo per cápita” oculta y neutraliza las asimetrías entre quienes pueden tener un alto consumo de proteínas y quienes para lograr la subsistencia deben concurrir a un basural, exponiéndose a los riesgos que apunta a reducir el ODS 3.9, vinculado a la contaminación y sus efectos sobre la salud.¹⁷ Del mismo modo, indicadores como el de “Proporción de personas que reciben asistencia técnica e insumos para la generación de huertas y/o granjas,

marzo de 2019.

¹⁷ Dando cuenta de esta misma brecha, y reproduciendo el discurso del IVN 2017, en el proceso de adaptación de los ODS iniciado en marzo de 2018 en Río Negro, se retoma la retórica de la “armonización” entre la Agenda provincial y la Agenda 2030 y se priorizan dos metas: 3.1 y 3.7, seleccionándose un indicador para la primera y 4 para la segunda. Las 2 metas priorizadas vinculadas al ODS 3 en la provincia de RN son: “De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”, proponiéndose como indicador: Razón de mortalidad materna cada 10.000 nacidos vivos y la segunda meta priorizada es la 3.7: “De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.” Se seleccionan 4 indicadores: Tasa de embarazo no planificado entre adolescentes de 15 a 19 años, Tasa de embarazo adolescente, Tasa de uso de anticonceptivos en salas de salud y Tasa de sífilis en embarazadas.

sobre total de población bajo línea de pobreza”, refleja meramente la cantidad de personas alcanzadas por dicho programa, sin dar cuenta en qué consiste dicho alcance.(IVN2017: 67)

7. Derechos en tensión

La brecha que se intenta reflejar entre lo dicho y lo hecho respecto al derecho a la salud, debe interpretarse en el marco de un Estado que así como no trata de igual modo a todxs lxs ciudadanxs que se vinculan con sus múltiples facetas, tampoco brinda un trato igualitario a quienes trabajan dentro de su estructura. Estos tratos o destratos se encuentran asociados, como señalara O'Donnell, con las posiciones ocupadas en la escala social por los sujetos con los que trabajan cotidianamente. Aproximarse a las condiciones de trabajo de quienes actúan como mediadores a la hora de satisfacer este derecho, permitirá comprender entonces el impacto que estas condiciones tienen en los servicios que brindan, y a la vez evaluar las situaciones que se experimentan en el terreno vinculadas a las condiciones de contratación, perfeccionamiento, capacitación y retención del personal de salud asociadas al ODS 3c, así como también al ODS 8, relacionado con el trabajo decente. (ONU, 2015, p.19)¹⁸

¹⁸ Respecto al presupuesto destinado a contratación, capacitación y retención del personal de salud (ODS 3.c) cabe mencionar la encuesta realizada por la Asociación Rionegrina de Equipos de Salud a 120 ex residentes del sistema de salud rionegrino en julio de 2018. La misma puso de manifiesto que entre quienes se incorporaron al sistema público habiéndose recibido en los últimos 5 años, se destaca el pago atrasado de sueldos al inicio de la relación laboral, con retrasos de más de 4 meses para cobrar el primer sueldo en promedio, situación que en contextos inflacionarios como el actual, resulta inabarcable para la mayoría de lxs trabajadorxs. A esto se agregan las malas condiciones de trabajo en contextos rurales, el incumplimiento del ministerio en los acuerdos laborales de contratación y destinos y la subestimación por parte de las autoridades provinciales del valor simbólico y material de los recursos formados por su propio sistema de salud. (ARES, 2018).

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)¹⁹

Esta “opción no electiva” de realizar horas extras es una posibilidad que no está abierta a todxs lxs trabajarxs de la salud, generando fragmentación y conflictos dentro de los equipos de trabajo. A algunxs no les queda alternativa: *“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?...sueldos que no son acordes, formas de contratación que no son claras. ¿Cuánto 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., dejo de hacer”. Y en el “dejo de hacer”, me parece que esto también termina perjudicando el tema del acceso a la salud” (N).

¹⁹ Desde principios de 2017 se vive un intenso conflicto en el subsector público de la salud rionegrina 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.

Esta forma desigualitaria de vincularse con algunxs trabajadorxs también se pone de manifiesto en los modos en que funciona la obra social de la provincia. *“La misma obra social nuestra vulnera nuestros derechos como trabajadores, que es manejado por el Estado Provincial”* (L).²⁰

Dando cuenta de sus condiciones de trabajo, una enfermera comentaba: *“Muchas veces terminamos en algunos servicios del hospital, poniendo plata los trabajadores, para poder comprar historias clínicas, los ganchitos, la plasticola. (...) 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).

En sintonía con lo anterior, una médica comentaba: *“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 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 se viene 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 trabajadorxs 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...con poca experiencia o poco conocimiento de la historia de esos lugares... [...] 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

²⁰ Este testimonio se corresponde con el análisis de las denuncias radicadas en la DPPRN respecto a la obra social del IPROSS.

puedan tener el transporte para ir a su lugar de trabajo y, también... 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 Ternerero, 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.”(Z)

Estas prácticas confrontan con el discurso vinculado a la “armonización” de agendas esgrimido en el IVN 2017 y en el plan de adaptación de los objetivos y metas de la Agenda 2030 en la provincia, que intentan invisibilizar los conflictos vinculados a la definición de los modos de intervención, al tiempo que las implicancias de intentar compatibilizar agendas en un contexto de ajuste.²¹

²¹ La comparación de los presupuestos de 2016 a 2019 con las competencias que el Ministerio de Salud de la Nación tenía en 2015 (Programa Federal Incluir Salud y el Servicio Nacional de Rehabilitación incluidos) muestran una retracción del 21 por ciento. Cabe destacar que gran parte de los recursos del entonces (ex) Ministerio de Salud se destinaban a la compra de medicamentos, vacunas y tecnologías con alta dependencia del precio del dólar. Al momento de la realización del presupuesto 2016 la cotización del dólar era de 9,70 pesos, con lo cual cada lector/a podrá evaluar al momento de la lectura del presente artículo el impacto que la devaluación del peso tuvo en el período analizado sobre el presupuesto de la en ese momento devaluada cartera de salud.

8. 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 rionegrino, sumada a la retórica de la “armonización” de Agendas (provincial y 2030) no se corresponde con la distancia existente con las experiencias vinculadas tanto a las denuncias realizadas en la DPRN 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 políticas que propenden a la provisión de medicamentos y otros insumos indispensables para el desarrollo de la práctica médica) ponen de manifiesto, a la luz de los relatos de los equipos de salud, deficiencias respecto al cumplimiento de las obligaciones estatales.

De esta manera, 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, así como quienes requieren de servicios de mayor complejidad, se encuentran entre los grupos más vulnerables.

En este contexto, resulta fundamental el rol desempeñado por lxs trabajadorxs de los servicios de 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 los mismos equipos de salud, también existen en esta trama otras caras del estado que, respondiendo a distintas lógicas y universos de sentido, 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.

El análisis realizado permitió por una parte tipificar las modalidades de vulneración del derecho a la salud y, por otra, poner de manifiesto cómo se vinculan estas modalidades de vulneración con distintos eslabones de la cadena burocrática del Estado.

Al mismo tiempo, la decisión metodológica y también política de dar lugar a las voces de los equipos de salud puso de manifiesto la necesidad de complejizar los procesos de monitoreo de las políticas de salud y las fuentes e indicadores que se utilizan para ello, demostrando el valioso aporte de las técnicas de investigación cualitativas a la comprensión de las múltiples dimensiones que hacen al derecho a la salud, a sus formas de vulneración, a los actores y estrategias desplegadas para su satisfacción y al rol desempeñado por lxs trabajadorxs de la salud en esta trama.

En un contexto configurado por la Agenda 2030, que podría ser de oportunidades tanto en el IVN como en el proceso de adaptación a los objetivos y metas de dicha agenda en Río Negro, se evidencia cierto fetichismo por las estrategias de monitoreo convencionales y la falta de apertura hacia otras metodologías de seguimiento y actores. La complejidad de los problemas y desafíos de la Agenda 2030, y del ODS 3, al que se aboca este artículo, manifiestan la necesidad de trascender los límites de la “ciencia normal” (Ziegler, 2011; Cimadamore *et al.*, 2016) y la retórica de la armonización de agendas. Asumir la complejidad es también dar cuenta de la conflictividad implicada en estos procesos y de las múltiples voces que deberían ser convocadas para participar de las distintas instancias del mismo.

Referencias bibliográficas

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), p. 261-282. Abramovich, V. & Courtis, C. (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.

Asociación Rionegrina de Equipos de Salud (2018) Elegir la Patagonia. Una historia de formación en salud, trabajo y experiencias personales.

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

Cimadamore, A. et al (2016). ‘Development and Sustainability Science: Transdisciplinary Knowledge for Positive Social Change’ in Cimadamore *et al. Development and sustainability. The challenge of social change*. Londres: Zed Books

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2008). *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*. Organización de los Estados Americanos. Recuperado de : <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf> [Acceso: 23 de mayo de 2017].

Constitución de la provincia de Río Negro (1988). 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. (comp.) (2006). *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*, N° 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. (2004). *Informes de Relatores Especiales sobre Derecho a la Salud*. Recuperado de : <http://observatoriopoliticasocial.org/informes-de-relatores-especiales-sobre-derecho-a-la-salud/> [Acceso 23 de mayo de 2017].

INDEC. *Censo de población y vivienda 2010*. (2010). Recuperado de http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp [acceso: 28 de febrero de 2017].

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*. 2 (2): p. 147-160. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a04.pdf> [Acceso 23 de may 2017]

Ministerio de salud. El derecho a la salud en Río Negro Fortaleciendo el Sistema de Salud Rionegrino. Etapa 2014-2015. (2014). Recuperado de: http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wpcontent/uploads/documents/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf [Acceso: 23 de mayo de 2017]

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 Aries, 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 de noviembre.

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

OACDH. (2012). *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y aplicación*. Recuperado de: http://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Publications/Human_rights_indicators_sp.pdf&action=default&DefaultItemOpen.) [Acceso 23 de mayo de 2017]

OACNUDH. Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCESCR.aspx> [Acceso 23 de mayo de 2017].

OEA. (1988). Protocolo de San Salvador. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/>

OEA. (2004). Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). Recuperado de: <http://www.oas.org/es/mesecvi/>

Perner, S. y Pérez, S. (2017). *Encuesta sobre situación del Plan Remediar en el primer nivel de Atención de la provincia de Río Negro*. UNRN-UNCOMA.

Presidencia de la Nación (2017). *Informe Voluntario Nacional*. Argentina. Recuperado de <http://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/presscenter/articles/2017/07/18/argentina-y-el-informevoluntario-sobre-la-agenda-2030-presentaci-n-en-el-foro-pol-tico-de-alto-nivel-en-unny.html> [Acceso: 3.de febrero de2019].

Ziegler, R. and K. Ott (2011). 'The quality of sustainability science: A philosophical perspective', *Sustainability: Science, Practice, & Policy* 7, 1.

