



Virginia **CUNZOLO***

*: Licenciada en Trabajo Social (UBA), Maestranda en Antropología Social. Trabajadora social del hospital Piñero. Docente de la materia "Salud Pública" en la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ). e-mail: vircunzolo@hotmail.com

PRESENTADO: 05.07.21

ACEPTADO: 20.09.21

ENTRE EL DERECHO Y EL MÉRITO. SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

89

Resumen

Desde inicios del 2020 el mundo atraviesa los efectos del COVID-19 en áreas como la educación, el trabajo y el acceso a diversos derechos. En ese contexto, en Argentina, los servicios de salud se concentraron especialmente en la atención de lo urgente: la pandemia. Así, otras problemáticas debían esperar o ameritar importancia. No obstante, esta dicotomía entre lo urgente y lo importante no sólo no es algo novedoso en el ámbito hospitalario, sino que en tal periodo se profundizó.

Desde una reflexión de la experiencia laboral en un hospital del sub-sector público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el artículo analiza algunos obstáculos que durante el último año las personas atravesaron para acceder a los servicios de salud, los límites y requerimientos que el sistema les impuso.

Palabras Clave: Acceso a la salud; Mérito; COVID-19; Derecho; Atención.

Summary

Since the beginning of 2020, the world has been going through the COVID-19 pandemic and its effects on areas such as education, work and access to other rights. In this context, in Argentina, the health services focused especially on the urgent care: the pandemic. Thus, other problems had to wait or merit importance. However, this dichotomy between what is urgent and what is important is not only not something new in the hospital setting, but in the current period, it has deepened. From my own work experience in a public hospital of the Autonomous City of Buenos Aires, this article analyzes the obstacles that people had to go through in the last year to access health services and the limits and requirements that the system imposed on them.

Key words: Access to health services, merit, COVID-19, right to health, health-care.

PUNTO DE PARTIDA

Desde hace más de un año y medio el mundo convive con una emergencia sanitaria que, en mayor o menor medida, trastocó los sistemas económicos, educativos y de salud de todos los gobiernos del globo. Sin embargo, su alcance e impacto es diferencial en las estructuras de cada país. En tal contexto de crisis epidemiológica, el plano del derecho a la salud no quedaría exento de este impacto.

En lo que refiere a nuestra región, según la concepción de la medicina social latinoamericana al pensar la salud y la enfermedad debemos tener en cuenta los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales de un país, como los más relevantes para explicar la calidad de vida de su población (Navarro, 2008). Tales determinantes tienen la potencialidad de enfermar los cuerpos o posibilitar su salud (Laurell, 1982). Bajo dicha perspectiva, acceder a la salud involucra, además del bienestar físico, contar con las condiciones necesarias para la población pueda plantearse un mayor bienestar fisiológico, psicológico y social (Ippolito- Shepherd, 2010). De esto se desprende que las desigualdades sociales guardan una relación directamente proporcional con la salud y la calidad de vida de las personas. Así, un mayor presupuesto en salud *a priori* no implicaría un mayor nivel de vida de la población si no está abocado a una política nacional que apunte a reducir cada vez más las desigualdades sociales mediante intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales encaminadas a mejorar la salud (Navarro 2008).

En efecto, si bien el presupuesto en salud por habitante que nuestro país destina es mayor en relación a otros países latinoamericanos, dicha inversión no se traduce necesariamente en mejores resultados sanitarios. Argentina era en 2017 el quinto país de América Latina con mayor gasto en salud per cápita (OECD/The World Bank 2020). Sin embargo, Chile y Uruguay con inversiones similares a los de Argentina y Costa Rica con valores significativamente menores, reportaban mejores indicadores de morbilidad. En este sentido, la OPS-OMS (2018) indicaba que por cada 100.000 nacidos vivos Argentina presentaba en 2017 números más altos de mortalidad materna

(33,7) que Costa Rica (21,2), Chile (9) y Uruguay (18,6) respectivamente. Lo mismo sucedía con la tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos (Argentina 9,7; Chile 7,0; Uruguay 6,5 y Costa Rica 7,7). También en esa comparativa, la Argentina se ubicaba en desventaja respecto de la tasa de mortalidad neonatal, menor esperanza de vida al nacer, mayor incidencia de tuberculosis y de enfermedades transmisibles. A su vez, en lo concerniente a cuestiones como accidentes de transporte o sobrepeso y obesidad en adultos, los números también resultaban mayores (OPS-OMS 2018).

El elevado presupuesto destinado a la salud en países como el nuestro, donde la fragmentación y dispersión de centros de decisión del sistema es una característica distintiva (Arce, 2012), se constituye en un gasto cuando no afecta significativamente a los determinantes estructurales de salud de la sociedad y se destina a la atención de la enfermedad en lugar de promover la salud (Navarro, 2008).

Respecto de Argentina, resulta pertinente brindar algunos datos del área de salud. Previamente a la pandemia el “Análisis de la Situación de Salud de la República Argentina” (Ministerio de Salud de la Nación, 2018) informaba que en 2015 el gasto público en salud representaba el 7,1% del PBI y de ahí, el 3% se había destinado a la atención pública. Por otro lado, el informe destaca que desde el último censo nacional realizado en 2010, el 36% de la población sólo tenía como cobertura el subsistema público de salud. Asimismo, más del 40% de los 25.751 establecimientos de salud relevados en 2017 eran públicos. A su vez, la región centro del país, en la cual se encuentra Buenos Aires, poseía la mayor cantidad de camas de internación (74%) en relación a las otras regiones.

Tal análisis recogía una Tasa de Mortalidad Infantil de 9,7 por cada 1000 nacidos vivos, y una Tasa de Mortalidad Neonatal de 6,6 por cada 1000 nacidos vivos. El estudio destacaba también la prevalencia significativa de enfermedades crónicas como Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Renal Crónica, Accidente Cerebro Vascular, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Diabetes, así como de distintos cánceres. A su vez, observaba un número de 37% de sobrepeso y un aumento significativo

en la prevalencia de la obesidad. También evidenciaba un aumento tanto en la Sífilis congénita (de 1.10 a 1.26 cada 1000 nacidos vivos) como en el embarazo (3,94% a 4,63%) en el período 2016-2017. El estudio destacaba, por su parte, un total de egresos hospitalarios por trastornos mentales de 2.137.332, de los cuales 10.482 se debieron al consumo de alcohol (Ministerio de Salud de la Nación, 2018, 86-89).

Tales indicadores se suman a una realidad en la cual los hospitales y centros de salud de nuestro país no fueron inmunes a las medidas socioeconómicas que distinguieron a la Argentina de las últimas décadas. Por el contrario, recibieron los embates de la aplicación de recetas neoliberales, la implementación de políticas de ajuste y el desfinanciamiento del sistema.

Como señalan diferentes trabajos, a través de tales estrategias se privilegiaron los capitales privados en el área de salud y se promovió que quien tuviera capacidad de pago podía acceder a mejores servicios de salud, desprestigiando así al sector público. También adquirió lugar el capital privado a través de la oferta de seguros de salud a la población sana y en la tercerización de funciones y servicios del sub-sector público (Iriart y Merhy, 2017). En suma, la salud pública devino en una salud para pobres; aquellas/os que no pudieran costear servicios privados. Lo dicho se puede ver reflejado en el desmantelamiento de programas de salud, en la insuficiencia del número de profesionales en la atención, la falta de insumos básicos, el retardo en la realización de operaciones y entrega de turnos, escasez de medicación, como así también en una atención brindada caracterizada a menudo como deficitaria y de baja accesibilidad (Iriart y Merhy, 2000).

UN PERIPLO LEGÍTIMO PERO ILEGAL

Al considerar cuál es la población que mayormente asiste a los efectores públicos de salud debemos partir de la idea de determinantes estructurales. La población que en mayor medida

se atiende en las instituciones públicas de salud vive en condiciones que deterioran su cuerpo y, en consecuencia, su salud cotidianamente (Iriart y Merhy, 2010; 2017). Además, cuando asisten a dichas instituciones suelen enfrentarse con demoras en la atención, retos, tratos hostiles por parte de los profesionales y trabajadores del lugar, información difusa tanto del modo de acceder a la atención como sobre su padecimiento, diagnóstico y/o tratamiento, como así también recomendaciones sobre procedimientos que están fuera del alcance de sus condiciones materiales de vida.

En el curso de mi trayectoria laboral en una institución hospitalaria¹ pude observar determinados modos en que las personas se dirigen a las/os profesionales (médicas/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os) al realizar una consulta. En estas instancias frecuentemente emergen relatos para acceder a la atención que profundizan en distintos aspectos próximos al lamento, a fin de captar la atención del personal.

En efecto, si agrupara algunas de las inquietudes que presentan las personas al enmarcar sus pedidos de atención sustentados en relatos de sus vivencias personales, podría organizarlas en: a) dificultades cotidianas socioeconómicas; b) deterioro físico y marcas corporales que prueben el padecimiento y malestar; c) pedidos de disculpas por la atención, el recurso que solicitan (argumentando que si tuvieran otra alternativa no lo estarían demandando) o los motivos por los que no pudieron cumplimentar los procedimientos recomendados por la institución (por ejemplo, a solicitar un turno o seguir indicaciones en un tratamiento) y d) quejas por tratos hostiles, indiferencia o acceso vedado al servicio solicitado, por parte de médicas/os, enfermeras/os, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales en la atención o trabajadoras/es administrativas/os al momento de brindar turnos o información sobre la atención.

En un intento por comprender el sentido de esos comportamientos e interpretar el porqué de los mismos, pude advertir que quienes tomaban actitudes de disculpa accedían a un trato más amigable,

1. En un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

ameno o predispuesto por parte del personal de salud, reduciendo así la hostilidad usual de la institución.

Como sostiene Fassin (2003), el cuerpo reviste, a través de la exhibición de las marcas de la pobreza y un relato de lamento, un uso político cuando no queda otro recurso posible para reclamar un derecho. La exhibición de las marcas corporales de la pobreza y el relato sufriente que las acompaña toman una suerte de reconocimiento social. Lo dicho resulta coherente con la consideración, como sostiene Fassin (2010), de que el vocabulario del sufrimiento, de la compasión y de lo humanitario forma parte de la vida contemporánea. Configuran lo que denomina “gobierno humanitario”, el fenómeno que pone en escena el despliegue de sentimientos morales en las políticas contemporáneas, las instituciones, dispositivos y acciones puestas en práctica para administrar y regular la existencia de los seres humanos. De esta manera, incluso en términos discursivos al hablar de situaciones referidas a la pobreza, preferimos hablar de sufrimiento y compasión antes que de interés y de justicia, y en nombre de la compasión legitimamos las acciones declarándolas humanitarias (Fassin, 2010).

Además, el autor analiza el fenómeno por el cual la política contemporánea tradujo en todos sus dispositivos las desigualdades sociales en términos de sufrimiento psíquico. Esto actúa como parte de una configuración compasional y ofrece como respuesta casi exclusiva a los problemas de las clases populares una “escucha” de su malestar. A su vez, señala una paradoja: la política que busca la compasión colectiva haciendo énfasis en la vulnerabilidad y fragilidad de las/os más pobres, deviene en una política de la desigualdad. Así, mientras la apelación a los sentimientos morales resulta una política de solidaridad en el reconocimiento de otras/os, al mismo tiempo es una política de desigualdad ya que no constituye una ampliación de derechos (Fassin, 2010).

Lo dicho toma una configuración particular cuando se trata de las instituciones de salud, por lo

que para su análisis se deben considerar diversos factores. En primera instancia, debido a que el sistema médico presupone un modelo único y binario de salud-enfermedad, se ignoran y/o acallan las problemáticas que cruzan como determinantes sociales a cada una de las trayectorias personales. Allí, las personas son tomadas como individuos/as en abstracto y atomizados/as, sin considerar los múltiples avatares que atañen a sus cursos de vida (Rada Schultze, 2016).

En relación al modo en que se organiza nuestro sistema de salud², resulta relevante considerar, como se ha señalado en otros trabajos (Cunzolo y Rada Schultze, 2021), que la obligación de la institución hospitalaria se limita a atender episodio agudo de enfermedad. En cuanto a los aspectos médicos, esto puede conducir a la búsqueda de atención en otro efector de salud. Todo aquello que lo excede no es entendido como responsabilidad o competencia del efector hospitalario. No obstante, tal afirmación no encuentra sentido si no es mirada a la luz de los parámetros de la medicina hegemónica ejecutora de la bio-medicina (Menéndez, 1985). Para ésta, la institución médica debe atender exclusivamente los aspectos biológicos del malestar del cuerpo. A la vez, el área de vacancia que presenta la agenda de política pública referida al mejoramiento de las condiciones materiales de vida de la población pobre sobrepasa a todas luces la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Por otro lado, y en relación a lo anterior, tratándose de instituciones que sólo tienen en consideración parámetros biológicos, es frecuente que las personas se enfrenten en los servicios de salud a tratos que no son de su agrado, modos hostiles, atención médica negada o explicaciones insuficientes/falta de información sobre su diagnóstico y tratamiento respectivo. Esto las lleva a un periplo adicional en el que buscan la atención adecuada o intentan reducir los tratos inadecuados u hostiles. Ejemplo de ello son las actitudes señaladas más arriba (relatos de su historia personal, pedidos de disculpas, exhibición de marcas corporales). Empero, no emprender tal camino las

2. Se organiza según niveles de complejidad. El primer nivel lo cubren aquellas instituciones que implementan atención primaria de la salud. El segundo nivel es ocupado por los hospitales generales que deben atender episodios de urgencia, emergencia o enfermedades en estado agudo. El tercer nivel corresponde a los hospitales especializados (Arce, 2012).

enfrenta a seguir recibiendo un trato no acorde a sus necesidades. Si bien es una verdad de perogrullo decir que todas las personas buscamos un buen trato en nuestras relaciones, para este caso la diferencia respecto a otro grupo poblacional es que el destrato o maltrato que reciben se anexa a las pocas posibilidades de acción que ya tienen. Por ejemplo, al no contar con obra social o prepaga y no poder pagar una atención privada, necesariamente tienen que concurrir a esta atención. En síntesis, la opción de estas personas en relación al sistema médico radica en ir o no ir al hospital.

Hasta aquí se plantea, entonces, un estado de situación que, a mi entender, revelaría dos cuestiones. Por un lado, el acceso dificultoso a los servicios de salud que las personas tienen por sus condiciones materiales de vida y el padecimiento de las mismas. Por el otro, cierta tendencia a la visibilización de los padecimientos en el sistema de salud como estrategia para sortear algunos de los obstáculos que éste presenta.

La experticia como trabajadora del sistema médico formal me permite conocer la normativa del sistema de salud, la situación de las personas y, sobre todo, situarme en este espacio intermedio entre lo que la ley dice y lo que a las personas les ocurre. En este sentido, la normativa vigente, la constitución nacional y la legislación específica dictaminan que la salud es un derecho universal, gratuito y es obligación del Estado garantizarlo para todas las personas. Al respecto, la ley N° 26529 de Derechos del Paciente establece que entre otras cuestiones las personas tienen derecho a:

- Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y

morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

- Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;
- Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.³

En efecto, los obstáculos institucionales, las actitudes adicionales que se requieren para transitar por el sistema recibiendo mejor trato y menor hostilidad, ponen en tensión el sistema de salud y a menudo hacen que las personas busquen atenderse sólo cuando es urgente. Esto, entre otras cuestiones, puede influir en la situación, muy frecuente en el efector hospitalario, de personas que consultan por su malestar cuando ya no logran tolerar los síntomas, llegando con niveles muy elevados de deterioro, o en lo que el sistema de salud define como urgencia.⁴

Tales cuestiones constituyen un ejemplo de que el presupuesto por habitante que Argentina destina a salud no redunde en mejores resultados sanitarios. Aquellos resultados no son posibles en tanto la atención signifique sumar una dificultad más a la vida cotidiana, sea demorada, evitada

3. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm> Consultado: 6.6.2021

4. Dentro de las urgencias, se considera al paciente que ingresa con una patología aguda (de moderada o severa gravedad) pero sin muerte inminente por causa de la misma. Estas personas requieren hospitalización de guardia y su destino siguiente puede ser una sala de cuidados intensivos, el quirófano o la internación general a cargo de los distintos servicios (Ministerio de Salud. Resolución 428/2001. Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Guardia en los Establecimientos Asistenciales, incorporándola al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/66972/norma.htm> Consultado: 6.6.2021.

o se busquen soluciones por fuera del sistema de salud no porque no se considere necesaria o deseable, sino porque se convierte en un incordio. No contar con asistencia profesional podría profundizar el deterioro sufrido por las condiciones de vida. Todo lo cual conduce a reflexionar sobre el hecho de que requerir asistencia conlleva poner en práctica una conducta específica adicional al simple acto de solicitar atención; aquellas prácticas que permitan sortear demoras y tratos insatisfactorios. Por otro lado, tal periplo adicional puede convertirse en una dificultad más para quienes la enfermedad alteró o comienza a condicionar permanentemente la vida cotidiana y la autonomía que gozaba previamente.

No obstante, no sólo las/os pacientes componen el sistema de salud, la contracara es el personal. De por sí las instituciones plantean una asimetría. En ellas convergen situaciones y relaciones asimétricas de poder, hay alguien que tiene la información y alguien que no, quien tiene la posibilidad de elaborar diagnósticos y quien no, quien padece y quien puede curar. Esta situación *a priori* no tendría por qué ser violenta. Sin embargo, las personas que son vulneradas al recibir los embates de la violencia institucional en su vida cotidiana (no acceden a la vivienda, no acceden a la educación, no acceden al trabajo, cuando en realidad son derechos) vuelven a ver vulnerados sus derechos y ser violentadas cuando tienen un padecimiento y deciden buscar atención, reciben un trato contrario a lo que la normativa promueve y busca garantizar.

Empero, si bien las prácticas que vengo mencionando como parte del periplo adicional y que excediendo la simple búsqueda de atención de la salud, se establecen como una suerte de “condición” no manifiesta, constituirían, según este razonamiento, prácticas ilícitas pero legitimadas dentro del sistema. ¿Por qué son ilícitas? Porque la ley lo dice.

De esta manera, puedo decir que la forma en que el sistema público habilita la atención y manutención de la salud mediante sus establecimientos sanitarios revela incompatibilidades y obstáculos con la vida cotidiana cuando las personas viven en condiciones materiales de pobreza. Las conductas adicionales necesarias para sortear esa

incompatibilidad (aunque haya que tenerlas sólo cuando atenderse es imprescindible), se constituyen o bien en requisitos informales o bien en contraprestaciones que impone el sistema de salud.

Sean requisitos o contraprestaciones, la necesidad de poner en práctica una conducta para sortear los obstáculos que imponen las instituciones resulta en una vulneración de derechos. La vulneración de estos derechos propende a enfermar los cuerpos de las personas más aun cuando el sistema de salud es parte de una política estatal que no logra elevar el nivel de vida de la población influyendo en los determinantes estructurales de la salud y atacando las desigualdades sociales (Navarro, 2008).

Por el contrario, ciertas políticas de sesgo neoliberal del “gobierno humanitario” están abocadas casi exclusivamente a la asistencia. Las mismas resultan residuales y se destinan a atender mediante la benevolencia estatal sólo a aquellos/as que no podrían protegerse, ni asumir sus riesgos sociales (Rada Schultze, 2015).

ESCENARIO FRENTE AL COVID-19

La pandemia de COVID-19 presentó desde marzo de 2020 un terreno desconocido en todos los ámbitos y aspectos: personal, familiar, laboral, vincular, entre tantos otros y trastocó radicalmente grupos sociales e instituciones, provocando una verdadera hecatombe en la mayoría de los escenarios. Desarticuló y ubicó en emergencia toda la cotidianeidad y requirió para hacerle frente herramientas desconocidas hasta el momento y, por tanto, improvisadas.

No obstante, el COVID-19 agregó complicaciones al escenario de la vida, sin miramientos de que las realidades complejas ya preexistentes fueran a ceder sus dificultades frente a una pandemia.

El estado de emergencia en el que la vida cotidiana se puso frente al COVID-19 tuvo uno de sus epicentros en las instituciones de salud. Vino a instalarse en instituciones y escenarios de políticas públicas que ya mostraban falencias y vacancias de larga data.

Las estrategias desarrolladas en la incertidumbre frente a un problema nuevo y transversal como la pandemia fortalecieron en esencia las perspectivas conocidas de las que hasta el momento se valían las herramientas en estas instituciones. De esta manera, el modelo biomédico renovó su vitalidad en sus diversas características y desde distintos ámbitos de discurso y acción. Es así que, desde los centros de poder, el Estado y sus instituciones, hasta los medios de comunicación, el centro de la escena fue puesto en la entidad biológica del virus COVID-19 y las tecnologías y saberes para combatirlo (infectología, vacunas, protocolos de prevención del contagio y de aislamiento, entre otras). El virus tomó entidad propia como un enemigo invisible al que hay que combatir, se ontologizó y se lo abordó como un ser con vida propia (Federico, 2021, 7). Esto resultó una vez más, acorde a la perspectiva biomédica que trabaja sobre un cuerpo atacando los agentes biológicos que lo invaden. De esta manera, la lógica de trabajo, interpretación y discurso se endureció en los términos básicos de la biomedicina. Esta vez, al tratarse de un virus de invasión mundial, parecía difícil sortear este lugar común.

El abordaje de la emergencia sanitaria en el día a día, en los lugares en que las personas debían atenderse, ejecutar protocolos, atención y acción, como el hospital, dio lugar a lo que protagoniza la pandemia: el refuerzo de las prácticas intervencionistas y medicamentosas de eficacia pragmática. Las estrategias se guiaron por la lógica divisionista del riesgo y se fortalecieron en la perspectiva hospitalocéntrica, alejada por definición de las singularidades y los determinantes sociales de la enfermedad. De esta manera, se descontextualizó el objeto de estudio, se ocultaron las trayectorias, contextos y singularidades de quienes lo padecen, invisibilizándolas (Federico, 2021, 7).

En este sentido y como señalaran otros trabajos, el estado de emergencia al basarse en la separación en grupos de riesgo tiende a retroceder en el proceso de destierro de prejuicios y estigmas arraigados socialmente y adjudicados a determinados grupos poblacionales, que, en general, los sostienen en la desigualdad social (Rada Schultze, 2020).

En mi desempeño laboral en el ámbito hospitalario durante el fuerte impacto de la pandemia

en 2020, pude observar los argumentos de las/os profesionales médicas/os y de quienes ejercían los cargos directivos. Fueron taxativos en la imposibilidad de considerar al interior del hospital cuestiones que excedieran los episodios agudos de enfermedad de las/os pacientes. Por un lado, tal modo de acción encontraba sentido en los protocolos y procedimientos ejecutados en pos de reducir contagios y liberar camas para evitar la saturación hospitalaria. Por otro, parecía fundarse en el evidente agotamiento psíquico y físico del recurso humano del efector de salud, aquella tan mentada “primera línea de combate contra el COVID-19”, que también fue rápida y constantemente atravesada por los contagios.

Tales argumentos emergían en el marco de discursos sobre el estado de emergencia y la importancia de cuidar a la población. Sin embargo, no es menos cierto que volverían a andar caminos que recaerían en prescripciones morales de casi exclusiva responsabilización de las/os pacientes y sus familias respecto a la situación de salud de quien atravesara un malestar que requiriera atención (Cunzolo y Rada Schultze, 2021).

En coherencia con los discursos fortalecidos en los parámetros biomédicos, ciertas lógicas ya existentes en la institución se recrudecieron. No se debía consultar, ni frecuentar los establecimientos hospitalarios a menos que fuera estrictamente necesario, la permanencia, consultas y las internaciones debían culminar lo más expeditivamente posible. De esta manera el hospital se convirtió en un territorio del que había que salir rápidamente o directamente no entrar, a menos que fuera obligatorio o imprescindible estar allí: es decir, pacientes y trabajadoras/es. Tales prerrogativas amparadas por el “quedate en casa”, sobre todo si se pertenecía a los grupos encuadrados dentro de la denominada “población de riesgo”, generaba, a su vez, otras particularidades. Por un lado, las visitas a personas internadas pasaron a estar sumamente restringidas más allá de que las/os familiares temieran o no por su ingreso al hospital para visitar a quien estuviese internada/o. Por otro lado, para aquellas/os que atravesaran una internación se transmitía la necesidad de que su duración debía ser tan breve como fuera posible.

No obstante, las vacancias en las políticas sociales que confluyen en la manifestación en las insti-

tuciones de salud de las dificultades de la vida cotidiana de las personas, sus procesos de salud y enfermedad (que incluso demoran su posibilidad de egreso una vez estando de alta hospitalaria), seguían allí e incluso profundizándose junto con la pandemia.

El recrudescimiento de la lógica de la biomedicina, en función de la situación de emergencia y la cumplimentación de protocolos sanitarios fortaleció aquello que es contracara de los relatos que detallan sufrimientos y dificultades a fin de lograr un recurso o atención. Me refiero a los parámetros subjetivos y morales que responsabilizan casi exclusivamente a las personas y familias por su situación de salud. En este caso, tomaron la forma de un argumento irrecusable: el del “deber de salvar”. Las indicaciones y sugerencias por parte del equipo de salud pasaron a estar dominadas subliminalmente por la idea de “salvarse” del contagio del COVID-19 y evitar demandar atención de salud cuando fuera posible.

96

Asimismo, con la solicitud de que luego de una internación la salida del hospital se concrete rápidamente una vez que el episodio agudo estuviese concluido, se transmitía otra idea. Algunas veces más manifiesta, otras más subliminal, “el deber de salvar” al/la familiar internada/o sacándola/o del hospital más allá de las dificultades que la familia o paciente pudiesen tener. La responsabilización moralizante sobre las familias en función de su deber de cuidado, constituye un riesgo en el que las instituciones de salud están siempre prestas a caer. Tal responsabilización a partir de la pandemia comenzó a revestir una lógica salvacionista por la cual irse del hospital parecía, ahora sí, cuestión de vida o muerte.

En línea con lo anterior, se comenzó a dar otro precepto: pacientes y familias debían evitar consultar, pedir explicaciones sobre diagnósticos y tratamientos, irse a tiempo del hospital, con el fin de no saturar la capacidad hospitalaria, el recurso humano, y de esa manera, permitir salvar más vidas del flagelo del COVID-19. Es decir, salvar a otras/os. Si bien la intención no es en absoluto restar importancia a la necesidad de poner en práctica protocolos y evitar contagios, me refiero por un lado al cariz que tomó la situación general en función del riesgo y el temor al contagio. Por

otro, a situaciones en que los discursos de integrantes del equipo de salud se recrudescieron y se afincaron deliberadamente en prescripciones y sugerencias que cargaron el deber de salvación en la persona y su familia.

La prerrogativa, consejo o pedido, de evitar la saturación del sistema y cuidarse del COVID-19 a la que aquí he dado en llamar “salvacionista”, oculta dos cuestiones relevantes. Por un lado, un mensaje moralizador que entiende que, por ejemplo, si una persona no logra concretar lo necesario para que un familiar egrese del hospital una vez finalizado el episodio agudo, entonces no tiene interés en salvarla/o. Por otro, se centra en lo biológico y esconde e invisibiliza las condiciones materiales de vida en la precariedad ya existentes y su profundización a raíz del aislamiento social preventivo y obligatorio.

Sin embargo, tal discurso no recae en las falencias y vacancias de las políticas sociales e institucionales. Ya sea de aquellas que continúan siendo una deuda en nuestro país, como por ejemplo las políticas e infraestructura de cuidados y atención médica domiciliaria (en la realidad pandémica actual, un marco suficiente de políticas de cuidado podría haber favorecido el “quedate en casa” y brindado un plan alternativo de contención para quienes no tenían otra opción que recibir cuidados y atención médica). O, de aquellas que ya eran precarias, no estaban preparadas para dar una respuesta en la emergencia y que frente a la pandemia se cerraron, como por ejemplo los hogares de residencia permanente. Sin contar con que, a su vez, todas las instituciones comenzaron a funcionar en un modo de “sólo prioridades”, y se desarticulaban en el trabajo remoto.

Asimismo, quienes nos desempeñamos laboralmente en una institución hospitalaria, desde marzo de 2020 pudimos observar cierta contradicción en cuanto a tal responsabilización: en función de cumplir protocolos se prohibieron visitas y, dependiendo de las reglas que cada servicio estableciese, incluso se desalentó la asistencia de familiares al hospital para escuchar los partes médicos. No obstante, al mismo tiempo comenzó a ejercerse cierta culpabilización para aquellas/os familiares que no iban a recibir partes médicos, o no reemplazaban la asistencia al hospital mediante una

comunicación telefónica. Tales cuestiones invisibilizaban la imposibilidad de comunicarse con consultorios hospitalarios y salas de internación, tanto como el temor de familiares y/o referentes sociales por su propia situación de salud al acercarse al hospital.

De esta manera, el hospital se convirtió, tal vez más que nunca, en un lugar para “no estar” más allá de los límites del episodio físico que hubiese llevado allí. Esta vez, salir de allí ponía en juego no sólo la propia “salvación” sino también la posibilidad, ya que todas/os estábamos en riesgo de enfermar gravemente, de salvar a otra persona en lo inmediato, evitando la saturación hospitalaria. Tales cuestiones pueden tener sostén en el discurso difundido por los gobiernos, por las instituciones, por los medios de comunicación, de cuidarse y cuidar a otras/os como una cuestión de solidaridad con todas/os las/os habitantes del territorio local y nacional. Como apuntara más arriba, la evocación de los sentimientos morales se ejerce en función del reconocimiento de las/os otras/os siendo parte de la “política de la solidaridad” (Fassin, 2010). En este caso, llevando esta lógica a su extremo, evitar la saturación, irse del hospital o evitar consultar en un efector de salud podía tornarse una cuestión de patriotismo.

Puedo esbozar entonces la idea, en línea con el antropólogo Marc Augé (2017), de que el hospital se convirtió en un “no lugar”, un lugar que como nunca antes debía ser de tránsito breve, apurado, atendiendo a lo imprescindible. Augé explica que los “no lugares” son instalaciones destinadas a la circulación rápida, espacios que no pueden definirse como relacionales. El autor entiende que la sobre-modernidad es productora de no lugares que ocupan un lugar circunscrito y específico, sin apropiación. En esta línea, la obligación de tránsito expedito por el hospital, y el ser habitado sólo por quienes debían estar allí, lo tornaría un no lugar, donde no se quería ni se debía estar más de la cuenta a fin de favorecer el tránsito adecuado. Por lo tanto, toda cuestión relativa a los determinantes sociales de la salud era excluida de ese “no lugar”. Pero con una particularidad, la prescripción de que sea un “no lugar” fue en pos de salvarse y salvar personas.

Si bien el hospital pudo tornarse un “no lugar”, los preceptos moralizantes de salvación también

tomaron parte en la escena, generando situaciones controvertidas y encrucijadas difíciles de sortear. De tal manera, aquel periplo adicional que mencionara al inicio de estas líneas, comenzó a fortalecerse nuevamente en diversas situaciones. Algunas de las que puedo mencionar son, el pedido de disculpas por la solicitud de una atención imprescindible, el pedido de disculpas por la solicitud de explicaciones sobre diagnóstico y tratamiento, la excusación por no ir a consultar o continuar tratamientos por temor al contagio del COVID-19 y por tanto llegar en situación de mayor deterioro a la consulta. A su vez, aparecía el relato pormenorizado en el temor al contagio y las dificultades atravesadas por la pandemia para explicar la falta de asistencia al hospital donde un familiar se encontraba internado/o, o la imposibilidad de recibir a aquel familiar en el domicilio, la excusación en la pertenencia a alguno de los lotes de la “población de riesgo”, el impedimento para ir a hacer trámites, entre otras tantas cuestiones.

El periplo adicional a emprender para lograr la atención en el sistema de salud durante la pandemia, ya fuera la demostración de merecimiento de la atención o la justificación de la permanencia debían poder acoplarse a la idea de salvación propia y de otras/os. A su vez, debían trascender a través de argumentos meritorios la sanción de abonar a la saturación del sistema. Más que nunca antes, la asistencia era sólo y exclusivamente para quienes la merecieran y necesitaran más que otras/os. A través de un buen relato el paciente o de su familiar que reclamara la asistencia, debía justificar la atención o la permanencia en el hospital, incluso asumiendo los riesgos de la pandemia.

No obstante, es relevante establecer un punto significativo. Si bien el modelo biomédico como parte de su lógica biologicista, deshistoriza y descontextualiza a las personas, considerándolas exclusivamente en su entidad corporal, no exige a las/os profesionales que lo encarnan ejercerlo dejando de lado sus consideraciones subjetivas y morales. Es decir, si en ejercicio de la perspectiva biomédica se asumiera que sólo se deben tratar entidades biológicas y que por tanto, no existe pertinencia en expresar cuestiones relativas a lo que las personas o sus familias debieran hacer o los comportamientos y actitudes que debieran tener; si no se realizaran juzgamientos, prejuicios,

o evaluaciones que no dieran cuenta del contexto socio familiar, económico y social de la persona, otra sería la experiencia de quienes se atienden en las instituciones de salud. Sin embargo, no es así. Por el contrario, el trabajo en el campo de la salud habilita, por lo general, un buen nivel de autonomía de las/os trabajadoras en la acción concreta (Spinelli, 2010), al menos en lo que concierne a lo que la/el trabajadora transmite en los diálogos e intercambios con las/os pacientes.

De esta manera, la pandemia se centró en las entidades biológicas. Pero, en las estrategias ejercidas en instituciones como el hospital reabrió el juego a aquello que la medicina hegemónica no considera, pero no inhabilita: responsabilizaciones y adjudicaciones morales. En este caso bajo preceptos de salvación, que agregan un paso en el periplo adicional de las personas para acceder a la salud, ameritar la atención.

PALABRAS FINALES

La pandemia de COVID-19 viene trastocando desde hace un año y medio el curso de nuestras vidas y el acontecer de las instituciones y grupos en todo el mundo. Sin embargo, en cada realidad nacional o local se atraviesa particularmente. En las instituciones de salud se plantearon escenarios específicos que mostraron novedades tanto como el fortalecimiento de características ya existentes. En este sentido, en nuestro país el tránsito por el sistema de salud para las personas que viven en condiciones materiales de pobreza y precariedad se torna a menudo un camino de obstáculos.

En el presente artículo busqué problematizar el modo en que aquello sucede, situándome en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. En principio, la emergencia de una situación de malestar y la búsqueda de atención puede llevar a la necesidad de poner en práctica estrategias que faciliten sortear demoras, impedimentos para la atención o tratos hostiles por parte del equipo de salud. Entre ellas mencioné, el pedido de disculpas, reclamo de atención y solicitud de turnos o recursos, a través de relatos que detallan sufrimientos e imposibilidades cotidianas de quienes pretenden acceder a tales servicios, o sortear el trato hostil del que fueran presas.

Sin embargo, toda conducta adicional para lograr la atención o conducirse en la búsqueda de un servicio de salud pareciera ser contraria a la legislación. Esta, en primera instancia, pregona una salud pública y gratuita para todos sus habitantes y, en segunda, garantiza un trato digno y respetuoso que habilite el acceso a la información y tratamientos necesarios en el proceso de salud, enfermedad y atención. La sola demanda debiera bastar y todo lo que la exceda podría estar funcionando como un requisito informal y oculto para la atención. De tal manera, que más allá de tornarse legítimo en las instituciones de salud, aquel periplo adicional que deben encarar las personas en la atención en las instituciones se vuelve ilegal.

Para tales argumentos elegí entender que los requisitos informales se tornan un escollo más en un sistema de salud en el que si bien se invierte mucho dinero no se logra mejorar la calidad de vida de su población.

Desde marzo de 2020 la pandemia de COVID-19 desbarató los modos de acción cotidianos y planteó un territorio lleno de incertidumbres. Para enfrentarla los discursos y estrategias se fortalecieron en la tendencia intervencionista y medicamentosa, propia de la biomedicina. El estado de emergencia sanitaria dominó la escena y en uno de sus epicentros, el hospital, se recrudeció aquello que siempre estuvo presente: la idea de que sólo se debe atender lo biológico-agudo de una enfermedad.

En función de cumplir protocolos y evitar la saturación hospitalaria se dio paso a prescripciones morales de tono salvacionista a fin de desalentar el tránsito por el hospital para todo aquello que no fuera imprescindible y liberar las camas tan pronto como fuese posible. De esta manera, uno de los argumentos centrales pareció ser que para salvarse, salvar a un familiar, o a otras personas del COVID-19, había que evitar ir al hospital, no agotar física y psíquicamente al recurso humano solicitando turnos, explicaciones excesivas de diagnósticos y tratamientos, y retirarse rápidamente. Todo esto, más allá de las dificultades socio económicas previas, pre-existentes y agravadas por la pandemia.

Tal escenario planteó un nuevo desafío al periplo adicional para lograr la atención en el sistema de

salud y sortear los obstáculos que este puede revelar a la vida cotidiana. El desafío pasó a ser establecer relatos contundentes para lograr la atención, ofrecer disculpas y excusaciones al equipo de salud que trascendieran el riesgo del COVID-19 y se demostraran meritorios en un contexto de emergencia sanitaria. De tal manera que fue necesario comenzar a justificar el motivo de la elección entre salvarse o demandar atención.

En resumen, a través de las categorías esbozadas, puedo decir que el tránsito por las instituciones de salud revela a menudo obstáculos que resultan incompatibles con la vida cotidiana de la población que las utiliza en mayor medida. Al tiempo que a tal población pobre, que no cuenta con otro tipo de cobertura de salud, le impone requisitos ilegales que vulneran sus derechos. En suma, la pandemia de COVID-19 y la emergencia sanitaria a la que dio lugar fortalecieron los parámetros de la bio-medicina.

En este artículo sostuve también que si bien el modelo bio- médico sólo se revela competente

para atender lo biológico no impide que sus ejecutoras/es juzguen sobre todo lo que deja por fuera. Aquellas cuestiones que en torno a lo social, cultural y económico influyen y determinan tanto la enfermedad como la forma de acceder a la salud. No obstante, dado que la perspectiva biomédica no se ocupa de atender estas cuestiones, en la atención en salud aparecen usual y concretamente en forma de prejuicios y prescripciones moralizantes por parte del personal de salud hacia sus pacientes o familiares. En el marco del COVID-19 las prescripciones morales hacia pacientes y familiares tomaron un tono de “deber de salvación” que se convirtió para las personas que buscan atención en un escollo más a sortear en la institución.

Puedo decir, para finalizar, que una vez que se haya trascendido la pandemia de COVID-19 y se haya retornado a la tan mentada “normalidad”, el desafío continuará siendo que el acceso al derecho a la salud no involucre periplos adicionales, ni requisitos ilegales que busquen lograr una atención meritoria.

BIBLIOGRAFÍA

- Arce, H. (2012): "Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina", en *Revista Medicina*, Vol. 72, Nº 5, pp. 414-418.
- Augé, M (2017). *Los no lugares*. Barcelona. Gedisa.
- Cunzolo, V, Rada Schultze, F (2021): "El riesgo de envejecer. La salud de las personas mayores en un año de pandemia" en *Revista Territorios*, Nº 5 (En prensa).
- Fassin, D. (2016): *La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires. Prometeo libros.
- Fassin, D. (2003): "Gobernar por los cuerpos: políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia". *Revista Cuadernos de Antropología Social*, número 17, pp. 48-78. Recuperado de <https://www.redalyc.org>
- Federico, L. (2021): "Política y trabajo en salud: ¿la pandemia de COVID-19 como acontecimiento?", en *Cadernos Saúde Pública*, 37 (4), pp. 2-11.
- Ippolito-shepherd, J. (2010): *Promoción de la salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades*. Buenos Aires. Paidós.
- Iriart, C, Merhy, E y Waitzkin, H. (2000): "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma", en *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (1), pp. 95-105.
- Iriart C. Merhy E. (2017): "Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico" en, *Revista Interface Comunicação saúde educação*. Vol. 21 Nro. 63.
- Kleinmann A. (2017): [Extracto] "Las narrativas de la enfermedad: sufrimiento, curación y la condición humana". - Volume 92 - Issue 10 - p 1406. https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2017/10000/the_illness_narratives_suffering_healing_and.22.aspx.
- Laurell, A. C. (1982): "La salud-enfermedad como proceso social", en *Cuadernos médico sociales*, Nº 19, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, pp. 1-11.
- Menendez, E. (1985): *Modelo Médico Hegemónico. Crisis Socioeconómica y Estrategias de Acción del Sector Salud*. Cuadernos Médico Sociales Nº 33. Rosario. Centro De Estudios Sanitarios Y Sociales.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Análisis de situación de salud: República Argentina 1a ed*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Libro digital, PDF. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-analisis_de_situacion_de_salud_-_republica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf
- Navarro, V. (2008): ¿Qué es una política nacional de salud? CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Panama/cela/20120717092358/quees.pdf>
- OECD/The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. Paris. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
- Pan American Health Organization. *Health Situation in the Americas. Core Indicators 2018*. PAHO: Washington, D.C.; 2018. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49511>
- Rada Schultze, F. (2015): "Los derechos sexuales en la agenda de las políticas públicas. Aportes para la reflexión", año 9, Nº 2 mayo 2015. <http://revistaargumentos.iep.org.pe/articulos/lo-derechos-sexuales-en-la-agenda-de-las-politicas-publicas-aportes-para-la-reflexion/> ISSN 2076-7722
- Rada Schultze, F. (2016): "El paradigma del curso de la vida y el método biográfico en la investigación social sobre envejecimiento", en *Revista de investigación interdisciplinaria en métodos experimentales*. Año 5, vol. 1, pp. 83-110.
- Rada Schultze, F (2020): "Cursos de vida vulnerados. La vejez de las mujeres trans como un derecho negado", *Revista Sociedad*, Nº 41, pp. 103-115.
- Rojas Soriano, R. (1999): *Capitalismo y Enfermedad*. México D.F. Plaza y Valdez Editores.
- Spinelli, H. (2010): "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina" en *Salud Colectiva*, vol. 6, núm. 3, pp. 275-293 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.