

Diálogos en Salud

# Saberes y Experiencias de Trabajadores de Atención Primaria de la Salud



Colección Investigaciones Rionegrinas  
Asociación Rionegrina de Equipos de Salud





Asociación de Medicina General de Río Negro  
Saberes y Experiencias de Trabajadores de Atención Primaria de la Salud.  
Libro digital, PDF - (Diálogos en Salud; 1)

Archivo Digital: descarga  
ISBN 978-987-47326-0-6

1. Trabajo en Equipo. 2. Atención Primaria de Salud. 3. Trabajadores.  
CDD 613.6

Imagen de tapa: Visita domiciliaria en Arroyo Blanco, provincia de Río Negro.  
Fotógrafo: Marcelo Gramiger

Colección Investigaciones rionegrinas. ARES.  
Diálogos en Salud. Saberes y Experiencias de Trabajadores de Atención  
Primaria de la Salud

ISBN 978-987-47326-0-6  
Abril 2019  
San Carlos de Bariloche, Río Negro

## AUTORES

### **Ali Brouchoud Jose Maria**

Médico Generalista. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Trabaja actualmente en Hospital Zonal Bariloche. Miembro de la Comisión Directiva de ARES. Mail: [jose\\_ali@hotmail.com](mailto:jose_ali@hotmail.com)

### **Baffo Claudia Gabriela**

Psicóloga. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Doctoranda en Salud Colectiva (UNLa). Trabaja actualmente en el Hospital Ingeniero Huergo. Docente en la Facultad de Ciencias de la Educación (UNCo). Integrante de ARES. Mail: [claudiagaba@yahoo.com.ar](mailto:claudiagaba@yahoo.com.ar)

### **Favre Estefania**

Médica General. Residencia realizada en Hospital Zonal Bariloche. Miembro de la Comisión Directiva de ARES. Mail: [estefifavre@gmail.com](mailto:estefifavre@gmail.com)

### **Onocko Campos Rosana**

Médica. Doctora en Salud Colectiva. Departamento de Saúde Colectiva, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP (Campinas, Brasil). Investigadora Independiente AS Profesora Asociada.

### **Pérez Soledad A.**

Lic. en Sociología (UBA). Mg. en Filosofía e Historia de la Ciencias (UNCo). Doctora en Cs. Sociales (UBA). Investigadora Adjunta CONICET. Lugar de trabajo: IIDyPCA (CONICET-UNRN). Mail: [soledadaperez@gmail.com](mailto:soledadaperez@gmail.com)

### **Perner Serena**

Médica generalista. Doctoranda en Salud Colectiva (UNLa). Docente Centro Regional Universitario Bariloche (UNCo). Miembro de la Comisión Directiva de ARES. Mail: [serenaperner@gmail.com](mailto:serenaperner@gmail.com)



# Índice

Introducción .....	9
Percepción de las egresadas y los egresados de la residencia de Medicina General Sede Bariloche sobre su formación de pos-grado .....	11
<i>Estafanía Favre</i> .....	11
Elegir la Patagonia. Una historia de formación en salud, trabajo y experiencias personales .....	23
<i>Asociación Rionegrina de Equipos de Salud</i> .....	23
Una propuesta de evaluación del trabajo cotidiano para equipos de salud del primer nivel de atención de la provincia de Río Negro .....	39
<i>Jose Maria Ali Brouchoud</i> .....	39
Narrativas de trabajadores de Salud Mental sobre la desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y los nuevos desafíos tras 25 años de iniciada la reforma. ....	55
<i>Claudia Gabriela Baffo y Rosana Onocko Campos</i> .....	55
Percepciones acerca del trabajo en el derecho a la salud en Río Negro. ....	71
<i>Serena Perner y Soledad A. Pérez</i> .....	71





## INTRODUCCIÓN

Desde la Asociación Rionegrina de Equipos de Salud (ARES) estamos orgullosos de presentar una serie de trabajos resumidos sobre diferentes investigaciones producidas por trabajadores de la salud de nuestra provincia, Río Negro. Sus autores son en su mayoría miembros de nuestra asociación, trabajadores de la salud en diferentes ámbitos, ya sea asistenciales como académicos. Se ha elegido el formato resumido con la finalidad de poder dar a conocer en una forma concisa pero buscando que esta sea completa; varios trabajos que originalmente se han realizado bajo diferentes formatos y por diferentes motivos: tesis de maestría; trabajos finales de residencia, investigaciones del Conicet, etc. De esta forma, y en textos de fácil lectura, presentamos una primera aproximación a trabajos que despertando el interés del lector/a podrán ser leídos en toda su extensión.

Fueron seleccionados teniendo en cuenta una base que los une. En todos los casos el objeto de estas investigaciones han sido los propios trabajadores de salud de la provincia bajo diferentes perspectivas y diferentes aspectos del trabajo cotidiano. Así, se ha investigado el trabajo y el derecho a la salud, la realidad vivida en la post residencias; la práctica de la evaluación en los equipos de salud y la mirada de las y los trabajadores sobre algunas políticas de salud como la ley de desmanicomialización. Creemos que las políticas de salud nunca estarán completas sin la perspectiva de los propios trabajadores, que son a fin de cuentas quienes las llevan adelante, quienes dan cuenta de su realización, del uso de recursos y del cumplimiento efectivo de derechos.

Esperamos de esta forma contribuir al debate y a la reflexión sobre el trabajo en salud en la provincia de Río Negro, sobre la realidad de los equipos, sus expectativas así también como sus experiencias. También esperamos que esta publicación estimule una mayor producción de trabajos ya que creemos que solo con conocimiento local podemos mejorar la realidad sanitaria de nuestra población, destinataria de nuestro trabajo.

*Comisión directiva ARES*



# PERCEPCIÓN DE LAS EGRESADAS Y LOS EGRESADOS DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL SEDE BARILOCHE SOBRE SU FORMACIÓN DE POS-GRADO<sup>1</sup>

*Estafanía Favre*

## **Introducción**

En el año 1981 se inició la Residencia de Medicina General (RMG) con Orientación Rural en el Hospital de Bariloche, organizada y financiada por la Universidad Católica Argentina, basándose en la necesidad de médicas y médicos formados para la cobertura de áreas rurales inhóspitas de la provincia. En 1983 la residencia comenzó a depender de la provincia, continuando con el Plan de Estudios implementado. Las y los residentes tenían la condición de trabajadores pre-escalafonarios dentro del Sistema de Salud, condición que se mantuvo hasta 1996. Esto significa que la provincia debía realizar una propuesta laboral al egresante (Ministerio de Salud de Río Negro, 2007).

En 1985 se abrió la sede del Hospital de Gral. Roca. En 1987 se constituyó el primer Comité de Residencias Médicas. En el mismo se realizó el Plan de Estudios de la RMG. Durante 1996 y 1997, se interrumpió la convocatoria al ingreso de residentes, lo que produjo un quiebre en el Sistema de Residencias. Luego de esto se constituyó el Comité Provincial de Residencias de Salud conformado por funcionarios del nivel central y la participación de los coordinadores de residencias en calidad de asesores y se reelaboró el plan de estudio. En 1997, el Hospital de El Bolsón se inició como nueva sede, al año siguiente se reabrió la residencia con sede en Bariloche, pasando a ser un sistema becario. En el año 2005 se abrió la residencia de Río Colorado, actualmente cerrada, y por último en el 2007 se aprobó la apertura de la sede de Viedma.

El/la Médico/a General es el/la profesional que reconoce los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención tanto a nivel colectivo como individual. Trabaja en la atención integral, continua y longitudinal de una

---

<sup>1</sup> Este trabajo es un resumen del presentado como trabajo de final de residencia de Medicina General en el Hospital Zonal Bariloche en el año 2016.

población con referencia territorial. Realiza intervenciones de carácter promocional, preventivo y asistencial (Ministerio de Salud, 2010).

Al leer dicha definición, me planteé si durante mis cuatro años de residencia obtuve toda la capacitación necesaria para comprender y aprehender el perfil generalista, cumplir con los objetivos propuestos por la especialidad.

Por todo lo anteriormente expuesto me interesó saber: ¿qué percepciones tienen las/os ex residentes de Medicina General de la sede de Bariloche sobre su formación de pos-grado? A partir de dicho interrogante surgió el objetivo principal de este trabajo: conocer la opinión de las/os médicas/os generalistas egresados de la residencia de medicina general de la sede de Bariloche en relación a su formación de pos-grado. Los objetivos específicos fueron: describir las fortalezas y debilidades que ha tenido la formación en la residencia de Medicina General sede Bariloche desde el punto de vista de las/os ex residentes; averiguar la inserción en el sistema de salud que tuvieron las/os residentes al finalizar la residencia; investigar la percepción que tienen las/os ex residentes en relación a la adquisición de conocimientos y herramientas durante la residencia y por último explorar la comprensión del rol del médico/a generalista que tienen las/os ex residentes de medicina general de Bariloche.

## **Metodología**

Estudio descriptivo, retrospectivo. Encuesta auto-administrada realizada en 2016 con preguntas semi-abiertas y cerradas enviada vía mail. Analizadas mediante técnicas cuali-cuantitativas. Las y los participantes fueron ex residentes que hayan realizado la Residencia de Medicina General (RMG) completa en la sede de Bariloche, con fecha de egreso desde el año 1985, primer camada de egresadas/os en esta sede, hasta el año 2016.

Población: El total de los egresadas/os de la RMG fueron ciento doce, ocho fallecieron, cuatro no cumplieron con los requisitos de inclusión, por lo cual cien fueron las/os ex residentes en condiciones de formar parte del estudio.

Las categorías relevadas y analizadas fueron:

- Datos filiatorios: edad, año de egreso y duración de la residencia.

- Opinión sobre la residencia: se evaluó la satisfacción en relación a la residencia y aspectos positivos y negativos de la misma.
- Conocimientos y herramientas adquiridas: se preguntó sobre la satisfacción en relación a los conocimientos y destrezas prácticas adquiridas durante la residencia y su utilización en la práctica diaria.
- Inserción en el sistema de salud: se averiguó sobre la inserción en el sistema público rionegrino pos-residencia.
- Formación pos-básica: se indagó sobre la realización de otra formación pos-básica.
- Área o especialidad en la que se desarrolla actualmente.

## **Resultados**

De una población de 100 ex residentes en condiciones de responder la encuesta, se lograron contactar a 77 personas de las cuales 66 respondieron la encuesta, lo que representó un 66% de la población.

### *Opinión sobre la residencia*

Un 95% de las/os egresadas/os encontró a la residencia como una experiencia entre muy satisfactoria y satisfactoria.

### *Aspectos positivos y negativos de la residencia*

Para evaluar los aspectos negativos y positivos de la residencia, se realizó una pregunta abierta donde debían responder hasta 3 aspectos. Estos fueron categorizados por temáticas, dentro de los aspectos positivos se encontraron: perfil de la residencia, ambiente laboral, formación académica, relación con otros servicios-especialidades del hospital, aspectos personales y pertenencia. Los aspectos negativos se categorizaron en: condiciones laborales, formación académica, desorganización, cuestiones relacionadas a la coordinación, relación con otros servicios-especialidades del hospital, cuestiones personales y la relación con médicas/os generalista. Como se puede observar hay categorías que coinciden dentro de ambos aspectos.

Se priorizaron las categorías perfil de la residencia y ambiente laboral dentro de las positivas y cuestiones laborales dentro de las negativas, por ser las que tuvieron más cantidad de respuestas.

#### *Perfil de la residencia: aspectos positivos*

Dentro del perfil de la residencia se jerarquizó el trabajo en equipo e interdisciplinario, la formación integral en la que se tuvo en cuenta todos los aspectos del individuo, formación con ideología, cambio de paradigma de la medicina y el ser médica/o (salud como derecho, trabajo de forma no hegemónica, Atención Primaria de la Salud como herramienta de trabajo), rotaciones rurales, formación y prácticas en el centro de salud y actividades comunitarias. También se nombró como positivo la libertad de acción, la amplitud y diversidad de los conocimientos y actividades, la personalización en la enseñanza, ser formados por generalistas, la orientación rural de la residencia y la horizontalidad de la misma.

#### *Cuestiones laborales: aspectos positivos y negativos*

Las cuestiones laborales fueron remarcadas tanto desde el punto de vista positivo como negativo. Formando parte de los aspectos positivos se remarcó ser la “única residencia” en el Hospital Zonal Bariloche (HZB), el compañerismo, el buen trato y ambiente laboral y el acompañamiento en el aprendizaje llevado a cabo por el centro de salud y el hospital. La residencia de medicina general fue la única hasta el año 1989 en el cual comenzó la residencia de cirugía, estas dos fueron las únicas del HZB hasta el año 2009. En ese año se incorporó la residencia de ginecología y obstetricia y más tarde la de clínica médica. Por lo dicho anteriormente, varios residentes remarcaron este aspecto de exclusividad como positivo.

Las cuestiones laborales vistas desde un aspecto negativo, ocuparon un lugar importante en las respuestas de las/os ex residentes. Empezando por las malas condiciones salariales, se encontró que éstas se focalizaron en dos períodos fundamentalmente, al comienzo de la residencia (primeras camadas de egresados: 1985-1988) y al reabrir la residencia bajo condiciones de beca (año de

egreso alrededor de 2002-2011). En esta última etapa también hicieron hincapié en malas condiciones laborales como por ejemplo, no contar con aportes jubilatorios ni antigüedad (la residencia no es tenida en cuenta dentro de la antigüedad laboral). Algunas/os nombraron que durante su formación hubo varios meses de paro, siendo esto perjudicial en el aprendizaje. Siguiendo con el análisis de los aspectos negativos relacionados con las cuestiones laborales se encuentran las guardias de 24hs, las cuales eran frecuentes, sin descanso al día siguiente, por lo cual las jornadas laborales eran extensas, también varias/os nombraron la rotación por cirugía, relacionándola con maltrato, estrés y guardias frecuentes. Por último algunos egresadas/os nombraron la duración de la residencia (3 años), la falta de compromiso de sus compañeras/os de residencia y otros se quejaron sobre la utilización de las/os residentes como recurso para cobertura (centros de salud, área rural, guardias).

### *Conocimientos y herramientas adquiridas*

El 95% de las/os egresadas/os de la residencia se encontró entre muy satisfecha/o y satisfechas/os con los conocimientos generales obtenidos.

El 94% de las/os egresadas/os se encontraron entre muy satisfechas/os y satisfechas/os con las destrezas prácticas (Por ej: cirugía menor, realización de ecografías, partos, recepción recién nacidos, etc) obtenidas durante su etapa de formación posgrado.

El 96% de las/os egresadas/os de la residencia utilizó de forma muy frecuente o frecuente las herramientas adquiridas durante su formación posgrado.

### *Inserción en el sistema de salud*

Se evaluó la inserción laboral en el sistema público rionegrino dentro de los 12 meses posteriores a la finalización de la residencia. Un 74%(49) ingresó al sistema de salud público de la provincia en este período.

Dentro de este 74%, un 49 % (24) ingresó en Hospitales de baja complejidad, un 45% (22) en Centros de Salud (dependientes de Hospitales de complejidad IV-

V-VI) y un 6% (3) en Hospitales de complejidad IV-V-VI. El lugar de inserción laboral no se relacionó ni con el año de egreso ni con el tipo de sistema existente (pre-escalafonario vs becario).

Se preguntó al 26% (17) restante, las razones por las cuales no ingresaron al sistema público rionegrino. De las/os 17 ex residentes, un 30% (5) respondió que la propuesta laboral no le convenía; un 23% (4) no recibió propuesta laboral para continuar trabajando en la provincia; otro 23% (4) respondió la opción otra; un 12% (2) recibió una propuesta laboral más interesante; un 6% (1) no recibió propuesta laboral para continuar trabajando en la provincia y además recibió una propuesta laboral más interesante y el otro 6% (1) respondió que la propuesta laboral no le convenía y además recibió otra propuesta más interesante. Las/os que respondieron otra, no pudieron especificar la razón por la cual no ingresaron al sistema público.

### *Formación post básica*

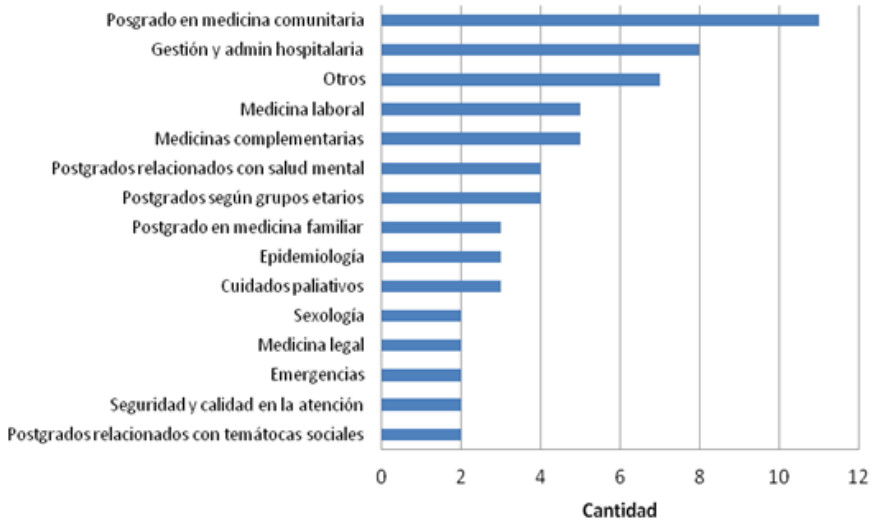
El objetivo de esta sección fue pesquisar a aquellas/os que realizaron alguna otra formación post-básica y en caso que la respuesta fuera afirmativa, indagar la especialidad o área elegida.

El 53%(35) realizó alguna formación post-básica. De éstos el 49% (17) realizó un tipo de formación post-básica, el 34% (12) dos, el 8,5% (3) tres y el mismo porcentaje lo hizo en cuatro o más áreas. Las temáticas fueron variadas. (Gráfico 1).

Con respecto al área o especialidad en que las/os ex residentes se desempeñan en la actualidad, se obtuvo la siguiente información: El 58% (38) se desempeña realizando medicina general, de éstos un 29% (11) especificó que realiza su tarea diaria en un centro de salud y un 10% (4) en medicina rural. El 21% (14) realiza medicina general y alguna otra especialidad (epidemiología, cuidados paliativos, diagnóstico por ultrasonido, geriatría, entre otras); el 14%(9) realizan actividades en otro área o especialidad (medicina estética, emergencias, discapacidad, estudiante de postgrado, etc.) y el 8%(5) realiza actividades relacionadas con gestión (jefe DAPA, gestión hospitalaria, etc.).



**Gráfico 1: Postgrados realizados por los ex residentes de la RMG bariloche.  
N:35. Año 2016**



Fuente: elaboración propia

Nota: En el gráfico se utiliza como el número de ex residentes que realizaron una formación postbásica (35), la cantidad de postgrados realizados en total fue de 63. Esto está relacionado que varios realizaron más de un postgrado

## Discusión

Los resultados de este trabajo muestran que la mayoría de las/os egresadas/os de Medicina General con sede en Bariloche, se encuentran entre muy satisfechas/os y satisfechas/os con la experiencia de la residencia y con los conocimientos adquiridos. En el trabajo *Residentes...¿una especie en extinción?* (Corigliani et al., 2012), se llega a la conclusión que aquellos profesionales que optaron por realizar una residencia en Medicina General, priorizaron la capacitación continua, progresiva y supervisada, la capacitación en servicio, la seguridad que otorga la práctica médica, la adquisición de destrezas y habilidades, la relación médico-paciente, el trabajo en equipo y el contacto e interrelación con la comunidad. Sin embargo, a la hora de nombrar los aspectos negativos de la residencia varias/os nombraron falta de nivel académico, poca

cantidad de clases, falta de práctica en los centro de salud y hospitales de baja complejidad. Además la mayoría remarcó las condiciones laborales, entre las principales se encontraron el sueldo bajo, la falta de pago, paros por varios meses que afectaron su formación, que la residencia no cuente como antigüedad laboral.

Lo dicho en el párrafo anterior se relaciona en parte con las razones por las cuales surgió la residencia en la provincia rionegrina. Según el programa del sistema de residencias de Río Negro (Ministerio de Salud de Río Negro, 2007), la RMG nació en el año 1981 por la necesidad de cobertura de áreas rurales inhóspitas de la provincia con médicos formados, por ello la orientación rural de la misma. Esto lo correlacionó con las malas condiciones laborales, ya que el foco de importancia desde la mirada de las autoridades provinciales estuvo puesto en la salida laboral y no en la formación.

En cierto modo lo anteriormente nombrado se relaciona con las conclusiones del documento de Perrotta y Udaquiola (2013) en el cual se señaló: “la formación de la residencia pretende médicos “todo terreno” que puedan resolver todas las complejidades” (p.2).

Desde inicios del año 2014 la residencia tuvo una mejora salarial, como resultado de una lucha en conjunto de los coordinadores de todas las residencias provinciales y las/os residentes de la mayoría de las residencias de la provincia desde sus sedes (algunas de ellas son: medicina general, salud mental y comunitaria, clínica médica, ginecología y obstetricia, salud pública y veterinaria).

Con respecto a las guardias de 24hs sin descanso al día posterior, nombradas dentro de los aspectos negativos, en diciembre del año 2013 se comenzó a implementar en la RMG el descanso post-guardia. Varios de las/os ex residentes al enterarse de este cambio no estuvieron de acuerdo, algunas/os expresaron que con menor carga horaria el conocimiento adquirido iba a ser menor y otras/os fueron reacias/os a los cambios. Esto es algo que vi de forma diaria en la residencia, compañeras/os de trabajo quejándose de las condiciones laborales pero a la hora de implementar cambios se mostraron reacias/os y algunas/os se opusieron. Gracias a que desde la residencia se consiguió el

descanso pos-guardia, se comenzó a implementar en la guardia central del HZB. Desde junio del 2016, está en período de prueba, en algunas rotaciones, las guardias de 12hs. Esto se relaciona con las modificaciones llevadas a cabo en ley nacional de residentes en el año 2015<sup>2</sup>.

Dentro de las fortalezas de la residencia se remarcó el perfil de la misma, relacionado con el trabajo en equipo, la visión sobre la salud, las rotaciones rurales y el trabajo en los centros de salud. Si bien esto fue resaltado por varias/os ex residentes, actualmente la mayor parte de la formación se lleva a cabo en un hospital de alta complejidad, siendo la formación en centro de salud y las rotaciones rurales de mucha menor carga horaria. A esto se quiso hacer hincapié al cambiar el programa en el años 2011 de 3 a 4 años, donde el último año contaba con mayor tiempo de rotación rural, la realidad es que de la teoría a la puesta en práctica hay un gran paso. Se necesitaba en cada localidad un médica/o general formado como tutor/a y hospedaje, situación que se dio pocas veces.

Al finalizar la residencia siete de cada diez egresadas/os continuaron trabajando en la provincia rionegrina dentro del sector público. Esto también lo expone L'hopital (2014) en su tesis donde señala que la mayoría de los egresados de las residencias de Medicina General tienen su trabajo principal en el subsector público.

Con respecto a la actividad laboral que desarrollaban en la actualidad las/os ex residentes, más de la mitad (58%) se encontraba trabajando sólo en el área de Medicina General y un 20% además de trabajar en Medicina General, lo hacía en otra especialidad. Por lo cual, la mayoría continúan desarrollando su actividad principal en Medicina General. Esto no se condice con lo expuesto por L'hopital (2014) quien menciona que las dos terceras partes de los encuestados refirieron tener entre dos y tres trabajos y con lo expuesto en el documento de Perrotta y Udaquiola (2013) en el que se menciona al multiempleo para poder cubrir gastos

---

<sup>2</sup> En el Reglamento General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud (Resolución 1993/2015) se llevaron a cabo modificaciones relacionadas con varios aspectos de la residencia, entre ellos las guardias. Estos cambios en la RMG de Bariloche se comenzaron a implementar a partir del año 2016, año que finalicé mi residencia, por lo cual no pude experimentarlos.

personales-familiares elementales. En un estudio multicéntrico (Kremer, Pisani & Daverio, 2013) se refieren al tema diciendo: “En cuanto a la ocupación actual de los entrevistados, la mayoría se ha insertado en prácticas por fuera de la asistencia en medicina general y en territorios urbanos o periurbanos” (p.38).

La mitad de las/os egresadas/os de la residencia de Bariloche realizaron alguna otra formación post-básica y las temáticas más elegidas fueron: post grado en medicina comunitaria, gestión y administración hospitalaria, medicina laboral y medicinas complementarias; aún así la gran mayoría continúan desempeñándose en el área de Medicina General. En el trabajo multicéntrico de Kremer et al (2013) se expone: “Entre las subespecialidades mencionadas surge la pediatría y neonatología, la diabetología, la emergentología y la medicina laboral. Vale la pena remarcar que en todos los casos se mencionó que la formación en Medicina General les resulta de mucha utilidad en sus prácticas actuales. Pero más allá de esto, el hecho puntual es que solo algunos continúan desempeñándose como médicos generalistas en el primer nivel de atención” (p38). También se menciona que “ante la desvalorización económica de la especialidad, se ven obligados a la realización de guardias, ya que significan en algunos casos el 50% de los ingresos mensuales” (p49). Por último señala que la causa por la que realizan una sub especialidad es para aumentar sus ingresos. En la tesis L’hopital (2014) señala que el 33,8% de los egresados estaban ejerciendo una segunda especialidad al momento de la encuesta, por razones económicas. Siendo este porcentaje menor que el registrado en las/os ex residentes de Bariloche.

Hay que tener en cuenta que en algunos hospitales públicos como en los de la provincia de Río Negro, a las/os médicas/os con contrato full time se les abona un plus por el bloqueo de matrícula por lo cual la/el profesional sólo puede ejercer en dicha institución y que en el sur del país al ser zona desfavorable, por lo general, los sueldos en el ámbito público hospitalario suelen ser más elevados que en el resto del país.

## **Conclusiones**

El 66%(66) de las/os ex residentes respondieron la encuesta. La gran mayoría de las/os egresadas/os encontró a la residencia como una experiencia entre muy satisfactoria y satisfactoria.

Según la cantidad de respuestas obtenidas se priorizaron dentro de los aspectos positivos de la residencia las categorías perfil de la residencia y ambiente laboral y dentro de las negativas cuestiones laborales.

Siete de cada diez egresadas/os ingresaron al sistema de salud público de la provincia dentro del año de la finalización de la residencia, la mayoría en Hospitales de baja complejidad y Centros de Salud.

En relación al área o especialidad que desarrollan su actividad principal, la mayoría se desempeña realizando medicina general. Esto no se condice con los resultados reflejados en varios trabajos, donde se menciona que son pocos los se encuentra desarrollando su actividad dentro de la especialidad.

## **Aportes del trabajo**

Este trabajo me aportó conocimientos relacionado a la historia de la residencia y la visión de las/os ex residentes sobre la misma. Hizo hincapié en mi idea previa de que la residencia es una experiencia personal única en relación a la ganancia de experiencia, conocimientos, herramientas y destrezas y aporta una visión de la medicina desde un lado diferente a la que aprendimos en la facultad.

Entiendo más claro, que la salida laboral está relacionada con muchos factores, los aspectos personales, la cuestión económica, las decisiones políticas en relación a la cantidad de puesto de trabajos médico por localidad, aún no se toman fuertes decisiones en relación a la atención primaria de la salud como estrategia dentro de la salud.

## **Bibliografía**

L'hospital, C (2014). Descripción de la situación laboral de los médicos que finalizaron la residencia de Medicina General de la Provincia de Buenos Aires entre los años 2008-2013. (Tesis). Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanus. Recuperada de:

[http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_formacion/cerca\\_de/tesis-Cintia-L-hopital-21-10-15.pdf](http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/cerca_de/tesis-Cintia-L-hopital-21-10-15.pdf)

Perrotta, A. y Udaquiola, C (2013). ¿Nos formamos para lo que terminamos trabajando? “XXVIII Congreso Argentino de Medicina General” Potrero de Funes, San Luis, Argentina. Recuperado de: <http://www.famg.org.ar/institucional/grupos-de-trabajo/154-congreso-2013/355-nos-formamos-para-lo-que-terminamos-trabajando.html>

Kremer, P.A., Pisani O., Daverio D.M. (2013). “Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. Estudio multicéntrico en las provincias de jujuy, tucumán, santa fe y neuquén para las cohortes 2001 a 2004, y 2012”. Informe final consolidado presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: [http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/Dos\\_investigacion/Kremer2013.pdf](http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/Kremer2013.pdf)

Corigliani, G.B, Gastaldo, C., Huanca Huarachi, T. y Otamendi, C.L (2012). Residentes...¿una especie en extinción? Un análisis de los procesos de capacitación en servicio, bajo el régimen de Residencia en Medicina General. Santa Rosa, La Pampa.

Ministerio de Salud (2010). Subsecretaria de políticas públicas, Regularización y Fiscalización. Marco de referencia para la formación en residencias médicas, Especialidad Medicina General y/o Familiar.

Ministerio de Salud de Río Negro (2007). Sistema de Residencias Río Negro.

# ELEGIR LA PATAGONIA. UNA HISTORIA DE FORMACIÓN EN SALUD, TRABAJO Y EXPERIENCIAS PERSONALES

*Asociación Rionegrina de Equipos de Salud*

## Introducción

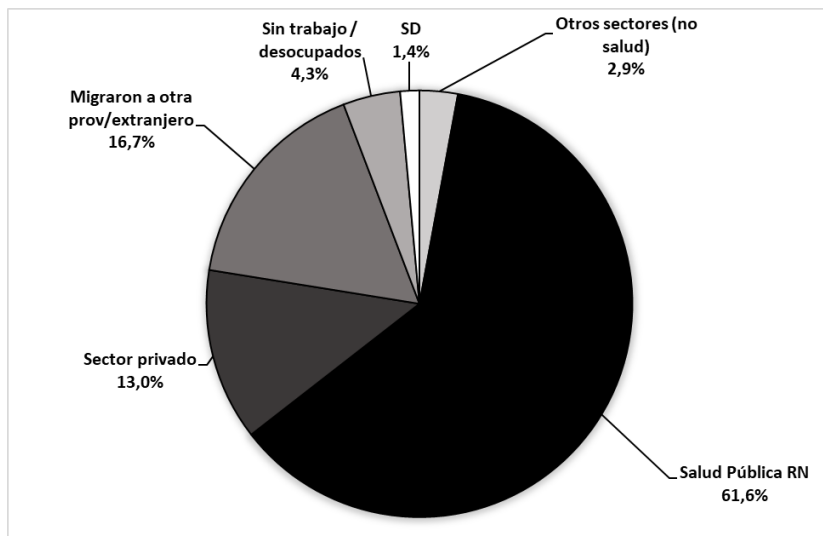
En el mes de julio de 2018 fue realizada una encuesta desde ARES (Asociación Rionegrina de Equipos de Salud) con el fin de analizar la inserción laboral post residencia de las distintas residencias de Río Negro. En total 138 ex residentes respondieron la encuesta, de las siguientes residencias y sedes:

- Medicina general (94): de Bariloche, General Roca, El Bolsón y Río Colorado.
- Salud Mental Comunitaria (19): de El Bolsón, Ingeniero Huergo, General Roca, Valcheta, Maquinchao y Sierra Colorada.
- Salud Pública Veterinaria (11): de las residencias compartidas entre Bariloche y General Roca y Viedma.
- Tocoginecología (6): de Bariloche
- Clínica Médica (3): de Bariloche
- Terapia intensiva (2): de General Roca
- Neonatología (2): de General Roca
- Cirugía (1): de Bariloche

## Trabajo post-residencia

Del total de ex residentes encuestadas/os, el 61,6% (85) continuaron a trabajando en Salud Pública de Río Negro luego de terminar la residencia. Del casi 40% restante que no siguió trabajando en la provincia, un 16,7% (23) se mudaron de provincia o se fueron otro país, el 13,0% (18) el primer trabajo post-residencia fue en el sector privado, un 4,3% (6) de las/os entrevistadas/os no comenzaron a trabajar: 3 refiriendo su condición como desocupadas/os y 3 que actualmente no están trabajando (Figura 1).

Figura 1: Inserción laboral post-residencia. Ex residentes de Río Negro (n=138)



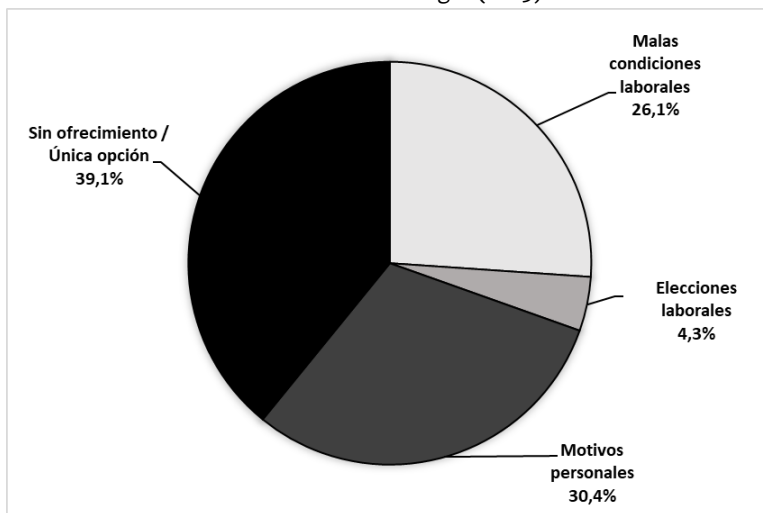
Fuente: elaboración propia en base a la encuesta realizada a ex residentes de Río Negro

Entre los que comenzaron a trabajar en Salud Pública de Río Negro luego de terminar la residencia, el 60,0% (51) se mudaron de la localidad donde se formaron como especialistas y el 40,0% (34) continuó en la misma. Actualmente la mitad se encuentran trabajando en la misma localidad del primer trabajo post-residencia.

La mayoría de las/os ex residentes que migraron a otras provincias, al extranjero o se fueron a trabajar al medio privado, hicieron referencia como el principal motivo de estas decisiones fue por el NO ofrecimiento de trabajo por parte de la provincia. El segundo motivo varía entre las/os que comenzaron a trabajar en el sector privado (debido a las malas condiciones laborales ofrecidas en Río Negro), y entre las/os que se fueron a otras provincias los motivos laborales y las malas condiciones laborales (Figuras 2 y 3).

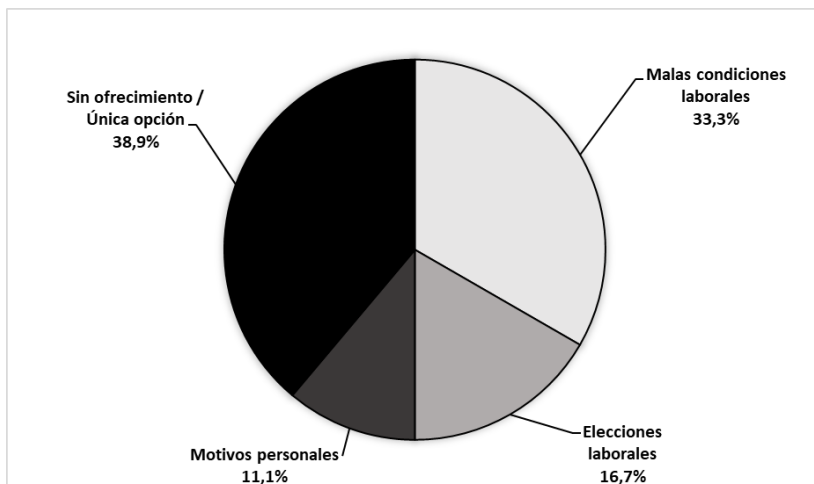


Figura 2: Motivos de elección del lugar de trabajo entre las/os que se FUERON A OTRA PROVINCIA (o al exterior) luego de la residencia. Ex residentes de Río Negro (n=23).



Fuente: elaboración propia en base a la encuesta realizada a ex residentes de Río Negro

Figura 3: Motivos de elección del lugar de trabajo entre las/os que se fueron a trabajar al sector privado luego de la residencia. Ex residentes de Río Negro (n= 18).



Fuente: elaboración propia en base a la encuesta realizada a ex residentes de Río Negro

Casi un 25% (34) de las/os encuestados no recibieron ofrecimientos laborales por parte de la provincia al terminar la residencia, siendo mayor esta proporción en que terminaron en los últimos 5 años, donde se llega a una/o cada tres (31,7%). En relación a las diferentes especialidades, una mención especial merecen los egresados de Salud Mental Comunitaria, donde al 61,1% de las/os encuestadas/os no recibieron ofrecimiento laboral a su egreso por parte de la provincia de Río Negro (Tablas 1 y 2).

En todos los períodos en que ex residentes ingresaron al sistema público de salud luego de la residencia (desde hace más de 20 años hasta este año) refirieron que hubo demoras en el pago del primer salario, con un promedio de 3 meses de retaso, pero el mayor retraso se registra entre los que terminaron en los últimos 5 años, con un promedio de más de cuatro meses en cobrar.

### *Comparación a lo largo de los años de egresadas/os*

Respecto al primer trabajo post-residencia, en total un 16,7% (23) se fueron a otra provincia a trabajar o al extranjero, el mayor valor se registra entre aquellas/os que terminaron hace más de 20 años. Un 13,0% (18) se fueron a trabajar al sector privado, con porcentaje entre aquellas/os que terminaron en los últimos 5 años (18,0%) (Tabla 1).

Siempre hubo demoras en el pago del primer salario, en promedio de 3 meses. Pero el mayor valor se registra entre las/os que terminaron en los últimos 5 años, con un promedio de más de cuatro meses en cobrar (Tabla 1).

Si vemos los últimos cinco años (egresadas/os entre 2014 y 2018), de los 61 ex residentes que respondieron la encuesta de las diferentes especialidades cerca del 50% (30) no continuaron trabajando en la provincia luego de terminar la residencia, el principal grupo, con casi el 30% (18) se fueron a trabajar al sector privado o migraron de provincia (Tabla 1)<sup>3</sup>. Entre los que se fueron al sector privado, la mayoría recibieron ofrecimientos para seguir trabajando en Salud Pública de Río Negro (un 72,7%) pero refirieron haberlo rechazado buscando

---

<sup>3</sup> Los restantes refirieron estar desocupadas/os (6), no respondieron esa pregunta (2) o comenzaron a trabajar en otras dependencias del sector público provincial (4)

mejores condiciones de trabajo; en cambio entre los que se fueron a otras provincias, solamente uno recibió ofrecimiento laboral en Salud Pública de Río Negro.

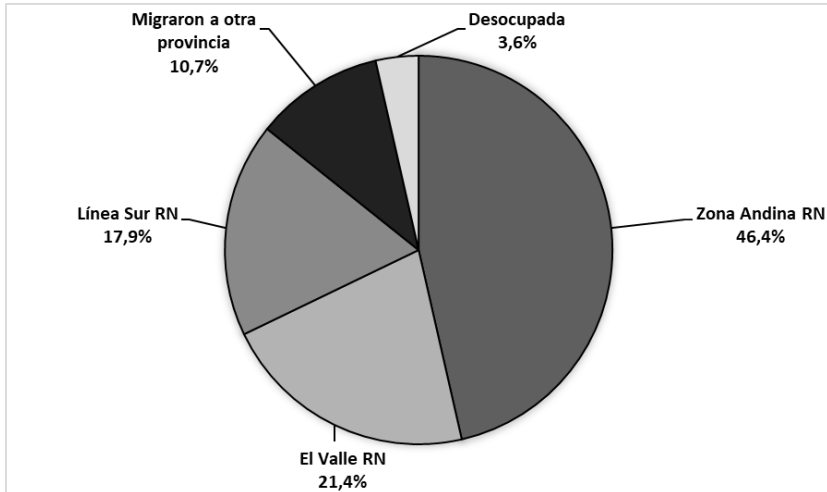
### *Ex residentes de medicina general en últimos 5 años*

Al analizar la inserción de los ex residentes de medicina general que terminaron en los últimos cinco años vemos que de 27 personas que respondieron la encuesta, casi la mitad (48%) se encuentran viviendo en la zona andina (Bariloche, Bolsón y Mallín Ahogado). El 12,4% (6) en localidades del valle rionegrino (Villa Regina, General Roca, Ingeniero Huergo y Cervantes). El 17,9% (5) en localidades de la línea sur (Comallo, Ñorquin-co, Pilcaniyeu) y tres se fueron a otras provincias o al extranjero (Figura 4).

El porcentaje de las/os que terminaron medicina general en los últimos cinco años que recibieron un ofrecimiento por parte de la provincia fue similar al total de las/os residentes que terminaron en los últimos años: no recibieron ofrecimientos un 22,2% y 24,6% respectivamente (Tabla 1).

El 15% (4) fue a trabajar al sector privado; todos ellos refieren esta elección basada en las malas condiciones laborales a nivel provincial. Finalmente 2 personas se fueron a otras provincias, refirieron motivos fueron personales.

Figura 4: Destino de ex residentes de Medicina General de Río Negro egresadas/os en los últimos cinco años (2014-2018) (n=28).



Fuente: elaboración propia en base a la encuesta realizada a ex residentes de Río Negro

**Tabla 1: Inserción laboral post residencia de ex residentes de Río Negro en base a los años de egreso<sup>a</sup> (n=138)**

	Últimos cinco años (n=61)		Egresaron hace 6 a 10 años (n=16)		Egresaron hace 11 a 19 años (n=35)		Egresaron hace más de 20 años (n=25)		Total (n=138)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	%	n	(%)
Residentes que NO recibieron ofertas por parte de la provincia	20	(32,8)	1	(6,2)	8	(22,9)	5	(20,0)	34	(24,6)
Residentes que se fueron a trabajar a otra provincia o al extranjero <sup>b</sup>	7	(11,5)	1	(6,2)	8	(22,8)	7	(28,0)	23	(16,7)
Residentes que se fueron a trabajar al sector privado <sup>b</sup>	11	(18,0)	2	(12,5)	5	(14,3)	--		18	(13,0)
Residentes que cambiaron de localidad luego de la residencia	16	(26,2)	8	(50,0)	16	(45,7)	11	(44,0)	51	(37,0)
Demora en cobrar el primer sueldo en Salud Pública (n=74)	4,1 meses		2,5 meses		2,8 meses		1,7 meses		3,0 meses	

<sup>a</sup>Menos de 5 años egresados entre 2014 y 2018 6 a 10 años egresados entre los años 2009 y 2013; entre 11 y 19 años egresados entre 1999 y 2008: más de 20 años egresados entre 1988 y 1998

<sup>b</sup>Dentro de este grupos algunos recibieron ofertas y otros no

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta realizada a ex residentes de Río Negro

**Tabla 2: Inserción laboral post residencia de ex residentes de RN en base a las distintas especialidades (n=138).**

	Medicina general (n=94)		Salud Mental comunitaria (n=19)		Salud Pública veterinaria (n=11)		Otras (n=14) <sup>a</sup>		Total (n=138)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
NO recibieron ofrecimiento laboral por parte de la provincia	19	(20,2)	12	(63,2)	1	(9,1)	3	(21,4)	34	(24,6)
Trabajo post-residencia en otra provincia o extranjero	16	(17,0)	6	(31,6)	1	(9,1)	---		23	(16,7)
Cambio de localidad luego de la residencia	41	(43,6)	4	(21,0)	3	(27,3)	3	(21,4)	51	(37,0)

Nota:

<sup>a</sup> Otras: Toco-ginecología, Clínica Médica, Terapia Intensiva, Cirugía y Neonatología

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta realizada a ex residentes de Río Negro

## Respuestas en los “comentarios”

Los datos analizados en forma cualitativa de la encuesta se tomaron de las respuestas en el apartado “comentarios”, en donde las/os entrevistadas/os podían manifestar en forma escrita cualquier opinión o parecer que tuvieran.

Se destaca que la mayoría de las/os encuestadas/os se expresó por este medio; solo 15 personas de un total de 138 manifestaron no querer hacerlo o no tenían ningún comentario para hacer.

Las respuestas variaron en su extensión, a veces manifestando alguna opinión directa sobre el tema, otras haciendo sugerencias o escribiendo pequeños relatos basados en sus experiencias.

En muchas ocasiones se recordó a la residencia como un lugar que recuerdan con cariño y se muestran agradecidos con la formación recibida:

- *“Considero que la formación que se me ofreció fue espectacular, me dio muchas herramientas para poder elegir libremente donde y como trabajar”*
- *“La residencia en Bariloche fue una experiencia muy enriquecedora, no la cambio por nada, los recuerdo con mucho cariño y agradecimiento”*
- *“Fue linda la residencia”.*

Del análisis realizado podemos agrupar las respuestas en una serie de categorías que fueron surgiendo con la lectura de las mismas.

### *Políticas de salud y contexto provincial*

En esta categoría se que agrupa las respuestas orientadas a las políticas de recursos humanos:

- *“Muchos generalistas se fueron de la provincia. Se han perdido especialistas para la provincia.”*
- *“Sería necesario e importante que la provincia no pierda los recursos humanos que forma. Que surjan propuestas laborales para todxs como ocurre en Chubut”.*

- *“Me parece que Río Negro al igual que otras provincias (Tierra del Fuego donde estoy actualmente), no presentan propuestas atractivas desde el ambiente laboral ni económicas, por eso hay falta de profesionales en general en la Patagonia”.*

### Condiciones laborales

Esta categoría agrupa un sinnúmero de experiencias y propuestas que siempre se colocan en sentido crítico pero propositivo en el sentido de que en el caso de poder lograrse incentivarían a muchos compañeros a ocupar espacios o a trabajar en mejores condiciones:

- *“Mejora de condiciones laborales y salariales”*
- *“Aumenten los sueldos en los hospitales de menor complejidad”*
- *“Que se genere un plan o circuito de cambio para los que trabajan en la línea sur, o que se lea bajo la edad jubilatoria, algún beneficio más allá de lo económico que ni siquiera es tan notorio”*
- *“Desconozco la situación provincial actual de los profesionales de salud, pero creo que hay que ofrecer mejoras en las condiciones laborales, como capacitación, carrera sanitaria, políticas sanitarias claras y más explícitas, sistema de pases y traslados, jubilación anticipada, límite de edad para guardias”.*
- *“Debería pensar en la oferta laboral que proponen, en los salarios y las condiciones, la comparación con el valor de las guardias en ámbito privado es increíble. Y estar 6 meses sin cobrar con retención de título es insostenible”*
- *“Sugiero que implemente el tema de concursos a los cargos. Consultar también el tiempo en que demoro la provincia de Río Negro en contratarlo, modalidad de ingreso si es que continuó en la provincia de Río Negro. Se demoran en salir la asignación de los cargos y eso desmotiva a quedarte en la provincia”*

### Expectativas y compromiso del Estado

Esta categoría de respuestas muestra una gran potencialidad para dar cuenta de algunos aspectos importantes de la relación de los/as trabajadores con el nivel central; sobre todo en relación a lo que podríamos llamar “reglas de



juego claras”; un aspecto que tiene creciente demanda en las sociedades modernas en relación al rol del estado, los funcionarios y los ciudadanos.

- *“El cargo esta pedido desde 2016 y aun no sale”*
- *“La provincia no cumplió con lo que ofrecía”*
- *“Ingresa al sistema por necesidad del hospital, el ministerio nunca se contactó conmigo ni me ofreció un listado de opciones”*
- *“Sería bueno sin embargo que sea más trasparente la oferta de cargos en la provincia*
- *“Regrese hace un año y medio, la provincia tardó más de 5 meses en pagarme el sueldo, luego de múltiples reclamos”.*
- *“Todavía estoy esperando el pago de la especialidad, habiéndola cobrado anteriormente y siendo ex residente de la provincia”...*
- *“Para incentivar a que el generalista, sea egresado de la residencia de Río Negro o de otras provincias, a trabajar en un hospital rural, debe haber, aparte de una remuneración diferencial acorde, ofrecer contención y acompañamiento desde el ministerio de salud. Siempre da la impresión de que una vez que ingresa al sistema, que se las arregle como pueda. Por eso no dura en el sistema.”*
- *“Les conté que estaba embarazada, en ese momento no fue un impedimento pero cuando me tenía que salir el cargo fue la razón por la cual no me lo dieron trabajo agregando que volviera cuando estuviera lista”*

### *Perfil del trabajo y la formación de residencias*

En muchas respuestas se ven diferentes visiones sobre la tarea que debería realizar el médico general, así como los perfiles de formación y la organización del sistema de salud.

- *“Que vuelva a tener orientación rural”*
- *“Reforzar el sistema de atención primaria, separarlo del área de emergencias”*

- *“Sería importante, que los residentes egresados tengan la obligatoriedad de prestar servicios en la provincia por un cierto periodo como devolución por lo que el estado invirtió”*
- *“Si no mejoran condiciones de trabajo, y dejan de basar todo en el trabajo extraordinario de guardias, será difícil sostener servicios públicos”*
- *“Ofrecer par time para trabajar solamente en centros de salud y en forma separada y no obligatoria guardias de 12 u 8 hs “*
- *“En el caso de salud mental comunitaria, al momento de rendir el examen de residencia, nos informaron que no está garantizado el trabajo al finalizar la misma.”*
- *“Me hubiese gustado seguir trabajando en la provincia que me formé”*

### *Acceder a un cargo y el primer sueldo*

Existe un momento fundante en la vida de un/a médica/o que termina su residencia y está en relación a acceder a su primer trabajo; y más si este trabajo se ofrece en el propio lugar de formación ya sea la ciudad o la provincia. Hay un reclamo generalizado de transparencia y ofrecimientos abiertos:

- *“En el 2001 nos ofrecieron a mi pareja y a mí (ambos residentes) trabajar en la línea sur. Lo que nos ofrecían y las condiciones laborales eran lamentables. Sobre todo comparándolas con otras provincias”*
- *“Estaría bueno ofrecer listado de lugares donde se necesita médico general al finalizar la residencia. Es importante cuidar el recurso humano que se forma en las residencias”*
- *“Tiempo de pago de salario luego del inicio de tareas”*
- *“Los nombramientos deberían ser directos y los salarios iniciales deben pagarse en tiempo y forma, la burocracia debe garantizar que el inicio de actividades coincida con el nombramiento.”*
- *Creo que no tendrían que ofrecer el puesto con anticipación si no están seguros que va a salir ya que uno proyecta y organiza de acuerdo a eso.*

- *“En mi caso en particular me ofrecieron el puesto antes de terminar la residencia, presente todo y nunca salió”.*
- *“Sería bueno sin embargo que sea más transparente la oferta de cargos en la provincia y que se genere un plan o circuito de cambio para los que trabajan en la línea sur,”*
- *“Sería bueno que cuando terminen la residencia se ofrezcan cargos en la provincia donde el residente recién graduado pueda elegir donde trabajar. Una Ley de pases y traslados donde el medico se desempeñe no más de 3 a 5 años en la línea sur garantizando poder salir de esa localidad a un hospital de complejidad donde quiera seguir prestando sus servicios”*

### **Deseo y elección personal**

Si bien hablamos de acceder a un trabajo a través de la reacción entre partes, condiciones laborales y motivaciones económicas, varias/os entrevistadas/os también le dan un lugar central a la elección personal basada en múltiples aspectos que determinan la elección de un lugar de trabajo. También manifiestan deseos de volver o pasar a salud pública.

- *“La balanza entre las condiciones laborales y la expectativa propia es muy personal y hasta temporal. No solo depende de condiciones económicas”*
- *..”las elecciones personales son muy variadas”*
- *“Estaría dispuesta a volver a la salud pública, en un cargo part time. Me gusta el trabajo en el centro de salud”*
- *“Mi deseo es poder volver a trabajar en salud pública, ya que es la única salud existe”.*

### **Interpretación preliminar de los resultados**

#### **El rol del Estado**

Haciendo una agrupación secundaria de las categorías primarias (*políticas de salud y contexto provincial, condiciones laborales, expectativas y compromiso del estado y acceder a un cargo/el primer sueldo*) encontradas podemos

establecer un marco general de discusión de los datos que se relacionan con el **rol del Estado** en cuanto a diferentes aspectos: políticas de salud generales y en particular de recursos humanos; necesidades de atención de salud y su cobertura, condiciones laborales generales, relación del estado con sus propios trabajadores, transparencia en la relación contractual, entre otros. Un aspecto a destacar es el valor que todos le dan al compromiso, la confianza y la necesidad de establecer relaciones claras con las autoridades de turno, aunque en el fondo se cuestiona una modalidad de actuación del estado. Podríamos afirmar que los comentarios al respecto tiene un tono crítico, aunque con múltiples aportes y sugerencias.

### *Una relación de a dos*

Pero no todos los comentarios depositan las causas de esta problemática en las categorías anteriores, también se plantean posiciones personales, en cuanto a diferentes temas y áreas, sobretodo en cuanto al *perfil del trabajo y la formación de residencias*. El *deseo y elección personal* aparecen quizás como manifestación de una autonomía que se está construyendo al finalizar el periodo formativo y que debería ser acompañada desde el estado, haciendo formar parte de la construcción de un sistema de salud a sus propios trabajadores

### **Para ir cerrando**

Dada la urgente necesidad de buscar información sobre la situación laboral de los ex residentes de nuestra provincia se eligió un formato de entrevista rápida a preguntas cerrada con el agregado de un ítem de comentarios donde las/os entrevistadas/os se pudieran expresar libremente y esta decisión se mostró acertada dada la riqueza de respuestas obtenidas. La mayoría contestaron *explayándose* de modos diversos. Se encontraron categorías muy interesantes que muestran diferentes aspectos que pueden ayudar a explicar las causas de la falta de cobertura médica en la provincia de Río Negro y que permitirán buscar soluciones y mejorar procesos. Pensamos que sin la opinión de los propios trabajadores las explicaciones que se esgrimen son siempre parciales y limitadas. Por este motivo el entrecruzamiento de los datos

cuantitativos y cualitativos nos permiten conocer y describir una realidad. Esperamos que este trabajo sirva para el debate y la construcción de un mejor sistema de salud en Río Negro.

## **RESUMEN**

- Las respuestas abarcan egresados desde la década del '90 hasta egresados del corriente año, abarcando así distintos periodos de gobiernos provinciales. Hubo mayor cantidad de respuestas de residentes que terminaron entre los últimos años.
- Cerca del 40% de los residentes no continuaron trabajando en la provincia luego de terminar la residencia. Entre los motivos citados se encuentran no recibir ofrecimientos laborales, la búsqueda de mejores condiciones laborales. Este porcentaje fue aún mayor entre los egresados de los últimos 5 años, donde la mitad no continuó trabajando.
- Uno de cada cuatro residentes no recibieron ofrecimientos por parte de la provincia de Río Negro luego de terminar la residencia. Esto fue mayor entre aquellos que terminaron en los últimos cinco años y entre los que terminaron la residencia de Salud Mental Comunitaria (1 de cada 3).
- Siempre hubo demoras en el pago del primer salario, siendo mayor en el último tiempo, entre aquellos residentes que terminaron en los últimos 5 años, donde el retraso llega a más de 4 meses.
- Se reconoce el paso por la residencia como enriquecedor.
- Se critican las condiciones de trabajo.
- Se analizan diferentes aspectos que pueden ayudar a explicar las causas de la falta de cobertura sanitaria en la provincia de Río Negro y que permitirán buscar soluciones y mejorar procesos.



# UNA PROPUESTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO COTIDIANO PARA EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO<sup>4</sup>

Jose Maria Ali Brouchoud

## Si evaluar es:

*“la capacidad de debatir y reflexionar de los trabajadores sobre los problemas de su trabajo y de la población”*

## Y

*“...no es un dispositivo técnico sino más bien político; por eso entendemos la evaluación a partir de una mirada emancipatoria, participativa y colaborativa en la cual los propósitos y criterios de evaluación sean construidos por medio de la negociación en forma colectiva. Tenemos la certeza de cada sujeto es capaz de evaluar sus acciones, de manera reflexiva, construyendo y reconstruyendo su propia práctica”*

## ¿Por qué no es una práctica frecuente?

*La evaluación siempre ha estado asociado a un modelo punitivo y normativo, esta mirada ha sido reforzada por estructuras organizacionales donde el rol del jefe es dominante y las tareas se hacen por mandato: “siempre que la crítica sea constructiva y abra posibilidades de mejora es bueno ser evaluado, si solo es hecho para*

---

<sup>4</sup> Este trabajo fue realizado como Tesis de Maestría de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) de la Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2013. Disponible la tesis completa en: [http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/034578\\_Ali\\_Brouchoud.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/034578_Ali_Brouchoud.pdf)

cumplir con la vía jerárquica o mandamientos verticalistas, pierde todo valor” (Trabajadores, 2012).

### **Un camino posible**

*El deseo de mejora es evidente como movilizador de las voluntades para planear y evaluar manifestada por los equipos: “las posibilidades de generar nuevas propuestas de trabajo, de modificar estructuras de trabajo, de revisarla práctica” (Trabajadores, 2012)*

*Ante este poder, las prácticas recuperan otro sentido. Para Pires (2005) la política de la evaluación -que no desconoce al poder-- permite que los sujetos sean protagonistas de la acción orientando sus esfuerzos a resolver o enfrentar problemas y necesidades. Es el poder en el sentido emancipatorio, que genera mayor libertad.*



## **Introducción ¿Por qué se realizó esta investigación?**

La realización de este trabajo como tesis final de maestría está relacionada con la experiencia de trabajo de su autor como médico generalista; integrando equipos de trabajo multidisciplinarios en centros de salud urbanos y públicos en la ciudad de Bariloche provincia de Río Negro. Se inicia a partir de la identificación de un problema relacionado con las actividades de evaluación de su lugar de trabajo en el primer nivel de atención (PNA): la ausencia o escaso desarrollo de las mismas, su carácter normativo y burocrático y sin utilidad o uso para procesos de mejora. El desconocimiento de aspectos metodológicos esenciales, falta de explicitación de objetivos de trabajo y su carácter disciplinario que genera resistencia por parte de los propios trabajadores.

Planteada esta hipótesis de trabajo la investigación se centró en conocer el estado de esta práctica en la provincia de rio negro, y –basándose en lo anterior– en la construcción de una metodología para realizarla. La base de esta propuesta se basó en el concepto de desempeño (utilizado actualmente para evaluación a nivel de sistemas de salud) que en general se refiere al grado de alcance de los objetivos de los sistemas de salud y /o en este caso de los servicios de primer nivel de atención

La naturaleza de este estudio fue eminentemente cualitativa e incluyó entrevistas a numerosos actores (entre ellos investigadores; funcionarios a nivel nacional y provincial jefes DAPA y los propios trabajadores de toda la provincia de Río Negro,) así como búsqueda documental sobre el tema.

Los resultados obtenidos -que dadas las características de este publicación se centraran en las respuestas de los trabajadores y en aquellos más importantes de la metodología Las conclusiones del trabajo muestran en líneas generales que la evaluación como práctica está presente en los equipos aunque en forma discontinua, generada por los propios equipos, con una gran potencial de cambio y mejora, con dificultades técnicas a la hora de diseñarlas y sin que los resultados de las mismas impacten en el trabajo cotidiano; hecho este centrado en la falta de respuesta a las necesidades por parte del nivel central; así como también escasa orientación de las mismas a las necesidad de los usuarios. Con respecto al diseño metodológico y dada la dificultad para conceptualizar cual es

la tarea específica propia del PNA se construyó un concepto/modelo abarcativo que dé cuenta de todas las dimensiones y actividades que desarrollan los equipos; tanto en relación al territorio de trabajo, a la organización interna y la práctica de los equipos.

### **¿Cuáles fueron los resultados encontrados?**

¿Qué experiencias en la provincia y a nivel nacional hay de evaluaciones en PNA?

Respuestas de los Informantes clave del Ministerio de Salud de la Nación y de la Organización Panamericana de la Salud

En sus respuestas hicieron foco en la capacidad política y técnica de los niveles gerenciales para realizar actividades de evaluación calificándola como “débil”, y muy heterogénea según la jurisdicción “*el problema viene de arriba*”.

En relación a los equipos se planteó que son “*los primeros obstáculos*” para realizar evaluaciones y que deben ser “*sensibilizados*” previamente para participar así como que “*una mayor inversión en PNA podría generar que los equipos se sientan mejor*”.

En este punto resulta de interés confrontar lo expresado por los informantes del nivel nacional con los informantes teóricos. Los informantes nacionales realizan una caracterización de los gerentes y trabajadores -ya sea considerándolos como facilitadores u obstaculizadores – que condiciona esta práctica, Por otro lado los informantes clave teóricos establecen una serie de condicionamientos de tipo estructural y suprasectorial, ampliando de esta forma el análisis hacia aspectos sociales y organizacionales: “*pienso que la formación de los profesionales de la salud de una manera general no contempla adecuadamente la reflexión y el debate sobre los problemas sociales. En el caso de la salud, más específicamente sobre las condiciones socio-sanitarias de la población... hay variables poco controlables que encuentran su dependencia con el grado de desarrollo de las ciudades, la madurez política de las sociedades;... la práctica de la evaluación requiere de un compromiso ético a través del debate permanente sobre las condiciones de salud de la población y la asignación*

prioritaria de recursos e intervenciones. El objetivo debe ser rescatar la satisfacción por el trabajo relacionado con el desempeño profesional y organizacional y con la ética en lo que tiene que ver con la relación entre agentes público y la sociedad que los financia (Grupo de Informantes Teóricos, 2012).

## **Informante Clave del Nivel Provincial**

Este grupo estuvo conformado por 2 ex jefes de programa, 3 ex jefes DAPA de Bariloche y Bolsón y 19 trabajadores del PNA de la provincia de diferentes regiones, profesiones y antigüedad.

Los jefes de programa provincial caracterizan a la práctica de la evaluación a nivel institucional a nivel provincial como “débil” o “inexistente en las políticas” aunque es “un objetivo siempre perseguido” y si bien categorizan a la evaluación en el primer nivel de atención como “errática, incompleta y que no incluye la opinión de los ciudadanos que la demandan” reconocen que a nivel de equipos y centros de salud se realizan actividades de evaluación: “muchos de ellos (centros de salud) programan e incluyen la evaluación”.

En cuanto a las experiencias de evaluación si bien se diferencian por áreas de salud y conducciones locales: “las realizaban dentro de sus propias capacidades y motivaciones; las que se destacan por la buena conducción que han tenido, han sido participativas y con conclusiones operativas”. El diseño y la coordinación son locales: “Desde el ministerio se ha participado ante pedido puntuales” y en cuanto a su desarrollo:

“Participativas y conflictivas, los consensos dependen de la cohesión de los grupos, creo que los jefes evalúan la no ocurrencia de conflictos y desde una perspectiva cuantitativa, por otro lado los “prestadores” suelen apoyar una perspectiva cualitativa; sin embargo debería haber un esfuerzo por integrar ambas perspectivas (Jefes de Programa, 2012).

A nivel de sistemas de información afirman que los datos solicitados “son anuales y desagregados hasta el nivel de área” por otro lado “no son utilizados adecuadamente por las regiones sanitarias” por motivos relacionados con la “desmotivación” existe un pedido de datos “paralelo” en función de los programas nacionales vigentes en la provincia.

En relación al PNA opinan que: *“hay desmotivación del personal debido a las condiciones laborales, bajos sueldos, además de falta de formación para ejercer tareas de gerenciación y administración de los recursos por parte de muchos de los encargados de estos puestos. Mediocridad lo siento yo”*. Pero al mismo tiempo se hace alusión a *“la vocación y creatividad de los agentes que no reciben incentivo alguno”*.

Existe una *“ausencia del nivel central en hechos concretos, faltando respuestas a los básicos requerimientos de los trabajadores”*.

### **Jefes y Ex Jefes DAPA**

Las respuestas recibidas han sido de dos ex jefes DAPA y dos jefes actuales: *“Si, he participado de evaluaciones del primer nivel de atención y estas eran y son programadas por las conducciones del nivel local”*. El carácter esporádico de las evaluaciones es manifestado. *“Se trabajó para que cada equipo realizara programación de sus propias actividades”*, También para evaluar programas a nivel local. La motivación también puede ser otra, donde la evaluación queda incorporada como una actividad más, pero realizada: *“la hicimos entre todos dado que veíamos la necesidad de saber qué es lo que hacíamos concretamente y además demostrar al hospital y también a diferentes autoridades políticas locales provinciales para que estábamos y que hacíamos”*. Todos tuvieron el rol de coordinar los encuentros junto con algún compañero de trabajo como evaluadores internos.

El diseño fue siempre local con enfoque cualitativo y cuantitativo aunque con diferencias en lo cualitativo: *“más difícil de realizar por no tener muchas herramientas; era muy intuitiva la evaluación”* aunque marcando sus diferentes utilidades: *“cuando se evaluaba el proceso de atención fueron evaluaciones de tipo cuantitativas y en los casos del funcionamiento del grupo de trabajo cualitativas”*. En cuanto a la participación: *“Fue participativa pero no se pudo lograr totalmente la participación autentica sobre todo de los trabajadores de la ley 1844. Era muy fuerte la concepción que tenían sobre el poder casi absoluto del MEDICO. Algunos agentes sanitarios y enfermeras comprendieron lo que se pretendía desde el grupo*

de profesionales DAPA (incluido el jefe) y se animaron a participar abiertamente. Algunos no entendían para que evaluar” (Jefes DAPA, 2012)

*“Las primeras experiencias fueron muy estresantes al no tener experiencia laboral, ni en evaluaciones de equipo y estar expuesto a la opinión, crítica observación de los compañeros de trabajo con los cuales hasta ese momento no tenía suficiente confianza”*

En general se manifiesta que los datos solicitados son los habituales de programas con algunos faltantes y sus motivos: *“todas menos las no asistenciales. Por lo que me pregunto si no estamos valorizando poco lo comunitario”*

*“... tal vez en algunos casos de programas desde lo cuantitativo pero no nos tomamos el tiempo de trabajar la información que producimos, la tendencia natural parece ser la de remitir datos que nos piden (cumplir) del nivel central sin trabajar ( analizar) antes esto en los equipos ni en el DAPA” (Jefes DAPA, 2012) y con respecto a que información: “la información que sistematizan los sectores, agentes sanitarios, enfermería, médicos, sociales, salud mental, se trabaja en conjunto pero no se analiza el conjunto, no se cruzan los datos” Nunca hubo generación desde niveles gerenciales superiores para evaluar, tampoco devoluciones: “inmunizaciones si enviaba informe a toda la provincia por localidad pero no había respuestas a las solicitudes locales para poder mejorar (personal, vacunas necesarias, etc.)”.*

## **Los Trabajadores**

Prácticamente todos participaron de actividades de evaluación en el primer nivel de atención; en su mayoría de carácter esporádico y en los menos programadas en forma anual: *“las evaluaciones fueron esporádicas a criterio del equipo de salud muchas veces, y con poca participación de los niveles de gestión”.*

En su mayoría se realizaron a nivel de equipos en los centros de salud.

Un caso individual es de resaltar, el de la evaluación a nivel individual que aun habiendo ocurrido mucho tiempo atrás y de hecho relatado por los que tienen más años de antigüedad es una experiencia detallada:

*“..en el año 2002 se realizaban evaluaciones con un puntaje que te modificaba o no el sueldo (Productividad) en Salud Pública...fue diseñada de provincia (Viedma) y coordinada por los jefes de sectores, se evaluaba con un número hasta 5 siendo éste el máximo, por medio de un cuestionario junto con el presentismo” y esto generaba mecanismos de resistencia: “el hospital en general, solicitaba cada 3 meses que influían en el salario mensual de los 3 meses siguientes. Además un porcentaje de los profesionales de dedicación exclusiva de todo el hospital eran premiados en dinero de acuerdo a la evaluación de su jefe directo (“Full de oro”), en el DAPA decidimos que fuera rotativo y se hizo un fondo común para ser utilizado para el DAPA ya que consideramos que era injusto y de difícil selección dado que en ese momento todos poníamos el hombro para que el DAPA funcionara” (Jefes DAPA, 2012).*

Es interesante al analizar las motivaciones para realizar evaluación la utilización de verbos que pudiéramos llamar de “acción”: Indagar, cambiar, mejorar, hacer y la relación establecida con la planificación como análisis pre-acción o pos-acción, a veces viéndola como etapa de diagnóstica “*la instancia era desde el equipo para ver cómo funcionaban pequeños emprendimientos y desde el nivel central eran numéricas*”.

El diseño fue siempre local, solo hubo pedido de evaluadores externos ante situaciones puntuales, coordinados por un compañero (evaluador interno) siempre participativas con enfoque cualitativo en su mayoría, con pocas oportunidades de intercambio intersectorial “cualitativo para la descripción de las dificultades y fortalezas, para describir propuestas personales; cuantitativo para medir variables como nros., porcentajes, etc.”; con conclusiones --en general-- operativas.

Hay dos experiencias que resaltar: las respuestas de los trabajadores de salud mental y de trabajo social; en ambas se hace alusión a una dinámica propia de organización del trabajo que incluye a la evaluación; por parte del colectivo de trabajadores sociales (independientemente de donde estén trabajando) y del programa de salud mental comunitaria: “Es una modalidad de trabajo de los Trabajadores Sociales. Se planifica en forma general a principio del año y se

evalúa, como mínimo al finalizar el año. Si alguna actividad amerita una evaluación previa, se hace... generalmente el diseño lo realiza el mismo servicio. "Si, en mi servicio, Trabajo Social, realizamos evaluación en forma anual de las actividades planificadas por nosotros". (Trabajadores, 2012)

En este primer caso se observa el trabajo conjunto de los profesionales desde el terreno, sin que esto represente una política provincial e intentando encontrar soluciones por cuenta propia: "en la provincia no hay modelo estadístico que refleje las actividades de los asistentes sociales de los hospitales. Estamos como colectivo profesional en ese proceso de construcción".

El proceso del programa de salud mental comunitario es diferente, más sistémico, organizado desde el nivel central.

"En el caso de las evaluaciones semanales en SM, el método reflexión acción es parte de las pautas del programa provincial de SM comunitaria, o sea que existe un lineamiento técnico-político para incluir la evaluación como parte esencial del trabajo cotidiano. Existe decisión política y apoyo técnico: "el diseño de la evaluación (como método de reflexión-acción permanente de la tarea) está previsto en los lineamientos del programa, como espacio de debate-discusión en equipo....e incluso con la participación del saber no-profesional gracias al aporte de operadores en SM, y en lo posible del propio usuario y de su familia (Trabajadores, 2012)

La mayoría asume que son necesarias y útiles pero con algunos acotaciones: *"solo a efectos de que el equipo se fortaleciera o allanara dificultades sirvió"* *"si, casi siempre, no resulta cuando la evaluación es solo cuanti y acotada a programas puntuales"* *"me siento valorada porque alguien se interesa por mi tarea e insta a ver los errores y mejorar"* también los cuestionamientos han sido motivo de reflexión: *"me siento cuestionado y creo que esta bien, me ayuda a pensar aunque genere resistencias la posibilidad de que se mire mi tarea, me asusta o preocupa cuando no nos cuestionamos"*

Finalmente ante el pedido de información y devoluciones de informes en base a estos pedidos las repuesta ha sido categóricas: "Ninguna información" "no recuerdo devoluciones", "se envían datos pero no los usamos nosotros".

En estas reflexiones consideramos que la evaluación no puede convertirse en una consigna: “hay que evaluar”; reduciendo todo a una propuesta técnica y mandatoria. De esta forma todo el carácter emancipatorio que le reconocemos a la evaluación quedara reducido a una propuesta tecnocrática. El costo puede ser alto y la transformación de las organizaciones y de los trabajadores puede quedar trunca.

Por eso, por todo lo que falta es que de nuevo decimos: “nos falta mucho por recorrer” (Trabajadores, 2012)

## **Resumiendo**

Dadas las respuestas de las entrevistas nuevas categorías explicativas emergieron del análisis permitiendo contextualizar de una forma nueva las respuestas. La relación Nivel Central/ Efectores del PNA; La relación Jefes /Equipos; la estructuración del ministerio por los Programas de Salud y finalmente las categoría de mayor profundidad como el Poder y la Organización, el Lugar de Trabajo y el Contexto y La Evaluación como factor para el Cambio.

## **¿Qué evaluar y cómo hacerlo?**

(Una propuesta de evaluación conceptual y metodológica del trabajo en PNA)

### *De lo relacional a lo técnico*

Las evaluaciones vividas son asumidas como “necesarias” y “fundamentales”; han sido referidas como útiles para la mejora y el cambio de rumbo, pero a pesar de conformar una actividad política en términos de relaciones sociales y poder hay también en ellas una dimensión técnica. Para Guba & Lincoln el campo de la evaluación puede ser dividido en cuatro generaciones : la primera se caracteriza por la medición; la segunda generación se caracteriza por la descripción; la tercera caracterizada por el juzgamiento; y la cuarta generación aparece como alterativa a la anteriores teniendo como base una evaluación inclusiva y participativa.(Furtado,2001) los autores remarcan que esta división es un tanto artificial porque en la realidad las evaluaciones tienen elementos todas las generaciones; sin embargo recalcan existen graves



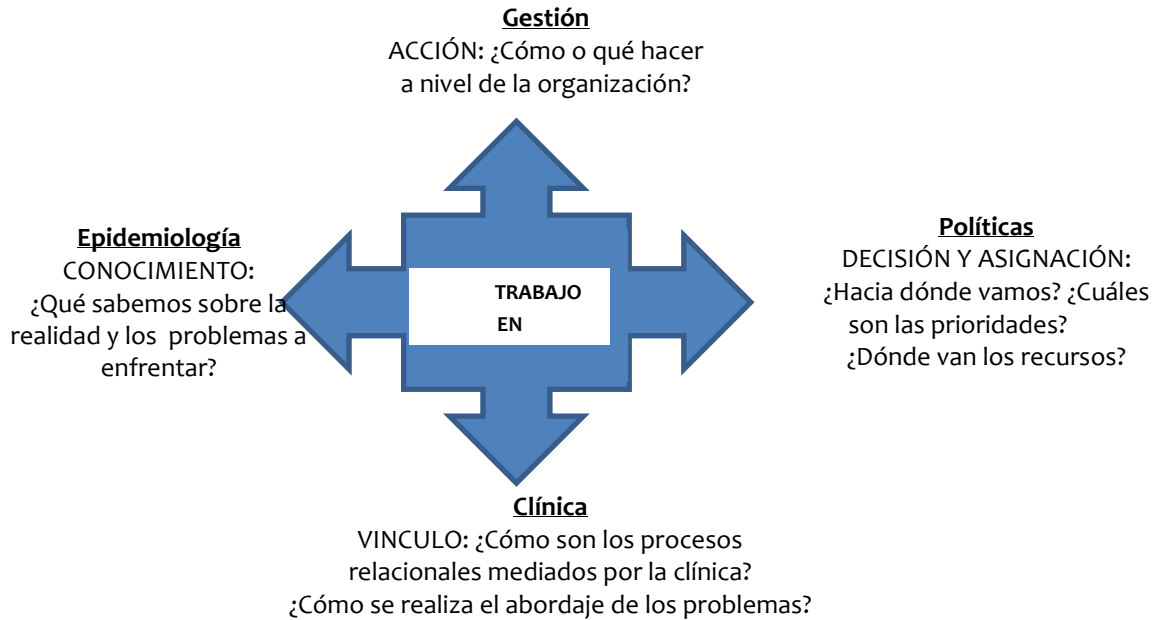
problemas y limitaciones comunes a las tres primeras generaciones: supremacía del punto de vista gerencial, incapacidad de incorporar la pluralidad de actores y proyectos y hegemonía del paradigma positivista.

El diseño hemos visto, fue propio de los equipos, la coordinación (salvo excepciones) fueron internas, muy participativas, con conclusiones operativas; Ante esto podríamos preguntarnos: ¿es ésta técnica la más adecuada? Para Novaes (2000) el evaluador interno tiene un lugar central en la evaluación para la toma de decisiones; ya que en ésta, lo realmente importante es la participación de los sujetos en contacto directo y vivencial con la realidad que quieren transformar.

La propuesta metodológica permitió desarrollar varios conceptos y modelos a los fines de poder consensuar las características comunes al primer nivel de atención teniendo en cuenta lo antedicho sobre las diferencias que existen con respecto a su conceptualización, su conformación, sus objetivos y su ámbito de prácticas.

Con respecto al Trabajo en Salud: ¿Cuáles son los campos de saberes y prácticas puestos en juego en el trabajo cotidiano por los equipos de primer nivel de atención?.

Figura 1: ¿Cuáles son los campos de saberes y prácticas puestos en juego en el trabajo cotidiano por los equipos de primer nivel de atención?



Cuadro 1: Dimensiones del trabajo en PNA: ¿Cuáles son las dimensiones del PNA que incluyan todas las actividades de un equipo en su trabajo cotidiano?

CATEGORIAS

<b>SUBDIMENSIÓN POBLACIONAL</b>	<b>SUBDIMENSIÓN CLINICA</b>	<b>SUBDIMENSIÓN ORGANIZACIONAL</b>
Orientación de los servicios de primer nivel hacia un trabajo territorial, con un profundo conocimiento del mismo que modifique las prácticas de los equipos en consecuencia.	Enfoque de las prácticas clínicas individuales y colectivas centradas en las personas en forma interdisciplinar y organizada	Organización centrada en la autonomía y la mejora de los procesos de trabajo.

Figura 2: Cuadro de Referencia. Desempeño para el Primer Nivel de Atención (construcción que une El Territorio en Salud; el Modelo Asistencial y el Desempeño)

Territorio en Salud			
Determinantes de Salud			
Ambientales	Socio-Económicos y Demográficos	Conductuales y Biológicos	
Condiciones de Salud			
Morbilidad	Estadio Funcional	Bienestar	Mortalidad
Modelo Asistencial			
Poblacional	Clínica	Organizacional	
Desempeño del Primer Nivel de Atención			
Cobertura	Eficacia	Continuidad	Organización interna
Disponibilidad	Efectividad	Participación social	Valores de la organización
Satisfacción de los usuarios y trabajadores	Longitudinalidad		Adecuación
Coordinación Sanitaria	Integralidad	Accesibilidad	Aceptabilidad

Equidad

## Construcción de Indicadores

Una vez establecido el Modelo Asistencial -es decir el objeto de la evaluación-demarcado sus Dimensiones -es decir establecer sus componentes-y enumerar algunas de todas las actividades posibles; todo esto explicitado en el Cuadro de Referencia podemos realizar algunos ejemplos de construcción de indicadores:

En relación a las siguientes Dimensiones:

- Morbilidad: “% de problemas crónicos de salud según rango etario”
- Determinantes de Salud Ambientales: “% de población con cloacas”
- Bienestar: “% de población con autopercepción del grado de bienestar”
- Poblacional: “grado de cobertura asistencial para problemas urgentes”
- Clínico: “integralidad de las consultas en aspectos curativos; preventivos y promocionales” (Si/No).
- Organizacional: “realización de la reuniones de equipo en forma semanal” (Si/No)

## Bibliografía

Furtado J P. Un método constructivista para la evaluación en salud. Ciencia y Salud Colectiva.2001, 6 (001):165-181.

Merhy E. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006. Novaes H. Evaluación de Programas, Servicios y Tecnologías en Salud. Rev Saude Pública. 2000; 34 (5): 547-559

Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro. RESOLUCION N°: 851/2012.(Internet).2012.(Citado el 10 de julio 2012) Disponible en: <http://www.salud.rionegro.gov.ar/inicio>

Organización Mundial de la Salud. Integración de la Atención de Salud. Serie de Informes Técnicos. Ginebra: OMS; 1996.

Paim J. Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.

PRO-ADESS. Proyecto de desarrollo de metodologías para la evaluación del desempeño del sistema de salud brasileiro. Relatoria Final. (Internet). Rio de Janeiro. 2003. (Citado el 10 de julio 2012). Disponible en: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index>

Schraiber L B, Peduzzi M, Sala A, Nemes M I, Castanhera E R, Kon R Planificación, Gestión y Evaluación en Salud: Identificando problemas. Ciencia & Salud Colectiva. Rio de Janeiro.1999, 4 (2):221-242.



## NARRATIVAS DE TRABAJADORES DE SALUD MENTAL SOBRE LA DESMANICOMIALIZACIÓN EN RÍO NEGRO: LOGROS, OBSTÁCULOS Y LOS NUEVOS DESAFÍOS TRAS 25 AÑOS DE INICIADA LA REFORMA.

*Claudia Gabriela Baffo y Rosana Onocko Campos*

Compartimos con los lectores fragmentos seleccionados del trabajo de tesis de maestría<sup>5</sup> realizado por Claudia Baffo y dirigida por Rosana Onocko Campos.

Nos propusimos investigar el proceso de desmanicomialización en Río Negro desde el punto de vista de los trabajadores de los servicios de Salud Mental (SM) del ámbito público, en el año 2008. Como parte de los objetivos específicos, buscamos verificar si existían diferencias en la comprensión del concepto de desmanicomialización, o en la descripción de sus logros, obstáculos y nuevos desafíos, en función del tiempo de servicio (antigüedad) de los trabajadores.

El abordaje de esta investigación fue de tipo cualitativo, y estuvo guiado por el referencial teórico de la hermenéutica. La recolección de datos se realizó durante una reunión provincial de equipos de SM en diciembre de 2008. Decidimos utilizar la técnica del “grupo focal” dado que esta técnica es el instrumento que favorece el surgimiento de un saber colectivo.

Propusimos a los participantes repartirse en tres grupos, según sus años de servicio (antigüedad) Así, conformamos tres grupos:

**Los fundadores:** trabajaban en SM desde antes de la sanción de la ley 2440

- 1) **Mediana antigüedad:** ingresaron a SM entre 1992 y 2000
- 2) **Nuevos Trabajadores:** ingresaron a SM entre 2001 y 2008

---

<sup>5</sup> Baffo C. G. Desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y nuevos desafíos. La perspectiva de los trabajadores a 25 años de la reforma en salud mental. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2011.

Participaron en total 29 efectores, de las 6 zonas sanitarias de la provincia, y de las diversas disciplinas que conforman los equipos interdisciplinarios (psicólogos, psiquiatras, trabajadorxs sociales, entre otras).

El análisis e interpretación de datos incluyó la construcción de narrativas para cada grupo focal, y tras la identificación de núcleos argumentales discutimos las mismas en articulación con las tradiciones sobre el tema.

Encontramos que en las narrativas de los participantes predominaron las coincidencias al momento de definir el proceso de desmanicomialización, identificar su fundamento, objeto, medios y estrategias. Sin embargo, pudimos verificar la existencia de diferencias en la interpretación que trabajadores con diversa antigüedad dieron al proceso en término de logros, obstáculos y desafíos a futuro.

Lo encontrado durante la investigación nos remite a que la desmanicomialización es un proceso no-lineal, donde conviven éxitos, fracasos y dificultades. No pretendimos encontrar una verdad confrontando las diversas versiones en trabajadores con distinta antigüedad, sino reconocer las múltiples perspectivas, considerándolas como diversas lecturas de una realidad compleja.

Dadas las características de la presente publicación, hicimos un “recorte” en el cual dimos prioridad a dos puntos extremos del trabajo original: la introducción y las conclusiones, que compartiremos a continuación. Como todo recorte, nos permite destacar algunos puntos, pero queda oculto casi todo el proceso que nos llevó a esas conclusiones. Por ese motivo, ofrecemos el texto completo al lector interesado.

## **Introducción: ¿Por qué estudiar la desmanicomialización de Río Negro, desde el punto de vista de sus trabajadores?**

Desde principios del siglo XIX, el manicomio fue el espacio institucional con que diversas sociedades intentaron controlar el problema de *los locos*. El manicomio representa desde entonces un lugar de encierro, donde se fusiona reclusión y tratamiento. Bajo el supuesto de que la locura es incurable, la



finalidad de dicha institución siempre fue el control y el aislamiento de la enfermedad mental, manteniendo libre de locura al resto de los ciudadanos, los “normales” (Foucault, 1976; Basaglia, 2006; Goffman 2001; Amarante 2006).

Diversas reformas psiquiátricas en todo el mundo fueron consolidándose a partir de mediados del siglo XX, y algunas lograron instituir nuevas formas de pensar y abordar la locura. Sin embargo, en Argentina lo habitual sigue siendo el trato que segrega y recluye a la locura. El modelo SM comunitaria, la vida y tratamientos sin manicomios, continúan siendo un campo novedoso, de prácticas *alternativas*.

Hace más de 25 años comenzó en la provincia de Río Negro el proceso de reforma conocido como desmanicomialización. Su origen está ligado al proceso de democratización que se inició en Argentina en 1983 (Cohen y Natella, 1995) Se gestó a partir de la iniciativa de un grupo de trabajadores del sector, que desde una nueva visión ético-política, propusieron una transformación de las prácticas y del modelo de atención en SM. Este proceso logró, en el año 1991, legalizarse con la promulgación de la Ley provincial N° 2440 de “Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental” (Legislatura de la provincia de Río Negro, 1991); ley que representa un hito en el avance por el respeto de los derechos de los usuarios.

Para los trabajadores de SM que la habían impulsado, después de años de construcción desde la marginalidad, la sanción de la ley significó un acceso al poder (Schiappa Pietra, 2008). Sin embargo, la falta de correspondencia entre la situación provincial y la situación legislativa nacional (que recién contó con una Ley Nacional de salud mental y Adicciones en 2010), tuvo diversas implicancias. Por un lado, cierta *vulnerabilidad* por el aislamiento provincial, y el cuestionamiento permanente a la legitimidad del nuevo modelo de atención en SM. Pero, por otro lado, el carácter de *pioneros* fue un valor agregado para la experiencia.

Contando con la primera legislación provincial en esta área, la desmanicomialización fue y sigue siendo reconocida y valorada internacionalmente como un modelo de reforma en SM. Sin embargo, diversos sectores y grupos también han criticado sus metas, estrategias y/o

características. Por eso, consideramos significativo para el campo de la SM, analizar el desarrollo, logros y obstáculos de esta experiencia provincial. Nos preguntamos ¿Cómo describen el proceso de desmanicomialización los trabajadores de SM con distinto tiempo de servicio en la provincia? ¿Se verifican diferencias en la forma en que esos trabajadores lo comprenden y valoran?

La bibliografía existente y accesible sobre diversos aspectos de la reforma rionegrina, es valiosa pero escasa, y el punto de vista de los trabajadores no había sido suficientemente estudiado. Reconocemos que sería preciso también, considerar la perspectiva de usuarios, familiares, y de otros actores relacionados con el ámbito de la SM. Sin embargo, ante la complejidad del tema, hemos elegido limitarnos a la perspectiva de los trabajadores que al momento del estudio eran efectores del Programa provincial de SM Comunitaria. Esta decisión se fundamentó en reconocer que son los actores que sostienen, con su compromiso y su esfuerzo, el modelo de Desmanicomialización. Por eso, sin desmerecer otros análisis, nos interesó destacar las reflexiones de este grupo en particular.

Las preguntas que orientaron el presente estudio tuvieron en cuenta, además, el progresivo aumento de los servicios de SM de la provincia Río Negro. A medida que el nuevo modelo se afianzaba, el sistema de atención se fue transformando: de cinco servicios en 1984, a una red de 33 servicios de SM en hospitales generales en 2009. Dichos servicios cuentan con efectores interdisciplinarios, y muchos incluyen a efectores no profesionales. Consideramos que la propuesta de pensar juntos el desarrollo y evolución del proceso de desmanicomialización, es decir, la instancia de reflexión que facilita el grupo focal que hemos adoptado como metodología en esta investigación, genera la posibilidad de que los trabajadores transmitan sus conocimientos sobre el tema.

Por supuesto, no nos propusimos realizar un estudio neutro de la desmanicomialización. Sabemos que no es posible, aún si lo pretendiéramos (Gadamer, 2002). Partimos en cambio de un reconocimiento a los protagonistas, y dentro de ellos, buscamos incluir especialmente a quienes hasta ahora tuvieron menos voz. Protagonistas anónimos, muchas veces, porque no han llegado a

ocupar lugares de conducción o de mayor visibilidad. Simplemente trabajadores, que en cada uno de los servicios de SM de la provincia, construyeron y continúan construyendo la desmanicomialización.

Como puede resultar evidente a esta altura, esta descripción será una evaluación incompleta, subjetiva, intencional, pero no por eso menos valdadera. Pretendemos generar a través de ella un debate que permita abrir nuevas preguntas y motorizar el proceso legítimo y complejo que llamamos desmanicomialización.

## **Conclusiones**

Los resultados obtenidos tras el proceso de análisis e interpretación (Gadamer, 2002; Ricoeur, 2003; Onocko Campos, 2008) se describieron y articularon teóricamente en diversos capítulos de la tesis, que por razones de espacio no podemos compartir aquí. Pero intentaremos sintetizar los principales resultados, a modo de “conclusiones”, enfatizando los puntos de acuerdo o desacuerdo entre los grupos de trabajadores con distinta antigüedad.

### *Desmanicomialización en Río Negro: origen, finalidad, proceso y legislación.*

Los participantes describieron la desmanicomialización como un proceso de transformación que se propuso construir una alternativa que reemplace al modelo manicomial. Identificaron principalmente razones éticas para generar ese cambio de modelo, puesto que predominó un argumento vinculado al respeto y promoción de la dignidad de las personas con sufrimiento mental. Explicitaron la necesidad de revertir el encierro manicomial como forma de segregación, para lo cual consideraron necesario modificar el concepto que entrelaza enfermedad mental con peligrosidad.

Los tres grupos reconocieron una variedad de condiciones favorables que hicieron posible el **inicio** de la reforma en la provincia, en concordancia con lo delimitado por Desviat (2010). Plantearon la existencia de la voluntad política, ligada a la recuperación de la democracia; una demanda social; y la disposición de un grupo de técnicos comprometidos con la reforma. Estas últimas dos

condiciones no fueron valoradas en forma homogénea por los grupos de trabajadores: mientras los Nuevos Trabajadores enfatizaron la buena predisposición de la comunidad, los Fundadores hicieron énfasis en el componente humano de un grupo de profesionales que motorizó el proceso.

Los tres grupos también coincidieron al identificar la inclusión social como eje y **finalidad** última de sus prácticas. Además, la pertenencia del usuario a un grupo familiar y socio-comunitario fue destacada, evidenciando que se conciben como parte del objeto de abordaje y no como meros elementos contextuales. Esto se corresponde con una concepción donde la *locura* ya no es un fenómeno exclusivamente individual sino social, y debe ser abordado como tal.

Por su parte, la Ley 2440 fue mencionada con diversos sentidos, que hemos valorado como indicadores de una relación no unívoca entre desmanicomialización y Ley 2440: por un lado, se la consideró uno de los resultados obtenidos por el proceso de desmanicomialización, lo cual nos remite a una relación temporal donde el proceso antecede a la sanción de la Ley. Este primer tipo de relación es acentuado por el grupo de Fundadores, coincidiendo con lo afirmado en otros trabajos (Schiappa Pietra, 2008; Gerlero et al 2009). En el grupo de mediana antigüedad predominó una valoración de la Ley como herramienta para implementar y profundizar los cambios que eran necesarios, lo cual nos remite a una relación donde conviven e interactúan Ley y práctica desmanicomializadora. Finalmente, los Nuevos Trabajadores enfatizaron la vigencia de la Ley como normativa que antecede el accionar cotidiano de los servicios, por lo cual la relación temporal se invierte y se destaca la influencia de la legislación como promotora del proceso de reforma.

Identificar la existencia en simultáneo de estos tres escenarios temporales, fue posible gracias al aporte de cada uno de los grupos de trabajadores con diversa antigüedad. Nótese que la variedad de perspectivas nos permitió reconocer el carácter complejo de la relación entre desmanicomialización y legislación de SM.

### *Tres logros de la desmanicomialización:*

#### *1. La permanencia en el tiempo y la continuidad del proceso.*

Tanto los Fundadores como el grupo de trabajadores con Mediana Antigüedad, discriminaron las características de los inicios del proceso, respecto de las características actuales del proceso<sup>6</sup>. Por ello, afirmamos que la desmanicomialización que plantearon como una tarea actual-cotidiana, no sería idéntica a lo que consideraron fue el trabajo desmanicomializador histórico en sus orígenes. Al caracterizar ese trabajo histórico, los Fundadores subrayaron su originalidad y su carácter combativo, pues plantearon que era un proceso de lucha. En consecuencia, describieron la actualidad en términos de éxito y solidez alcanzados.

Trabajadores con mediana antigüedad también identificaron el carácter belicoso como funcional a los orígenes, pero agregaron sería un obstáculo del presente. Este grupo enfatizó la necesidad de ser críticos frente a los resultados de la reforma, y asumir una posición menos pasional.

Otro punto de discusión entre los grupos con diversa antigüedad, fue el carácter “logrado” vs. “en proceso de construcción” de la desmanicomialización. Mientras los Fundadores lo describieron como un proceso consolidado y de “éxito total”, los trabajadores con mediana antigüedad enfatizaron el carácter provisorio de los logros, y los Nuevos Trabajadores asumieron un papel de denuncia, mostrando las contradicciones del presente, las tensiones y conflictos que resultan en francos obstáculos al proceso.

Según los Nuevos Trabajadores, son falencias del programa la escasa producción teórica, la ausencia de investigaciones científicas y escasas de trabajos que reflejen el proceso de reforma provincial llevado adelante en lo cotidiano. Vincularon estas falencias con el hecho de tener “una dedicación full time a la práctica”. Durante el análisis vinculamos estos conceptos con la tradición basagliana de *exhortación a la práctica* (Basaglia, 2008), y reflexionamos acerca de los factores que dificultaban el vínculo del programa de

---

<sup>6</sup> Recordemos que la recolección de datos se realizó en el año 2008.

desmanicomialización con los ámbitos de formación académicos: notamos que los principales puntos de contacto con diversas universidades se producen a partir del sistema de pasantías, lo cual equivale a una contribución valoriza la formación práctica por sobre la producción teórica.

2. *Haber podido implementar nuevas prácticas en SM.*

Los trabajadores dijeron haber encontrado formas de actuación de carácter alternativo a las prácticas manicomiales, desde un nuevo modelo de atención. En las narrativas se describieron varias características de esta nueva modalidad de abordaje: (a) el carácter extramuros de la misma, con las *visitas domiciliarias* como actividad paradigmática. Observamos que la importancia de lo extramuros fue asociada con una transformación del vínculo con el usuario, que plantearon en términos de cuidado, diferenciándolas de las prácticas curativas tradicionales; (b) el ámbito institucional diferente, dado que valorizaron el hospital general frente al hospital monovalente. El grupo con mediana antigüedad subrayó especialmente el hecho de que *las crisis* fueran atendidas en este ámbito, sin recurrir a la segregación ni al aislamiento como formas de contención; (c) finalmente, los Nuevos Trabajadores mencionaron el hecho de haber podido implementar algunas formas de actuación de tipo comunitarias.

Las tres cuestiones señaladas, a saber: el trabajo extra muros, el hospital general como ámbito institucional de actuación, y el trabajo en comunidad, dan cuenta de lo *alternativo* (que definimos no sólo como diferente sino como opuesto) de la modalidad de abordaje respecto de la propuesta manicomial, que precisamente se caracteriza por ser intramuros, en hospital monovalente, y en aislamiento.

Nuevamente el desacuerdo entre los grupos surgió respecto de la estabilidad del cambio de prácticas logrado, pues mientras el grupo de Fundadores lo consideraron permanente, los otros dos grupos lo juzgaron como inestable, asumiendo la falta de garantías y la incertidumbre respecto del futuro.

3. *Haber instalado una forma de trabajo en equipo interdisciplinario como estrategia.*

Destacaron la importancia de haber logrado romper con la exclusividad del paradigma médico biológico, y la uni-causalidad que este modelo implica. Lo vincularon con la necesidad de construcción de estrategias terapéuticas singulares para cada usuario, y con la realización de reuniones de equipo como espacio de intercambio de visiones y saberes. Durante el análisis describimos las tres funciones mencionadas por los trabajadores respecto del espacio de las reuniones de equipo: construcción de estrategias terapéuticas; transmitir el modelo de trabajo a otros trabajadores; y brindarse apoyo mutuo y contención.

Además, destacaron el valor de la figura del operador en SM como clave para romper con la hegemonía del saber profesional en los equipos de trabajo, cuestión que vinculamos al mandato basagliano de ruptura hacia los enunciados científicos sobre la locura (Basaglia, 2008). En este sentido, señalamos que el valor de la inclusión de operadores en los equipos se fundamenta, para los trabajadores, en el aporte teórico-ideológico que representan, y no en aspectos meramente económicos-financieros.

*Obstáculos y dificultades: falta de presupuesto, conflictos institucionales, y trabajo intersectorial.*

Los trabajadores identificaron una serie de dificultades, destacándose tres temas. El primero fue **la falta de presupuesto propio para el programa**. A diferencia del grupo de Fundadores, que lo describió como un obstáculo histórico que tuvieron que superar, los otros dos grupos consideraron la falta de recursos económicos como un obstáculo actual, que pusieron en relación con la falta de dispositivos que plantea la Ley 2440, y la falta de materiales para realizar actividades de reinserción social. Por lo tanto, notamos que para los trabajadores, existe la necesidad de una re adecuación de los recursos económicos como parte del proceso de transformación del modelo de atención de SM.

Además, trabajadores con mediana antigüedad y los Nuevos Trabajadores, consideraron adecuada la distribución provincial del recurso humano, valorando la creación de servicios en localidades donde antes no existían. Sin embargo, plantearon la necesidad de disponer de recursos en cantidad suficiente,

adecuados en capacitación y con buenos salarios, aspectos que identificaron como otros obstáculos ligados a la falta de recursos económicos.

Un segundo obstáculo identificado fueron **los conflictos al interior del ámbito institucional en que funcionan los servicios: el hospital general**. Describieron como origen de estas dificultades el enfrentamiento entre la forma de organización hospitalaria y la forma de organización de SM. Un ejemplo mencionado por los trabajadores fueron los obstáculos cotidianos ligados al “trato” con enfermería o con los médicos generales. Durante el análisis desarrollamos algunos temas vinculados con este obstáculo, como el hecho de que la forma de organización diferente afecta también el vínculo con el usuario.

El tercer obstáculo identificado fueron las **dificultades en el abordaje Inter-institucional e intersectorial**: instituciones de la comunidad con las cuales necesitaban relacionarse para realizar un abordaje integral de la problemática del usuario con sufrimiento mental, tenían una forma de pensar y de accionar diferente e incluso opuesta al modelo de trabajo en SM. Durante el análisis pusimos en relación estas dificultades con la concepción histórica de la locura y el rechazo que genera, señalando que el trabajo en red implica ir contra estos significados y representaciones tan arraigados en lo social.

### *Desafíos a futuro*

Encontramos una coincidencia inicial entre los grupos con diversa antigüedad, que identificaron la necesidad de afrontar el trabajo con “*las nuevas patologías sociales*” (referidas al consumo problemático de sustancias o adicciones) como el principal desafío a futuro para el proceso de desmanicomialización. Sin embargo, hubo notorias diferencias entre los grupos respecto a las formas de actuación que pensaron son necesarias para responder a estas demandas que representaban un desafío para la desmanicomialización.

Tanto los Fundadores como los trabajadores con mediana antigüedad consideraron que se debía abarcar a los *nuevos excluidos* dentro de la tarea de los servicios de SM; pero se diferenciaron en un punto clave: mientras los primeros consideraron contar con el saber-hacer y con herramientas útiles, el grupo de mediana antigüedad creyó necesaria una transformación del propio



movimiento de la desmanicomialización, en búsqueda de nuevas herramientas y estrategias, aunque manteniendo como finalidad la inclusión social.

Por su parte los Nuevos Trabajadores adoptaron una postura muy diferente ante dicho desafío, y consideraron necesaria otra forma de actuación, pues cuestionaron no sólo la capacidad para dar una respuesta, sino la propia necesidad de darla, su incumbencia. Explicitaron como problema el hecho de carecer de recursos técnicos apropiados, aspecto que durante el análisis pusimos en relación con lo planteado por Costa Rosa (2006) quien afirma que existe una disparidad entre las tecnologías alternativas al manicomio disponibles, y el grado de dominancia técnica de los trabajadores respecto de las mismas.

Además, el planteo que los Nuevos Trabajadores realizaron acerca de las incumbencias del programa de desmanicomialización, nos permitió reflexionar acerca de la responsabilidad de los servicios de SM para intervenir ante problemas sociales, enfrentando el peligro de asumir posturas dicotómicas, escogiendo entre el *no-hacer* con el riesgo de abandono que implica, y el *hacerlo todo*, con el riesgo de patologizar la pobreza, la juventud o el sufrimiento de la vida en sociedad.

### *El sufrimiento de los propios trabajadores de SM*

Esta temática fue un emergente (no planificado) que surgió durante el debate de los grupos focales. Trabajadores con diversa antigüedad reconocieron una serie de sentimientos, que expresaron como desgaste, frustración, agobio, soledad, y enojo, entre otros; y que fueron asociados con diversas vivencias cotidianas de la práctica desmanicomializadora.

Sintetizando, podemos mencionar algunos aspectos que los mismos trabajadores identificaron como origen de esa frustración o desgaste: (a) algunas características del sufrimiento mental, como la cronicidad o la reiteración de crisis, y el exceso de intensidad en la relación con los usuarios. Durante el análisis afirmamos que el estar al lado de la locura, sin los muros del manicomio, es una labor más costosa que la de encerrar a los locos (b) estar expuestos a las situaciones de miseria que sufren los usuarios, sin poder

resolverlas (c) la desproporción entre esfuerzo realizado y sueldo obtenido; (d) las situaciones de urgencia durante las guardias pasivas.

En cuanto a los dispositivos y condiciones que permiten pensar formas de cuidado del trabajador de SM, destacaron: el abordaje compartido de las situaciones críticas, y las reuniones de equipo como espacios de contención y apoyo mutuo. Aun reconociendo que trabajar en equipo es una tarea difícil, este modo de abordaje fue valorado como la instancia que más favorece la salud de lxs trabajadores, pues permite “renovar fuerzas para seguir”. En este sentido, reflexionamos acerca del valor de los espacios de encuentro (reuniones de equipo locales, zonales y provinciales) no sólo como ámbito de comunicación, sino especialmente como espacio que permite un ejercicio colectivo del poder en la toma de decisiones (Onocko Campos, 2004).

Además, encontramos que el propio compromiso con la tarea no es sólo fuente de desgaste, sino que ayuda a soportar el mal-estar que de ella se desprende. En este sentido, la identificación con la misión de la desmanicomialización se hizo evidente en todos los grupos. Los trabajadores destacaron la satisfacción que sienten cuando los resultados son favorables, o al obtener el reconocimiento por parte de la comunidad. También mencionaron el deseo de trabajar en el programa de desmanicomialización provincial, lo cual nos permitió reflexionar acerca de la existencia de un compromiso y de una elección que resultan protectores frente al sufrimiento que se genera en el ejercicio de la tarea.

## Reflexiones finales

Encontramos que los grupos de trabajadores con diversa antigüedad de servicio mostraron grandes coincidencias al definir el proceso de desmanicomialización en Río Negro, por ejemplo, al señalar los argumentos de tipo ético-político como el principal fundamento de la reforma en SM. También queremos resaltar como coincidencia, **la ausencia rotunda del concepto de peligrosidad**, puesto que ninguno de los trabajadores lo utilizó durante las discusiones en grupo, ni siquiera para fundamentar el desgaste o las dificultades del trabajo en SM. El valor que tiene para nosotros la ausencia de este concepto,

está dado por considerarla un indicador del cambio de modelo que pretende el proceso de desmanicomialización.

Por otro lado, encontramos grandes diferencias en la perspectiva de los grupos acerca de algunos temas. Una de ellas, que se repite al debatir sobre los logros, obstáculos y nuevos desafíos, podemos resumirla como la existencia de una posición diferente de cada grupo frente a la historia y al presente de la desmanicomialización. Mientras los Fundadores enfatizaron el esfuerzo del pasado y los logros del presente, el grupo con mediana antigüedad reclamó la necesidad de una lectura crítica, que consideraron debería ser valorada como muestra de un compromiso técnico y menos pasional. Por su parte los Nuevos Trabajadores, asumieron una postura que podemos describir como *irreverente* respecto del pasado, en el sentido de no rendirle homenaje, y resaltaron la existencia de un presente con dificultades, tareas pendientes, y un futuro incierto para el proceso de desmanicomialización.

Frente a estas diversas posturas, como producto del análisis realizado, podemos vislumbrar dos puntos principales de conflicto: por un lado, los Fundadores advirtieron que algunos de los Nuevos Trabajadores tenían una actitud de escaso compromiso con el programa, reconociendo que esto les provocaba enojo. Por otro lado, el grupo de trabajadores con mediana antigüedad, enfatizó la necesidad de abandonar la posición de lucha pasional, que identificaron con los orígenes del proceso, para adoptar una posición donde fuera posible el debate y la crítica. Consideramos que el énfasis en la necesidad de este cambio de postura, es un reclamo directo hacia los Fundadores del proceso, y un rechazo a la postura asumida por ellos.

Retomando la reflexión con la que empezamos este capítulo, afirmamos que no es necesario confrontar las diversas lecturas de la historia o del presente. Todas las versiones son ciertas: es verdad que el esfuerzo existió y que se lograron grandes cambios, y es verdad que existen obstáculos y falencias. La coexistencia de estas múltiples miradas nos permite vislumbrar la verdad de una realidad compleja.

Entre las propuestas que se desprenden de la investigación, mencionamos aquí tres que siguiendo el propósito de esta investigación apuntan a favorecer

el proceso de desmanicomialización provincial: (1) atender la necesidad de formación teórico-técnica de los trabajadores de SM que tienen la responsabilidad de accionar para la desmanicomialización. Consideramos necesario superar la postura dicotómica entre una dedicación full time a la práctica y la reflexión teórica alejada de las prácticas cotidianas; (2) generar instancias de evaluación y análisis crítico del proceso de desmanicomialización rionegrino; (3) diseñar formas de cuidado del trabajador de SM, que tengan en cuenta el riesgo de una actuación manicomial precisamente en uno de los momentos que hemos encontrado como de mayor vulnerabilidad: la atención de urgencias en el ámbito de la guardia.

En función del tercer punto, consideramos que la organización de las guardias debe anticipar tanto el cuidado del trabajador como del propio usuario, favoreciendo un abordaje integral. Nuestra sugerencia es brindar una asistencia con al menos dos efectores de SM al momento de la urgencia, uno de los cuales debería ser operador, por el valor que su incorporación a los equipos representa en términos del nuevo modelo de atención. Para ello se podría implementar un mecanismo de guardias pasivas en simultáneo de un profesional y un operador que actuarían en dupla frente a la urgencia. Esta propuesta requiere como condiciones, tal como lo afirmaron los trabajadores durante las discusiones en grupo, el hecho de contar con recurso humano en cantidad suficiente, con buenos salarios, y reconocimiento adecuado de la responsabilidad y el esfuerzo realizados.

Hemos pretendido con esta tesis, lograr una descripción del proceso de desmanicomialización en Río Negro desde la perspectiva de los trabajadores, que pueda dar cuenta de la existencia de múltiples puntos de vista, sin reducir la complejidad en juego. A partir de los resultados obtenidos, esperamos se enriquezca el debate sobre este proceso, y se abran nuevas preguntas que estimulen su desarrollo.

## Bibliografía

Amarante P. Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Ciudad de Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo; 2006.

Basaglia F. La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Buenos Aires: Editorial Topía; 2008.

Cohen H, Natella G. Trabajar en Salud Mental. La Desmanicomialización en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.

Costa-Rosa A. O Modo Psicosocial: Um paradigma das practicas substitutivas ao modo asilar. En

Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de Trabajo Social. 2010; 23: 253-263.

Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Vol 2. México: F.C.E; 1976.

Gadamer H. Verdad y Método. Volumen I y II. España: Editora Nacional Madrid; 2002

Gerlero S, Augsburger A, Duarte M, Escalante M, Ianowsky M, Mutazzi E, Yanco D. Diagnóstico

evaluativo para el fortalecimiento de intervenciones en salud mental en Argentina. Revista Argentina de Salud Pública. 1(2):24-29. Recuperado de: <http://msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen2/diagnostico-evaluativo.pdf>

Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.

Legislatura de la provincia de Río Negro. Ley 2440 de Promoción Sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental [Internet] Sancionada 11/09/91. Promulgada 03/10/91 – Decreto Nro 1466. Boletín Oficial 2909. [citada 5 de julio 2011]. Disponible en: [www.fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/7.pdf](http://www.fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/7.pdf)

Onocko Campos R. Humano demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En Spinelli H, compilador. Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004, p103-119.

Onocko Campos R. O exercício interpretativo. En: Onocko Campos R, Pereira Furtado J, Pasos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental. Desenho participativo e efeitos da narrativa. Sao Paulo: Editorial Huicitec; 2008.

Ricoeur P. El conflicto de las interpretaciones. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S. A.; 2003.

Schiappa Pietra J. Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en salud mental. Viedma: Fondo Editorial Rionegrino; 2008.



# PERCEPCIONES ACERCA DEL TRABAJO EN EL DERECHO A LA SALUD EN RÍO NEGRO<sup>7</sup>.

*Mónica Serena Perner y Soledad A. Pérez*

## Introducción

En el presente trabajo analizamos las percepciones de los equipos de salud del primer nivel de atención de la zona andina de Río Negro respecto a sus condiciones de trabajo desde un enfoque de derechos.

El enfoque de derechos constituye un marco interpretativo del alcance de los derechos humanos que deben estar necesaria y obligatoriamente incorporados en las políticas públicas y sociales, a fin de cumplir con los mandatos que en virtud de la adhesión a los Pactos y Tratados de derechos realizados con la reforma del '94, adquirieron jerarquía constitucional (Abramovich & Pautassi, 2008; Abramovich & Courtis, 2002).

En esta línea, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, se estableció la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de los derechos, así como la obligación de otorgarles el mismo peso y consideración a los derechos económicos, sociales y culturales y a los derechos civiles y políticos (Organización de las Naciones Unidas, 1993).

La adopción de una retórica de derechos en la Constitución Nacional y en la Provincial (Legislatura, 1988), la ratificación de pactos y tratados, así como el Plan de Salud Provincial (Ministerio de Salud, 2014) que manifiestan la intención de fundamentar las políticas desde un enfoque de derechos, hasta el momento no ha implicado en absoluto que los mismos se hayan hecho efectivos tal como pusimos de manifiesto en trabajos previos (Pérez & Perner, 2018).

En este sentido, en el presente artículo nos ocupamos de las condiciones de trabajo de lxs integrantes de equipos de salud del primer nivel de la provincia

---

<sup>7</sup> Este trabajo ha sido realizado en el marco de los siguientes proyectos: PIP 11220130100254CO “Democracia, Derechos y Necesidades: un estudio sobre el alcance y el ejercicio de la ciudadanía en la provincia de Río Negro” (2016-2019) y PI-UNRN 40-B-536 “Democracia, Derechos y Desigualdades. Evaluación del alcance de la ciudadanía en la provincia de Río Negro” (2017-2019).

de Río Negro, tanto por lo que implica en términos de sus propios derechos como por el impacto que dichas condiciones tienen sobre las posibilidades de garantizar el cumplimiento del derecho a la salud.

## **Metodología**

A lo largo del trabajo empleamos como estrategia metodológica la realización de grupos focales que hicimos en el año 2017 en distintos equipos de cuatro centros de salud públicos de las localidades de San Carlos de Bariloche y El Bolsón, ubicadas en la zona andina de Río Negro. En los mismos participaron en total 45 trabajadorxs. Los equipos de salud si bien con diferencias entre sí, estuvieron constituidos por agentes sanitarios, enfermerxs, médicxs (pediatría, clínica médica, medicina general, residentes de medicina general), psicólogxs, trabajadorxs sociales, operadorxs de salud mental, administrativxs, odontólogxs. Todxs lxs participantes de los grupos focales firmaron un consentimiento informado. Con la anuencia de lxs participantes se grabaron los encuentros. Con el objetivo de garantizar el anonimato de cada establecimiento y profesional no fueron incluidas referencias de los centros de salud ni las diferentes disciplinas que permitan identificarlxs. Se respetaron los marcos éticos vigentes: la Ley de Protección de los datos personales, N° 25.326 para el procesamiento de Datos Sensibles.

Esto fue complementado con el análisis de estadísticas oficiales: Plan de Salud provincial (Ministerio de Salud Río Negro, 2014) e información del Censo 2010 (INDEC, 2013).

En Río Negro, al igual que en el resto del país conviven los tres sub-sectores de salud: público, privado y de las obras sociales. El sistema público de salud de Río Negro está conformado por una red sanitaria con 35 hospitales y 184 centros de salud distribuidos en toda la provincia. Presentaba en el año 2015, 6.268 trabajadorxs de la salud (entre profesionales y no profesionales) (Ministerio de Salud Río Negro, 2014). La población que utiliza los servicios públicos de salud es la población que no cuenta con otra cobertura (privado u obras sociales). Este conjunto representaba en el año 2010, un 35% a nivel provincial, con diferencias al interior de la provincia (INDEC, 2013).



En términos generales abordamos la distribución de los recursos humanos en la provincia, las estrategias de gestión de los centros de salud y las percepciones de los equipos de salud sobre sus condiciones de trabajo.

## **Distribución de los recursos humanos**

La distribución de recursos humanos y también la cantidad de establecimientos de salud en cada una de las localidades de la provincia resulta muy dispar. Se puede observar en el mapa que las tasas más elevadas de profesionales por habitantes se encuentran ubicadas en la zona central de la provincia, reconocida como la zona de estepa, la línea sur, donde vive menos del 20% de la población de la provincia, pero donde más del 40% de esta población no tiene obra social ni prepaga. En cambio, en dos de los tres departamentos con menor porcentaje de población sin cobertura (al oeste y norte provincial) se observan los menores valores de trabajadores/as del sistema público de salud, salvo en el departamento donde se encuentra ubicada la capital provincial (al este de la provincia) donde existen de los menores valores de población sin cobertura pero valores intermedios de trabajadores de la salud (Mapa 1).

Esta situación que es percibida por lxs trabajadorxs de los equipos de salud con malestar y sin duda repercute en la calidad del servicio que en cada uno de estos centros de salud puede brindar:

*“comparando las ciudades de acá, de Río Negro, vos vas al Bolsón y tenés la misma cantidad, casi, de centros de salud que hay en Bariloche. Y vos fijate la diferencia de población. O sea, son cosas que vos decís, ¿cómo puede ser que, uno que está acá, y ellos, o sea, los que tienen que solucionar estas cosas no lo vean?”*

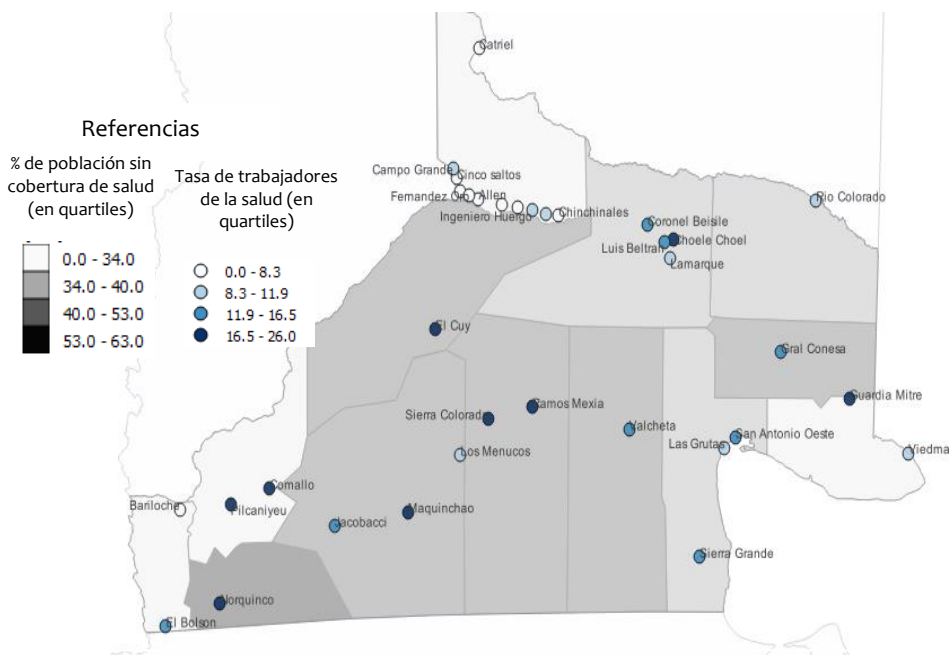
Sin embargo, otrxs trabajadorxs del primer nivel de atención ponen en duda estas afirmaciones al sostener que:

*“no sé si hay falta de recursos humanos. Me parece que hay mucho recurso humano que no se está aprovechado o no se está cumpliendo como debería cumplir. Entonces, eso también hace a que haya menos horas de atención, menos turnos. Y, entonces, se va todo, como en un embudo. Y esas son las*

soluciones o los problemas que hay, por ejemplo en el hospital, con el tema 'turnos'. No puede ser que haya, un oftalmólogo o lo que sea, que hay uno sólo para para 140.000 habitantes”.

Aquí se visualizan contradicciones en los discursos de lxs propixs trabajadorxs, por un lado se pone en duda la falta de recursos humanos, tendiendo un manto de sospecha sobre el no cumplimiento de responsabilidades de parte de algunxs trabajadorxs, y por otro, se sostiene la imposibilidad de que existan tan pocos profesionales nombrados respecto de la cantidad de población.

Mapa 1: Ubicación de los hospitales públicos según la tasa (por 1.000 hab.) de trabajadores públicos de la salud y porcentajes de población sin cobertura de salud por departamento. Río Negro



Fuente: elaboración propia en base los datos proporcionados por el plan de salud provincial (Ministerio de Salud Río Negro, 2014) y del censo 2010 (INDEC, 2013)

## Entre la falta de gestión y control y la autonomía

Las percepciones de lxs miembrxs de los equipos de salud en relación a los modos de organización del trabajo no resultan uniformes. Algunxs valoran positivamente la falta de control que redundaría en autonomía para llevar adelante distintos tipos de iniciativas pero reconociendo que dicha ausencia de control implica también habilitar posibilidades de “no hacer”.

- *“La provincia de Río Negro tiene la particularidad, desde que yo estoy, que si vos querés hacer lo que quieras hacer, salvo que sea una barbaridad, nadie te dice nada. Es una ventaja, porque también podés no hacer. nada...”*

- *“Una de las facilidades de Río Negro es que es muy difícil que te digan lo que tenés que hacer, cero control de lo que hacés. Hacés lo que querés. No es Neuquén por ejemplo”.*

- *“Acá no se entera ni el loro. Lo hacés, lo deshacés, se armó tres veces...”*

- *“Funciona, no funciona... el Ministerio no tiene ni idea”.*

Estas citas contrastan con el Plan de Salud Provincial, que sostiene trabajar en pos de una Política integral de Recursos Humanos y específicamente un modelo de gestión integral que integre a los tres subsectores (público, privado y de las obras sociales) y articule temas como la capacitación continua, formación de posgrado, certificación y recertificación periódica al tiempo que se propone un balance de necesidades para garantizar el funcionamiento y realizar las requeridas incorporaciones.

En relación a las capacitaciones son referidas por unx de lxs trabajadorxs como *“un derecho del trabajador”*, pero a su vez la misma lógica asistencial que prima en nuestros sistemas de salud hace que resulte difícil ir a quienes *“atienden al público”* o la dificultad debido a que muchas veces *“tenés que pagarlas de tu bolsillo”*.

Paralelamente, la falta de supervisión u organización más vertical, descrita por distintxs trabajadorxs implica también que se habilite espacios para entramados o construcciones entre pares *“parte de curiosidades y de compromisos individuales”*, *“se gesta desde abajo”*, *“se arma individualmente”*. Y

así se van conformando los equipos de salud, “te vas juntando de acuerdo a la necesidad”.

En esta línea existe un reconocimiento de ciertas cualidades de algunxs compañerxs que traccionan en pos de incorporar nuevas prácticas, más allá de las autoridades coyunturales: “más allá de la conducción que, a veces, las conducciones, desde la dirección digo, orientan para ir hacia un lado o hacia el otro, también hay personalidades que, más allá de las conducciones del momento, van abriendo y generando también otras prácticas”.

Por otra parte, en otro centro de salud unx de los referentes del mismo describía la conformación de los equipos en los siguientes términos:

*... en los equipos de salud, o en los hospitales, vos tenés 30/30/30. 30 que aunque no le pagues nada o poco va a laburar igual, y a veces le ponen un poco más, se quedan más de hora. 30% que no va a laburar, y va a hacer lo posible por no laburar, sobre todo si el jefe es quien lo tiene que controlar y no labura, si vos sos jefe y no laburas es imposible controlar. Y el otro 30 que va fluctuando con esas variabilidades, depende de cuan contento estoy y cuan no contento estoy, con la situación particular que me toque en ese momento, de la gente que me tocó al lado, el sueldo que estoy cobrando, como voy de la vida, si estoy cansado o no estoy cansado, o me duele la espalda o no me duele la espalda. Y ahí siempre se dice hay que apuntar a ese 30 indefinido porque este está muerto... (haciendo referencia al primer 30%).*

Según se desprende del testimonio, habría una fracción de lxs integrantes de los equipos de salud que aún sin recibir la retribución monetaria acorde a su trabajo, lo hace.

Otra fracción similar cuya disposición a la atención depende de múltiples condiciones, estrechando o tensando la distancia de acceso al derecho en virtud de los modos de ejercicio de la autoridad de la cual dependen, que puede inspirar tanto con su trabajo como con la posibilidad del control a ese otro tercio fluctuante o bien, transmitiendo con su falta compromiso otros modos de permanencia en los equipos de salud y finalmente un tercio cuya falta de compromiso repercute directamente en una merma de las condiciones para el acceso al derecho a la salud.

## Condiciones de trabajo de lxs trabajadorxs de la salud

Si bien el plan provincial de salud sostiene que se apunta al logro de un sistema de salud centrado en las personas, en lxs usuarixs y en lxs trabajadorxs de salud. Que tenga en cuenta la satisfacción de las expectativas de los usuarios mediante el esfuerzo brindado por equipos interdisciplinarios integrados, con alta calificación técnica y humana, reconocida y jerarquizada en el escalafón laboral, estimulando su motivación, su bienestar y seguridad y su crecimiento profesional (Plan de Salud 2014, p.45).

Los testimonios relacionados con las condiciones de trabajo de los equipos de salud, dieron cuenta de múltiples realidades que manifiestan distintas situaciones de vulnerabilidad para estxs trabajadorxs: *“Se ha ido desarmando la estructura organizativa para dar respuesta”*. *“Desde lo organizativo como que se desarticuló”*.

La arbitrariedad se pone de manifiesto en relatos como el que sigue:

*“Te empiezan a negar cosas, a cortar recursos, porque saben que sos una persona referente”*.

*“Dentro de diferentes centros de salud nos fueron cambiando, sin consultar... compañeros que estaban trabajando en un lado, los mandaron para otro, a otros equipos, como desarticular las historias, los equipos”. Donde “por cuestiones ideológicas los corren de ahí y los ponen en otro centro de salud (...) es un vínculo que se pierde con la comunidad”*

Estas lógicas, tal como ponen de manifiesto, van *“generando miedo”*. *“sacándonos”*. *“por miedo, por persecuta, van quedando pocos, que son los que se le ponen la camiseta”*.

Al mismo tiempo, se van configurando centros de salud con distintas jerarquías, en función de la alineación política ideológica de los equipos, así algunos centros ofician como lugares de *“rescate”* donde van los desplazados de otros espacios laborales: así van definiendo a sus compañerxs como *“otro rescatado”* y *“en proceso de rescate”*.

La importancia del tipo de lazos que se establecen entre lxs integrantes de los equipos de salud, cobra una nueva dimensión en el relato de algunxs trabajadorxs que señalan con preocupación el desmembramiento de los equipos que se está realizando en los últimos años: *“se viene como destruyendo (...) Es como que también se ha ido desarmando la estructura organizativa para dar respuesta. Entonces se están comenzando a dar respuestas individuales, eso también empieza como a fragmentar los servicios”*.

De este modo, los centros de salud asumen y son atravesados por las particularidades de cada territorio, lo cual permite pensar, con Spinelli (2016) a lxs trabajadorxs del primer nivel de atención *“como artesanos en un ‘ser ahí’, arrojados al mundo, que –no pocas veces– tienen que pensar lo impensado, atravesados por el juego de la micropolítica, en la que se mezcla lo individual y lo colectivo, lo consciente y lo inconsciente, el deseo y la razón, todos elementos innegables de lo humano, que constituyen los procesos relacionales”* (pág. 165).

A estas situaciones que hacen a las condiciones de trabajo, se agregan vulneraciones respecto al derecho a la salud de lxs propixs trabajadorxs del sector, vinculadas a incumplimientos por parte de la obra social: *“la misma obra social nuestra vulnera nuestros derechos como trabajadores, que es manejada por el estado provincial”*.

Dicha situación contrasta con la letra del plan provincial que sostiene que el mismo está centrado tanto en los usuarios como en lxs trabajadorxs (Ministerio de Salud Río Negro, 2014).

## **La tensión entre el afuera y adentro**

Las condiciones de trabajo previamente descritas se dan en un contexto en el cual lxs trabajadorxs de la salud cotidianamente se debaten, dicho contexto se configura a partir de las formas en que se tensionan y/o articulan las percepciones de su trabajo *“desde afuera”* en general y particularmente desde los profesionales de salud que ejercen exclusivamente en el ámbito privado y la autopercepción de lxs trabajadorxs del subsistema público respecto de su propia labor y de la de sus compañerxs.

- *“hay una tensión entre la oferta de trabajo en el privado y el estado... como está armado el sistema de salud. En la medida que el privado le compite a adquisición de recursos al estado... te va a poner más plata, va a haber una tensión y va a ser casi imposible ese juego. Porque es una cosa que no termina nunca”*

Según manifestaba unx de lxs trabajadorxs: *“ahí producís atención, producís consulta, no producís salud. Es otra cosa”*.

A su vez, respecto a las percepciones que lxs trabajadorxs del ámbito privado tienen respecto de quienes trabajan en el ámbito público de la salud reproducían frases que les suelen ser dichas tales como: *“que bueno que trabajás en el hospital, tenés, aguinaldo, tenés vacaciones, total al medio día te vas”...*

Estas afirmaciones dan cuenta de un reconocimiento de los derechos laborales que tienen lxs trabajadorxs del ámbito público, que los distingue de los del ámbito privado y cierta descalificación vinculada a la escasa cantidad de horas que trabajarían quienes lo hacen en el ámbito público.

Dicha tensión es reconocida también al reflexionar sobre cómo lxs trabajadorxs del ámbito público perciben la labor de quienes ejercen en el contexto privado: *“¡pero vos te llenás de guita en el consultorio!”*, *“¿cuánto cobra un particular por la consulta?”*, *“500 mangos la consulta, eh!”*.

Más allá de lo cual afirman:

*“uno elige finalmente. Yo claramente por este sueldo... yo por el tiempo que le destino a la atención pública, claramente ganaría más plata trabajando esa misma cantidad de horas en el privado. Uno elige también donde está y que hacer. Para mi no son cuestiones que compitan en términos del derecho a la salud o del acceso a la salud”*.

Así, en cada trabajadrx convergen universos de sentido distintos, en cada una de las acciones de lxs diferentes trabajadorxs de la salud respecto del significado de su trabajo. Estos universos se corresponden con lógicas también diferentes: las de los roles institucionales y las normas y las de las prácticas privadas de cada trabajadrx.

*“Entonces se juega siempre esa tensión, como la moral o ética que uno lo puede hacer por el convencimiento o la tarea que uno tiene y la misión que tiene respecto a la sociedad la institución salud”*

*“Yo estoy acá para esto..., ayudar a la población en tal aspecto”, bueno otro por ahí lo puede pensar diferente. “soy un trabajador mercenario y si puedo....”*

*-“Está lo que vos sabés que debés hacer, que depende si la persona, no sé, el grupo etario o el problema que tiene, sabés a qué otra institución tenés que apelar, digamos, eso es lo que el deber ser. Pero, después, esta mucho esto, de que se empieza a resolver como el caso a caso, es esto. O, por ahí, yo no sé, me impliqué con esta situación más que con otras, o bien hice más vínculo con tal paciente que con otro y tratás de esto, desde teléfonos particulares, contactos, pero no es lo que debería ser, en términos de que eso te puede resolver una o dos situaciones, pero no el grueso de las situaciones”.*

## **Conclusiones**

La aproximación al primer nivel de atención considerado puerta de entrada al sistema de salud dada la cercanía geográfica a la población que accede, nos permite advertir una compleja trama de actores (cada uno con sus contradicciones) ubicados en diferentes niveles de jerarquía y en consecuencia de responsabilidad en el acceso al derecho a la salud: por una parte, actores que desde el nivel nacional o provincial definen políticas públicas con la designación y distribución de recursos y presupuestos, y cuya distribución no pareciera corresponder con criterios explícitos o claros.

El trabajo realizado nos permitió reconocer cierta heterogeneidad al interior de los propios equipos de salud, que se vincula al modo en que se interpreta la gestión local con diferencias de trabajo, en el marco de lo cual, tanto la cohesión de los equipos como la autoridad de quienes conducen los mismos resultan sumamente significativas, repercutiendo en distancias más extensas o no, en el acceso al derecho para la población.



La tensión entre la ausencia de control y el margen para hacer merece a nuestro entender una mirada poco indulgente. Consideramos que no puede ser un requerimiento para el trabajo en salud, la existencia de cierto nivel organizativo y autogestivo por parte de lxs propixs trabajadorxs de la salud para hacer accesible el derecho. La autonomía de los equipos de salud que podríamos valorar positivamente es la contracara del incumplimiento de distintas dimensiones que hacen al derecho a la salud, es frente al incumplimiento que se despliegan estrategias y siendo que esas estrategias resultan contingentes, es decir, que pueden o no desplegarse y que pueden o no encontrarse las mejores y más adecuadas para cada situación, estamos frente a situaciones de gran vulnerabilidad, tanto para la población en general como para lxs propixs trabajadorxs.

La fragmentación del sistema de salud y las diferencias en términos simbólicos y materiales de trabajar en uno u otro subsector pone en tensión el vínculo entre elecciones y oportunidades de elegir de lxs trabajadorxs, situación que se visualiza en las percepciones “desde afuera”, es decir desde el ámbito privado, en contraposición a las miradas que se tienen desde adentro del sistema público. Más allá de esta dicotomía lo que pareciera caracterizar a los equipos de salud es la dinámica de su conformación, ya que lxs trabajadorxs van y vienen, se entrecruzan según oportunidades que van condicionando sus elecciones.

## Bibliografía

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

Abramovich, V., Pautassi, L. (2008). “El derecho a la salud en los tribunales: algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina” *Salud Colectiva* 4(3): 261-82.. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a02.pdf>

INDEC. Recuperado de: [http://www.censo2010.indec.gov.ar/index\\_cuadros.asp](http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp)

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

Ministerio de salud de Río Negro. (2014). “El Derecho a la Salud en Río Negro. Fortaleciendo el Sistema de Salud Rionegrino. Etapa 2014-2015”.. Recuperado de: [http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan\\_provincial\\_salud/Plan\\_Salud\\_2014-2015.pdf](http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. ONU: Viena

Pérez, S. (2017). “Qué tan lejos: la distancia entre el plan provincial de salud y el acceso a este derecho en la Provincia de Río Negro. Taller Internacional Ciencia de la sustentabilidad, pobreza y desarrollo en el siglo XXI2. Buenos Aires: CIEL-CROP. .

Perner, S. (2017). “Entreabriendo la puerta al sistema público de Salud en la zona andina de Río Negro. Las modalidades de atención desde un enfoque de derechos”. Simposio: Los desafíos de la construcción de ciudadanía en Río Negro. Bariloche: IX Coloquio Anual IIDyPCA UNRN: Construcción de ciudadanía, activismo(s) y ampliación de derechos en clave transdisciplinar.

Pérez, S., Perner, S. (2018). “Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina”. Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação; 22(65):359- 371. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0106>

Spinelli, H. (2016). “Volver a pensar en salud: programas y territorios”. Salud Colectiva. 12(2):149-117. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976/983>



ISBN 978-987-47326-0-6

