

El derecho a la asistencia en el Hospital de Urgencias de Córdoba

The right to assistance in an emergency hospital in Córdoba

María del Mar Remonda, Lucía Ríos y María Soledad Ripoll

Fecha de presentación: 30/04/21

Fecha de aceptación: 20/07/21

Resumen

El presente artículo se enmarca en una serie de problematizaciones e interrogantes en torno a las distintas dimensiones que conviven en la definición –y en el ejercicio– del derecho a la asistencia en el Hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba Capital. Dichas dimensiones derivan, por un lado, de las diversas situaciones socio-sanitarias que se suceden de manera cotidiana al interior de la institución. Por otro lado, estas complejidades refieren a la multiplicidad yuxtapuesta de sentidos y prácticas de índole ética, política y clínica, que fueron haciéndose presentes mediante la aplicación del método de caso ampliado en torno a las experiencias del paciente N.M., quien se encuentra actualmente en el hospital por tiempo indeterminado. A partir de preguntarnos entonces, desde una perspectiva etnográfica, por el significado y los sentidos del derecho a la asistencia en el hospital y por los matices del derecho a la asistencia en el caso de pacientes como N.M., es que pretendemos desandar y a la vez entretejer analítica y reflexivamente, distintos modos posibles de significar y de problematizar el derecho a la asistencia en relación a las nociones de equidad, igualdad y justicia, en un espacio y tiempo determinado.

Palabras clave

Derecho a la asistencia, hospital, equidad, igualdad, justicia.

Abstract

This article is framed in a series of problematizations and questions about the different dimensions that coexist in the definition - and in the exercise- of the right to assistance in the Municipal Emergency Hospital of the city of Córdoba. These dimensions derive, on the one hand, from contemplating the different socio-sanitary situations that occur on a daily basis within the institution. On the other hand, these complexities refer to the juxtaposed multiplicity of ethical, political and clinical meanings and practices that became present through the application of the extended case method around the experiences of patient N.M., who is currently in the hospital for an undetermined period of time. From an ethnographic perspective, we intend to ask ourselves about the meaning and sense of the right to assistance in the hospital and about the nuances of the right to assistance in the case of patients like N.M., and at the same time to analytically and reflexively weave together different possible ways of understanding and problematizing the right to assistance in relation to the notions of equity, equality and justice, in a specific space and time.

Keywords

Right to assistance, hospital, equity, equality, justice.

Introducción

El presente artículo se encuadra en una serie de reflexiones, interrogantes y problematizaciones que hemos logrado sostener a lo largo de los últimos años, en torno a situaciones socio-sanitarias de diversa índole que se suceden de manera cotidiana en el Hospital Municipal de Urgencias (en adelante HMU) de la ciudad de Córdoba, y que se han visto afectadas –y en algunos casos potenciadas– por el contexto sanitario actual con la pandemia del COVID-19.

Dado que abordar la totalidad de las dimensiones que hemos podido identificar es una tarea que excede el objeto de este escrito, es que decidimos recurrir al *método de caso ampliado* considerando que las múltiples particularidades y convergencias que presenta el paciente N.M.¹ refieren a la posición metodológica acuñada por De Sousa Santos (1991) en tanto:

Este método opone a la generalización positivista por la cantidad y por la uniformización de las observaciones, la generalización por la calidad y por la ejemplaridad. En vez de fijar la cantidad de casos (observaciones) adecuada, el método de caso ampliado escoge un caso o número limitado de casos en que condensan con particular incidencia los vectores más importantes de las economías interaccionales de los diferentes participantes en una práctica social dada (p.11).

Atendiendo entonces a que un análisis situado del paciente N.M. nos permitirá dotar de sentidos a las reflexiones y articulaciones analíticas aquí compartidas en torno al *derecho a la asistencia*, –noción que problematizaremos en próximos apartados–, es que los siguientes interrogantes fueron marcando el rumbo de nuestras observaciones, escrituras y reflexiones: ¿De qué manera se significa el *derecho a la asistencia* en el HMU? ¿Se traduce como una *asistencia* de lo deseable o como una *asistencia* de lo posible? ¿Qué relaciones se entretienen en ese espacio, atendiendo al paciente N.M., entre *justicia* y *asistencia*? ¿Qué significa e implica el *derecho a la asistencia* en el caso de pacientes como N.M.?

Una primera aproximación a estos interrogantes mediante una perspectiva etnográfica (Guber 2009), haciendo uso de herramientas como la observación participante, entrevistas no directivas, conversaciones ocasionales y “charlas de pasillo”, nos permitieron entretener distintos modos de significar el *derecho a la asistencia* en un espacio y tiempo determinados.

En este sentido, la apuesta aquí radica en poder considerar que la asistencia –y por ende el *derecho a*– no se produce como un acontecimiento inmediato ni autoevidente, sino que –y considerando el caso que aquí nos convoca– para ser tal, necesita entre otras cosas contemplar las dimensiones del tiempo y el espacio. Así, los primeros interrogantes fueron dando paso a nuevas preguntas e inquietudes: ¿Cómo

¹ Asumiendo que la dimensión metodológica no se encuentra escindida de la dimensión ética, es que hemos acordado con N.M. mantener su nombre en el anonimato, quien nos ha permitido entrevistarle y que los elementos desgrabados de ese encuentro puedan aparecer en este trabajo como parte de la pesquisa realizada. A pesar de que la totalidad del artículo se encuentra redactado con lenguaje inclusivo, en su caso se utilizará el pronombre masculino de la tercera persona del singular dado que el paciente se auto percibe como masculino y así solicita ser identificado.

brindar una *asistencia* prolongada en un espacio donde no se debería atender a pacientes crónicos como N.M. por el propio perfil sanitario de la institución? ¿Es posible distinguir entre la *asistencia* sanitaria y la *asistencia* social en casos y contextos como los aquí presentados?

Atendiendo a estos elementos analíticos, es que el presente artículo se compone de distintas partes donde encontraremos en primera instancia, dos apartados que refieren a describir de manera densa² el HMU y el caso particular de N.M.

Ya disponiendo de estas descripciones nos encontraremos a continuación con un apartado en el que partiremos de la definición legal de *asistencia*, para luego dar paso a una problematización analítico-reflexiva de la misma. Por último, presentamos las conclusiones preliminares obtenidas a partir de este trabajo de campo y posteriores ejercicios de articulación analítica.

El enfoque en el que se sustenta este trabajo, refiere al de la *asistencia* en general –y a la sanitaria en particular– basada en los Derechos Humanos y en los Derechos de los Pacientes³.

Llegando al hospital

Siendo la hora del ingreso muy temprano por la mañana, afuera del hospital y de manera recurrente se siente el frío de las primeras horas del día. Sea cual sea la época del año, se hace sentir con fuerza el viento que ingresa desde la costanera del Río Suquía, el “patio trasero” del HMU. La entrada ubicada sobre calle Catamarca se configura como un paisaje donde se destaca una gran cantidad de autos en un predio que oficia aún de estacionamiento. El movimiento en los bares que se ubican en la vereda del frente y las oleadas de aroma a café que llegan desde ese lado de la calle, dan cuenta de que el día ya está en marcha. En el medio, se destaca el ir y venir de las ambulancias del 107 -el Servicio de Emergencia municipal- hasta formar parte de la fila que se hace de manera casi espontánea en las puertas de ingreso a la guardia. Antes de atravesar esas puertas, retrocedamos un momento en el tiempo.

En el año 1944, quien era director de Asistencia Pública de la Municipalidad de Córdoba, Juan Cafferata, se hizo eco de una preocupación colectiva surgida en la ciudad por la falta de un espacio donde atender a personas en situación de emergencias quirúrgicas y traumatológicas, creándose así una comisión pro-hospital de Urgencias.

Durante la gestión de Alejandro Gavier Olmedo, ya en el año 1979, desde la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad se decidió expropiar a tal fin el terreno ubicado en calle Catamarca siendo inauguradas las instalaciones el 15 de octubre de 1982, durante la intendencia de Eduardo Cafferata. Desde entonces, el HMU quedó emplazado en la ciudad de Córdoba en cercanías del centro y del tradicional barrio General Paz.

² La “descripción densa” acuñada por Geertz (1992) implica el ejercicio metodológico de poder penetrar en las distintas capas de significados presentes en la situación indagada, entendiéndose tanto como método de recolección de información y también como instrumento para la producción de interpretaciones.

³ Ley 26529 Derechos del Paciente (2009) y Declaración universal sobre bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005).

El edificio es amplio, casi laberíntico, con rampas y escaleras que marcan un “efecto bucle” en toda la estructura, de paredes rojas y azules. El hall de ingreso, a modo de pasillo va de una punta a la otra hasta llegar a la capilla que se encuentra sobre la vereda de cara a la costanera. Pasando por la puerta de entrada, a la izquierda hay un kiosco con una mesa, dos sillas blancas de plástico y un televisor a color de 14 pulgadas, siempre encendido. Hacia la izquierda se ubica el ingreso a un pasillo donde se encuentran los consultorios, y un poco más allá las ventanillas donde se extienden los turnos de atención a lxs pacientes. A la derecha, se ubican los baños, y una puerta de vidrio que hacía a su vez de otro ingreso al hospital, un ingreso lateral, al igual que la Guardia, que se encuentra en el frente izquierdo del edificio.

La particularidad que define el perfil del HMU es que se trata del único hospital de Córdoba para agudxs, es decir, personas que han sufrido algún evento de tipo traumático: heridas de arma blanca, heridas de arma de fuego, accidentes viales, intentos de suicidio, caídas de altura, violencia familiar, violencia de género, violencia ciudadana, etc., que requieren de una rápida intervención por parte de los equipos de salud, debido al alto riesgo de pérdida de vida o a la posibilidad de quedar con secuelas irreversibles. Es común definir entre pasillos al hospital como “una guardia grande” y no es ajena a la población cordobesa la frase “si me pasa algo, que me lleven al Urgencias”. De esta manera la institución se ve legitimada desde el imaginario popular como un espacio en el cual la asistencia clínica quirúrgica es la apropiada –buenxs profesionales, bien formadxs y con mucha experiencia en situaciones límite– y desde un equipo de salud que la considera una institución donde los acontecimientos y las intervenciones tienen la velocidad que el momento traumático imprime e impone.

Es en este escenario en el que se visibiliza la historia de N.M.

Los caminos de N.M.

La primera entrevista a N.M. se sucedió por la mañana, luego del desayuno, en la habitación donde se encuentra internado desde hace meses. Dos camas, dos mesas de luz, compañerxs ocasionales que ocupan la cama de al lado entran y salen a medida que les es otorgada el alta. La luz alumbra por sectores, pero entra el sol que permite calentar el espacio e iluminar con más fuerza. Siendo las 9:30, el grabador del celular se enciende, con previo consentimiento de N.M., y la psicóloga tratante comienza la conversación.

N.M. vivió desde siempre en Barrio Ciudad Evita⁴, en la casa que según su relato, heredó de su madre fallecida en el año 2019. Convive en el mismo predio con una de sus hermanas y lxs hijxs de ella, todxs menores de edad. Lo único que sabemos del padre de N.M. es que falleció cuando él era un niño, debido a un cáncer de pulmón. Salvo con su hermana, no se vincula con lxs restantes 10 hermanxs.

⁴ N.M. reside habitualmente en Ciudad Evita, un barrio considerado urbano-marginal situado en la zona este de la ciudad de Córdoba.

N.M. tiene una historia de múltiples ingresos al sistema penitenciario, que comienza en su niñez al ser condenado a 6 años de prisión por homicidio en ocasión de robo, ya que, según nos comenta en la entrevista realizada el día 15 de febrero del 2021, solo así podría finalmente conseguir las zapatillas que su mamá y su papá no podían comprarle. “Me hacían falta”, nos remarcaba. En ese entonces fue condenado y alojado en el Complejo Esperanza⁵ hasta cumplir los 21 años de edad. N.M. expresa que “de ahí salí peor”, compartiéndonos que a los 8 meses de su liberación ingresó nuevamente en prisión.

Años más tarde, N.M. construye una relación de pareja –la primera de ellas– y nacen dos hijxs. Allí menciona que por un tiempo “dejé esa vida”, considerando que en aquel entonces mantenía vínculo con algunxs de sus hermanxs y uno de ellxs le posibilita trabajar en la construcción y “*electromontaje*”. No obstante, esas nuevas prácticas no se sostienen, ya que nuevamente comienza a delinquir dado que el sueldo no era ingreso suficiente para satisfacer las necesidades de sus hijxs. Luego de esa primera pareja, N.M. tuvo dos relaciones estables más, siendo fruto de estas tres relaciones 5 hijxs en total. “Todos llevan mi apellido gracias a Dios”, expresa.

El primer ingreso al hospital de N.M. fue en el año 2015, por una herida de arma de fuego que lesionó su columna vertebral dejándolo parapléjico. A partir de esa fecha registra reiterados ingresos por complicaciones de su estado de salud, por falta de cuidado sanitario y por su adicción a distintas drogas. Durante las internaciones bajo tratamiento psicofarmacológico había dejado el consumo, pero al regresar a su hogar comenzó a reincidir, refiriendo que lo hizo “porque me siento solo, me negaban (hablando de su hermana) hasta un plato de comida”.

Hoy en un nuevo ingreso al hospital, N.M. se siente contenido por parte del personal de salud que va siguiendo su caso día a día, es conocido por enfermerxs y médicxs, quienes destacan su capacidad de brindar ayuda a otrxs. De hecho, una de las psicólogas del hospital, relata que en su sala de internación es un informante clave en relación a las cosas que allí suceden: quién fue al quirófano, quién a realizarse algún estudio, qué visitas reciben, y otras dinámicas cotidianas que suceden en la sala en la que él se encuentra.

A pesar de que hoy es conocido por lxs miembrxs del equipo de salud, nos encontramos ante la paradoja de que N.M. no es ya un paciente para el HMU, dado que se trata de una institución sanitaria destinada a tratar a pacientes agudxs y en urgencias. Es por ello que se decidió transdisciplinariamente –Servicio Social, Salud Mental y Clínica Médica– su judicialización de manera inmediata.

Conversando con lxs miembrxs del equipo de salud que cuida a N.M. nos refieren que él tiene necesidad de “reconocimiento y afecto”, y que a partir de los cuidados recibidos en el HMU hubo un cambio en su actitud y en la valoración del autocuidado. Ante la imposibilidad concreta de auto cuidarse dado su cuadro de paraplejía –lo cual eventualmente puede constituir un riesgo de vida– se valoró la

⁵ El Centro Socioeducativo Complejo Esperanza, perteneciente a la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SeNAF) de la Provincia de Córdoba, persigue el objetivo de que lxs jóvenes cuya situación procesal no les permite cumplir medidas en libertad, puedan contar con asistencia integral y una serie de actividades educativas, deportivas, recreativas, y de formación laboral, en pos de estimular actitudes de autocuidado y facilitar su integración social. Información obtenida de la página de SeNAF Córdoba <https://senaf.cba.gov.ar/>

intervención de la justicia para encontrar un lugar/hogar donde pudiera vivir, evitar el consumo de sustancias y recibir los cuidados básicos necesarios para una vida digna.

Al consultarle sobre esta posibilidad y explicándole los motivos por los que en teoría ya no debería permanecer en el HMN, N.M. expresa en relación a su casa: “quiero volver y no quiero volver porque no quiero volver a la droga”, agregando también que “yo quiero cobrar y que me acompañe una asistente social”.

Al salir de la sala en la que se encuentra N.M., las preguntas se apoderan de nuestras conversaciones ¿Que N.M. pueda cobrar su pensión, corresponde al derecho a la asistencia? ¿Es un derecho a la asistencia que puede brindar el HMU? ¿Qué derechos a la asistencia se espera que una institución pública con las características del HMU pueda brindar a sus pacientes? ¿Qué sucede cuando pareciera que hay personas que quedan “por fuera” de lo que el derecho a la asistencia propicia? ¿Y cuando quedan “por fuera” de las instituciones que se encargan de administrar este derecho?

Para comenzar a esbozar respuestas posibles, -o al menos deconstruir las preguntas- desandamos ahora algunas cuestiones conceptuales en torno al derecho a la asistencia.

Los sentidos del derecho a la asistencia en N.M.

Para poder adentrarnos de lleno en el análisis del caso de N.M. apostando allí a problematizar el derecho a la asistencia a partir de situaciones como las que aquí nos convocan, partiremos de la noción de asistencia “de mayor uso” en las instituciones sanitarias cordobesas, que es aquella que se desprende de Ley 26529 (2009). En su artículo 2° se expresa que:

Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes: a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente. (Art. 2°)

Partiendo de allí entonces e intentando abordar en detalle el análisis del derecho a la asistencia de N.M. –y atendiendo a que estamos realizando un estudio de *caso ampliado* que nos solicita partir desde una perspectiva situada–, consideramos que debemos comenzar a “desmenuzar” la definición a partir de incorporar dimensiones que se explicitan en la práctica de los equipos de salud del hospital⁶. Para ello, es necesario situar ese derecho en dos coordenadas básicas: tiempo y espacio.

⁶ Dado que la intención del trabajo ha sido abordar el *derecho a la asistencia* en un caso en particular, es que no hemos desarrollado en detalle las discusiones teóricas previas en torno al *derecho a la asistencia* en general. No obstante, vale mencionar

En relación al *espacio*, el HMU posee una serie de particularidades, ya que, a pesar de que allí la asistencia sanitaria es un imperativo al tratarse de una institución de salud, encontramos que en el caso de N.M. –y también en el de otrxs pacientes que no son abordados aquí– esa noción se torna compleja debido a que en esos casos en particular, esa asistencia parece requerir de un plus, en tanto aquello que N.M. necesita, no es algo que específicamente debiera otorgarle el mismo hospital. No obstante, en los hechos, la institución le otorga ese “algo más” a N.M. –un “algo más” significado como contención, afecto, compañía– tensionando los distintos sentidos e inclusive los propios límites –laxos, porosos– y distancias entre la noción de asistencia, de algunas formas posibles del asistencialismo e inclusive de paternalismo.

Además de ello, la noción de espacio utilizada aquí se basa en la distinción de De Certeau (2000) entre lugar y espacio. Según el autor, un lugar “es el orden (cualquiera que sea) según el cual los elementos se distribuyen en relaciones de coexistencia” (p.129), esto es, una configuración instantánea de posiciones estables. Hay espacio, afirma, “en cuanto se toman en consideración los vectores de dirección, las cantidades de velocidad y la variable del tiempo” (p.129). El espacio de esta manera es un “lugar practicado”, el efecto de múltiples prácticas que lo orientan y lo temporalizan. Eso implica en el HMU considerar que el “lugar practicado” se configura a partir de un entramado donde convive una multiplicidad yuxtapuesta de condiciones objetivas, materiales y subjetivas, referidas tanto el perfil hospitalario, como a las condiciones sanitarias, reclamos por mejoras edilicias, las relaciones con las obras sociales y lo variopinto de lxs pacientes que transitan –y como en el caso de N.M., habitan– el hospital, los sentidos que sobre ese mismo espacio se van configurando a partir del recorrido, la mirada y las prácticas que esa variedad de pacientes co-construyen con lxs empleadxs de la institución, y los sentires y emociones que esa construcción coadyuvada va generando y permeando en las paredes del hospital. ¿Hay espacios óptimos para la asistencia? ¿Hay tipos de espacios definidos para distintos tipos de asistencia? A falta de respuestas acabadas, intuimos que la pregunta podría tramarse de la siguiente manera: ¿Qué espacio se torna el HMU cuando el derecho a la asistencia implica el recorrido de pacientes como N.M.? A este interrogante volveremos en las conclusiones de este artículo.

Otra categoría nodal para analizar el ejercicio y el cumplimiento del derecho a la asistencia es la noción de tiempo, otro nodo con puntos complejos que deben ser analizados con detenimiento.

Si partimos de considerar la convivencia –por cierto conflictiva– que se construye entre distintos planos temporales al interior de la institución, es decir, entre los tiempos del nosocomio –que son urgentes, rápidos, sin pausa, por trabajar sobre las urgencias–, el tiempo de lxs trabajadorxs del HMU –que pendula entre dar respuesta inmediata a la urgencia y conocer de primera mano las condiciones subjetivas y objetivas que no permiten brindarla siempre del modo deseado–, y la temporalidad que se

que a raíz del COVID-19 se ha vuelto a complejizar la discusión en torno a la necesidad de la presencia estatal como garante del *derecho a la asistencia* sanitaria, lo cual también ha reflatado discusiones legales, filosóficas y éticas en torno al ejercicio de los derechos individuales y los derechos colectivos en pos de garantizar el acceso a la salud al porcentaje poblacional más amplio posible (Malavolta y Pulvirenti, 2020). Del mismo modo, queremos referirnos a la relevancia de distintos trabajos etnográficos que permiten dar cuenta de la existencia de diferentes enfoques en torno a la asistencia, que suponen visiones diferentes de la salud, del cuerpo, del rol del Estado en la atención sanitaria (Blázquez Rodríguez, 2012, y Martínez, Rojas y Magaña, 2015).

inscribe en las narraciones biográficas de lxs pacientes cronicadxs como N.M., se genera un dislocamiento entre el tiempo dilatado del cronicadx y la urgencia suscitada en los equipos de la salud. Este dislocamiento temporal –y espacial– puede desembocar en situaciones que se consideran como la antítesis de un derecho a la asistencia deseable: poca comunicación con lxs familiares, conflictos en la relación médicx-paciente, atención no acorde a las necesidades clínicas reales de lxs pacientes, atendiendo a las condiciones estructurales propias del hospital en función de su perfil y las condiciones y necesidades que plantean pacientes como N.M. y que no pueden ser atendidas por las características constitutivas de la institución.

Siguiendo esta línea de análisis, en los tiempos de la emergencia se puede considerar que N.M. queda sujeto a un tiempo en pausa, un paréntesis que se configura en su construcción biográfica. En ese sentido, siguiendo el análisis de Marc Auge (2007) en relación a los *no lugares* en tanto espacios del anonimato en detrimento de una subjetividad que deja de ser considerada como un sujetx autónomx y plenx de derechos, pareciera que pacientes como N.M. quedan sujetxs a un “no-tiempo”, donde la definición se realiza por “la negativa” perdiendo la posibilidad de generar algún tipo de identidad que no sea la del constante transitar por esa yuxtaposición de temporalidades que instituciones como el HMU poseen.

En este sentido, es interesante considerar que el derecho a la asistencia en este caso particular se traduce en la posibilidad de encontrar esos intersticios que se convierten de algún modo en estrategias para poder hacer efectiva un tipo de asistencia en la convivencia entre lxs miembrxs del equipo de salud y aquellxs pacientes que en primera instancia no deberían estar allí, pero que de hecho co-habitan cotidianamente ese espacio, y cuyas presencias interpelan a quienes lxs asisten. Es en este punto intersticial donde es posible considerar que la asistencia se resignifica y las intervenciones del equipo de salud se transforman en protectoras de derechos. Así, el médico tratante nos comenta que “negocia un pucho” para que N.M. logre la paciencia necesaria que permita concederle un día más a los trámites burocráticos que realizan “*las sociales*” –las trabajadoras sociales que componen el Servicio Social del hospital– que le proporcionarán ese lugar, “su lugar”.

N.M. es considerado por lxs miembrxs del equipo de salud como un “caso social”, es decir, presenta un “afuera imposible” y queda suspendido espacio-temporalmente en un sistema que no siempre tiene respuestas para ofrecerle. Además se considera que por su especificidad puede interferir en la dinámica hospitalaria, lo cual implica una paradoja: por un lado, queda en una situación de invisibilidad sanitaria dado que el perfil del hospital no puede responsabilizarse de su cuidado y recuperación, y a su vez, el HMU se vuelve uno de los pocos escenarios en el que personas como N.M. logran de alguna manera visibilizarse socialmente.

Otra paradoja se establece cuando en pos de intentar definir y hacer valer el derecho a la asistencia, encontramos que el perfil hospitalario del HMU se desdibuja generando una posible situación de injusticia sanitaria⁷ tanto para N.M. que no se encuentra en el lugar de contención adecuado para sus

⁷ La noción de injusticia sanitaria se comprende por oposición a la noción de justicia sanitaria, entendiendo que ésta “implica un sistema de salud solidario que considere la solidaridad como principio a partir del cual se garantiza el acceso de todos los

necesidades clínicas, sociales y afectivas, como para aquellos pacientes agudos que tienen su “cama ocupada”.

Asimismo, es importante atender a una condición limitante que colocó a M.N. en este espacio del HMU: la discapacidad adquirida que le provocó la herida de arma de fuego, causante de su primer ingreso al hospital. Este evento que constituyó un punto de quiebre en su vida, significó que, a partir de notar la dependencia y la necesidad de los otros para su cuidado, N.M. se volvió menos reacio para aceptar la *asistencia* que en otros momentos no hubiese admitido. Es aquí donde se vuelve un sujeto vulnerado, siguiendo la línea de análisis propuesta por Kottow (2011) cuando nos menciona que:

Los marginados, los excluidos, los ilegales, que no pueden alcanzar el estatus de ciudadanos quedan impedidos de hacer valer sus derechos humanos, son seres humanos vulnerados, ya no potencialmente heridos o vulnerables, sino de hecho dañados. Son personas autónomas pero sumidas en condiciones de desmedro que les impiden ejercer la capacidad de tomar decisiones autónomas. La vulnerabilidad perdida, o arrebatada precipita al individuo en una condición de vulnerado, desposeído y falta de empoderamiento para contar con los elementos esenciales para vivir, sea por pobreza, incapacidad de subsistir, subyugación, enfermedad, o la falta de capacidades para emprender el camino de la integración social y la realización de un proyecto de vida (p. 93).

En este sentido es interesante pensar que para que efectivamente existan esas personas vulneradas, como el caso de N.M., tiene que haberse generado en cada contexto social específico un sistema de transgresión en los términos de Foucault (1996) que implica una demarcación previa, dicotómica, con límites y líneas divisorias entre quienes tendrán acceso a esa categoría de ciudadanxs y quienes quedarán del lado de “los hombres infames”, entendiendo que “cada cultura define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos que suscitan algún tipo de intervención” (p.21). ¿No se supone que en parte el origen del derecho a la asistencia está dirigido especialmente a las vidas de los hombres infames? ¿Qué sucede cuando el derecho a la asistencia pareciera no poder involucrarlos? ¿Son pacientes como N.M. aquellos que hacen estallar ciertos modos instituidos de concebir la asistencia? Aquí es donde se abren distintas dimensiones que pueden ser consideradas en torno a una re-significación del derecho a la asistencia al interior del HMU.

En primera instancia, atender a que tal derecho en el caso de N.M. –y como veníamos sosteniendo, en el caso de otros pacientes en situaciones similares– se hace posible en tanto los miembros del equipo de salud son aquellos encargados de visibilizar tanto la necesidad de esa asistencia, como la ausencia de la misma en espacios que exceden las paredes del hospital. Resignificar la asistencia en un espacio donde la urgencia es protagonista, es principalmente poder reflexionar y considerar la visibilidad que se le da a

ciudadanos a las prestaciones médicas que se requieran según las circunstancias particulares de cada caso” (Berardi Drudi, 1999, p.1).

este tipo de pacientes que se encuentran “atrapadxs” en este “no tiempo”. Asimismo, esa visibilización por parte del equipo de salud no queda libre de conflictos y contradicciones, dado que estas situaciones parecieran quedar en la encrucijada que deviene de la importancia de asistir a pacientes como N.M. al interior de la institución, ya que de no ser así su salud (física, mental y social) se vería deteriorada⁸. Asimismo, considerando que históricamente el HMU ha tenido un problema de cronificación de camas, es decir, pacientes que utilizan camas que deberían ser para otras personas atendidas por urgencias y que sí responden al perfil del hospital, ¿Qué derecho a la asistencia poseen entonces aquellos pacientes que sí se encuadran en ese perfil hospitalario y que no encuentran camas disponibles? ¿Qué rol deberían cumplir allí las políticas sanitarias dispuestas en el Estado municipal?

Por otro lado, atendiendo a que los cuidados específicos que N.M. necesita exceden también al perfil hospitalario, ¿Qué tipo de *asistencia* se le está brindando entonces al paciente? ¿La contención pasa a ser allí sinónimo de asistencia? ¿O hay otras notas distintivas que nos puedan hacer pensar en este modo de ejercicio del derecho a la asistencia en casos como los de N.M.?

Este punto nos lleva a pensar en tres nociones sustanciales para el análisis de la asistencia que esbozamos aquí: equidad, justicia e igualdad. Estos conceptos entrelazados en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) –específicamente en su artículo 10 cuando señala que “Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad” (s/d) –, coadyuvan a reflexionar sobre la multiplicidad de sentidos y supuestos que se ponen en juego en una definición del derecho a la asistencia que respete la existencia de una perspectiva situada donde la equidad y la igualdad puedan ser comprendidas como nodales en la asistencia, considerando que en los términos planteados por Garrafa (2020):

La igualdad es la consecuencia deseada de la equidad, siendo ésta solamente el punto de partida para aquella; es por medio del reconocimiento de las diferencias y necesidades diversas de los sujetos sociales que ella puede ser alcanzada. La igualdad es el punto de llegada de la justicia social, referencial de los derechos humanos, donde el objetivo futuro es el reconocimiento de la ciudadanía. A su vez, la equidad –o sea, el reconocimiento de necesidades diferentes de sujetos también diferentes, para alcanzar objetivos iguales– es uno de los caminos de la ética aplicada frente a la realización de los derechos humanos universales, entre ellos el derecho a una vida con dignidad, representado en este análisis por la posibilidad de acceso a la salud (p.7).

⁸ El equipo de salud encargado de tratar a N.M. nos comentó en reiteradas oportunidades que en sus permanentes reingresos se percibe cada vez un creciente deterioro, considerando que la única familiar que se encuentra en contacto con N.M., constituye un grupo familiar monoparental con siete hijos, sin trabajo estable y que comparte la misma adicción, por lo que se ve imposibilitada también de proporcionarle la totalidad de los cuidados que se necesitan para sostener el tratamiento que N.M. necesita. No obstante, al momento del alta hospitalaria y pese a las múltiples intervenciones del Servicio Social del hospital en búsqueda de contención institucional y a la aceptación de la misma por el paciente que logra visualizar su mejora en un lugar digno (cama, higiene y comida), el regreso a su casa se transforma en la única alternativa.

En este sentido, la operación básica –no por lo sencilla, sino por lo primordial– en esa noción de asistencia que pretendemos acuñar aquí, refiere a que esa construcción del binomio nosotrxs-otrxs que veíamos signado por la constitución de la categoría de vulnerado (Kottow, 2011), vinculada a la existencia de los infames de Foucault (1996), debe dar paso a un reconocimiento de las diferencias –las diferentes trayectorias de vida, las diferentes condiciones objetivas y subjetivas con las que contamos, etc.– para desde allí sostener la existencia de un tejido social múltiple, diverso, diferente y complejo. Allí es donde la noción de equidad puede articularse en el derecho a la asistencia con la noción de igualdad. Al respecto, Garrafa y Machado do Prado (2002) nos mencionan que:

Es fundamental una comprensión clara del significado de la equidad, que no es lo mismo que igualdad. Equidad es el punto de partida; igualdad es el resultado deseado. Por medio de la equidad –el reconocimiento de las diferencias y de las diferentes necesidades de diferentes actores sociales– podemos empezar a alcanzar derechos humanos universales, entre ellos el derecho a una vida con dignidad. Esto debería significar la posibilidad de acceso para todos a la salud y a otros bienes que son indispensables para la supervivencia humana en el mundo contemporáneo (párr. 8).

Párrafo aparte corresponde a la justicia. Por un lado, la noción de justicia vinculada a espacios como los de HMU en la situación de “casos sociales” como los de N.M., se plantea desde la necesidad de solicitar la presencia de una intervención judicial, de lo que se infiere a priori que esa noción de asistencia podría contemplar, en casos como el analizado, un proceso de judicialización en pos de agilizar los tiempos para encontrar el lugar que N.M. necesita. No obstante, debemos considerar que la judicialización de un paciente en las instituciones sanitarias en general y en el HMU en particular, significa en cierto modo un fracaso de la contención que debieran brindar las políticas sociales y sanitarias a tales fines, constituyéndose en el último recurso que el equipo de salud utiliza. Asimismo, es innegable que, con la Ley sobre derechos del paciente ya vigente, el equipo no debería tener necesidad de recurrir al sistema judicial si se respetaran efectivamente dichos derechos, incluido el derecho a la asistencia. En este punto, podríamos problematizar en torno a si esa judicialización no acabaría siendo un modo de “sobre-intervención” en pos de brindar una asistencia a pacientes como N.M. haciendo que allí se produzca una re-victimización a fin de que el pedido o la solicitud tengan el resultado esperado.

Al respecto, Fassin (2003) señala que en determinados contextos, “hay una serie de relatos que se construyen y se narran para vincular el cuerpo sufriente con un tejido de argumentos que deberían fundamentar una legitimidad de la persona” (p.52). En este sentido, es interesante pensar hasta qué punto una narrativa sobre los eventos sucedidos a N.M. y sus circunstancias actuales no acaban siendo también instrumentalizadas –mediante esa re-victimización– para abonar la posibilidad concreta de que N.M. obtenga algún tipo de asistencia.

Tampoco es menor comprender que la judicialización, tal como nos refirieron distintxs miembrxs del equipo de salud, repercute en ellxs como un fracaso traducido en el hecho de tener que colocar en manos de otro sistema –que no es el de salud– la decisión que debería haber sido sostenida y avalada

en continuidad con la *asistencia* proporcionada en la etapa aguda del cuadro clínico de N.M., lo que provoca también una instancia disruptiva en términos éticos al interior de los equipos de trabajo del HMU.

A partir de ello resulta necesario pensar en una noción de justicia tanto sanitaria como social que no pueda prescindir de incorporar en su núcleo constitutivo las dimensiones de la equidad y la igualdad, agregando también que dicha justicia no debe pensarse solamente en términos universales, como así tampoco solamente como criterio burocrático-administrativo –tales los recorridos propios de la judicialización– sino que esta debería requerir en su propia razón de ser, la posibilidad de “hacerse cuero” en las situaciones particulares que se constituyen como micro universos de sentido, como una suerte de justicia universal que a su vez requiere de una justicia encarnada, que la pondrá constantemente en tensión en los imponderables de los caminos y trayectorias particulares –que luego acaban no siendo tan singulares, menos excepcionales– como las de N.M. y otras tantas historias que se cuelan en las grietas de las paredes del HMU.

Saliendo del hospital. Algunas consideraciones finales

A lo largo del artículo fuimos desandando esta contribución a partir de un ejercicio analítico y reflexivo en torno a nuestra experiencia en el campo –el HMU y el caso de N.M.– con conceptos que consideramos necesarios para complejizar las distintas dimensiones señaladas en torno al derecho a la asistencia.

Estas dimensiones implican considerar que el derecho a la asistencia no es un concepto –mucho menos una realidad– unívoco, sino que se presenta como un término abigarrado, donde se yuxtaponen tensiones, posicionamientos y condiciones.

Estos ítems en el caso de N.M. remiten a las condiciones sanitarias, al perfil hospitalario, la cronificación de camas, por un lado; y por el otro, la relevancia que iba adquiriendo para N.M. y para el equipo de salud el poder brindar contención, afecto, dignidad en su estar cotidiano en la institución.

Esa situación nos llevó a tensionar la noción misma del derecho a la asistencia, ya que no podemos desconocer que mientras ese derecho es ejercido –o al menos en parte– por N.M., su estancia podría estar vulnerando el derecho de pacientes que se corresponden con la asistencia que el HMU puede brindar de hecho. Esto nos permitía considerar no solo las re-significaciones que deberíamos hacer en torno a las personas, sino también en torno al espacio y al tiempo como categorías significativas en el análisis del derecho a la asistencia desde una perspectiva situada.

En esa complejización encontramos que también debíamos detenernos en los términos igualdad, justicia y equidad. La igualdad entendida como la consecuencia deseada de la equidad, siendo esta el punto de partida para aquella; es por medio del reconocimiento de las diferencias y necesidades diversas que ella puede ser alcanzada. La igualdad también en tanto punto de llegada de la justicia social, referencial de los Derechos Humanos, donde el objetivo es el reconocimiento pleno de la ciudadanía. A su vez, la equidad se constituye como uno de los pilares del derecho a la asistencia en tanto se configura como uno de los caminos de la ética aplicada frente a la realización de los Derechos Humanos, entre ellos el

derecho a una vida con dignidad, representado en este análisis por el acceso a la salud y demás bienes indispensables a la supervivencia humana en el mundo contemporáneo.

Fassin (2003) expresa que esa operación que permite generar una narrativa sobre el dolor, la enfermedad y el sufrimiento a los fines de interpelar al Estado y demandar acciones concretas –como el de garantizar el derecho a la asistencia– implica un modo de gobernar los cuerpos donde

No es una política por la cual la ley (moral o jurídica) se impone al cuerpo, en nombre de comportamientos presumiblemente sanos (para prevenir la enfermedad, en el caso de la salud pública) o normales (para apartar las desviaciones, tratándose del orden público). Ella es, a la inversa, una política en la cual es el cuerpo el que da derecho, a título de la enfermedad (justificación de atención médica) o del sufrimiento (apelando a la compasión), ya sea a una tarjeta de residencia, ya sea a una ayuda financiera de emergencia (p.53).

Aquí bien podríamos seguir habilitando interrogantes y preguntarnos ¿Es el derecho a la asistencia uno de los derechos que emana del propio cuerpo? ¿Qué implicancias tendría asumir esa premisa, en relación al modo de vincularnos con el Estado en la demanda por mayores y mejores políticas sociales y sanitarias?

Esto nos llevaría probablemente a aceptar que las acciones cotidianas de personas concretas deben ser tomadas en su dimensión política, en un proceso dialéctico en el cual las personas se organizan entre sí, con la sociedad civil y con el Estado, articulando e influyendo en sus acciones concretas y dirigidas a la totalidad de la población.

Retomando la pregunta ¿Qué espacio se vuelve el HMU cuando el derecho a la asistencia implica el recorrido de pacientes como N.M.?, y a riesgo de no tener una respuesta acabada, al menos podemos señalar que el intento allí aún radica en que esa asistencia de lo posible –y que es posible por las condiciones materiales y subjetivas existentes– se vuelva en algún momento, un derecho a la asistencia de lo deseable –y lo deseado–, en tanto equitativo, igualitario y justo para todxs.

Lista de referencias

- Auge, M.** (2007). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Buenos Aires: Ed. Gedisa.
- Berardi Drudi, L.** (1999). El concepto de justicia sanitaria en el discurso gubernamental y del colegio médico de Chile. *Tercer Coloquio Latinoamericano de Estudios del Discurso*. Universidad de Chile. Recuperado de: http://web.uchile.cl/facultades/filosofia/Editorial/libros/discurso_cambio/
- Blázquez Rodríguez, M.** (2012). Una etnografía en la atención sanitaria. En O. Romani, C. Larrea, J. Fernandez (Coord.). *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: De las teorías a las prácticas académicas y profesionales* (pp.17-30). Recuperado de: <https://www.ankulegi.org/wp-content/uploads/2012/03/0202Blazquez-Rodriguez.pdf>

- De Certeau, M.** (2000). *La invención de lo cotidiano: Las Artes de Hacer*. México DF: Universidad Iberoamericana.
- Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos** (2005). Recuperado de: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- De Sousa Santos, B.** (1991). *Estado, derecho y luchas sociales*. Bogotá: Ed. Ilsa.
- Fassin, D.** (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social* (17) pp. 49-78. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180913909004>
- Foucault, M.** (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Ed. Altamira.
- Garrafa, V.** (2020). Bioética de intervención. *Módulo I. Programa de Educación Permanente en Bioética*. Red Bioética Unesco.
- Garrafa, V. y Machado do Prado, M.** (2002). Una bioética de intervención: lo mejor para la mayoría. *Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud*. 1 (7). Recuperado de: https://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero13_last.htm
- Geertz, C.** (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Guber, R.** (2009). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Kottow, M.** (2011). Anotaciones sobre Vulnerabilidad. *Revista Red bioética UNESCO*, 2 (4) pp. 91- 95. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/309470>
- Ley 26529. Sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado** (2009). Buenos Aires: Congreso de la República Argentina.
- Malavolta, V. y Pulvirenti, O.** (2020). *Pandemia Covid-19: derecho a la salud y su tutela estatal*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Argentina. Recuperado de: <http://www.saij.gob.ar/victor-malavolta-pandemia-covid-19-derecho-salud-su-tutela-estatal-dacf200041-2020-03-30/123456789-0abc-defg1400>
- Martínez, P., Rojas, G. y Magaña, I.** (2015). Análisis etnográfico en salas de espera de centros de salud primaria: implicancias para la detección y tratamiento de la depresión posparto. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 33 (2) pp. 59-68. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art01.pdf>

Cita recomendada

Remonda, M. del M.; Ríos, L. y Ripoll, M. S. (2021). El derecho a la asistencia en el Hospital de Urgencias de Córdoba. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 5 (9). 153-167. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/35357> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre las autoras

María del Mar Remonda

Argentina. Licenciada en Psicología. Servicio de Salud Mental. Hospital Municipal de Urgencias. Correo electrónico: mmarremonda@gmail.com

Lucia Ríos

Argentina. Licenciada en Filosofía, Licenciada en Antropología y Doctoranda en Ciencias Antropológicas. Docente del Departamento de Antropología de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba y becaria doctoral Secyt-UNC. Correo electrónico: rioslucia14@gmail.com

María Soledad Ripoll

Argentina. Licenciada en Trabajo Social. Maestranda en Bioética. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Coordinadora de la Red Municipal de Bioética Clínica y Social. Municipalidad de Córdoba. Jefa del Servicio Social. Hospital Municipal de Urgencias. Correo electrónico: jcsoledad@live.com.ar

