Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Enfermería Tesis de Enfermería

2023

Percepción del profesional de enfermería sobre el derecho al acceso a la salud en el contexto de pandemia por Sars-Cov-2 : una mirada desde un enfoque narrativo, estudio en instituciones públicas y privadas

Deering, Alvaro

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/399

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL.

DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE ENFERMERÍA.

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

CÁTEDRA: TALLER DE TRABAJO FINAL.

DOCENTE: Dra. BARG MONICA.

Percepción del profesional de Enfermería sobre el Derecho al acceso a la salud en el contexto de pandemia por Sars-Cov-2. Una mirada desde un enfoque narrativo.

Estudio en Instituciones Públicas y Privadas.

- Estudiante: Enf. Deering Alvaro.
- Director: Lic. Leta Matías

Abril, 2023

Índice

Contenido

Capítulo I 4
Introducción. 4
Palabras Claves: 4
Área del problema. 5
1.1 Planteo del problema. 5
1.2 Pregunta problema: 6
1.3 Objetivo general. 6
1.4 Objetivos Específicos 6
1.5 Propósito. 6
1.6 Justificación. 7
Capítulo II 9
Marco Teórico. 9
2.1 Estado actual de la cuestión. 9
2.2 Enfermería como ciencia y arte del cuidado. 12
2.3 Enfermería como disciplina 13
2.4 La tensión de la identidad profesional. 14
2.5 El sujeto de cuidado. 16
2.6 Derecho a la salud en mitad del siglo XX. 1945 - 1955. 17
2.7 Las interrupciones democráticas, vaivenes en los Derechos y transición paradigmática. 19
2.8 Estado neoliberal. 21
2.9 Post Neoliberalismo, crisis y estado inclusivo. 23
2.1.1 La salud como un derecho en la actualidad. 25
2.1.2 La pandemia y el jaque al sistema de salud. 27
Capítulo III 30

3.1 Diseño Metodológico. 30
3.2 Fundamentación epistemológica actual. 30
3.3 Estrategia utilizada. 32
3.3 Ámbito de estudio. 37
3.4 Instrumento de recolección de datos. 37
3.5 Criterio de Inclusión. 37
3.6 Referencia de entrevistados. 38
Capítulo IV. 39
4. Categorización 39
4.1 Discusión y resultados 40
4.1.1 Percepción sobre la salud: 40
4.1.2 Percepción sobre el derecho: 42
4.1.3 Percepción sobre la institución como garante del derecho a la salud. 52
4.1.4 Percepción sobre el rol de la Enfermería en la defensa del Derecho a la salud. 63
Capítulo V. 72
5. Conclusión 72
Bibliografía. 73
Anexo N° 1 Consentimiento informado. 77
Anexo N° 2, Guion de entrevista. 78

Capítulo I

Introducción.

El presente trabajo de investigación pretende dar conocimiento a las percepciones del profesional de enfermería, en relación con el impacto que ha tenido la pandemia sobre el derecho al acceso a la salud, en instituciones de salud públicas y privadas, en la ciudad de Mar del Plata.

La idea de abordar esta problemática surge de la interrupción en la atención durante la etapa de cuarentena más estricta durante el año 2020, esto acarreó serios inconvenientes en la atención de las personas que debían acceder tanto a controles, como en las áreas de internación y cirugía. El análisis de estos datos es imprescindible para entender cómo se piensa la salud desde un enfoque de derecho.

La intención de este trabajo es que los resultados obtenidos, sirvan para encolumnar a nuestro sistema de salud tanto público, como privado en un enfoque de derechos, desde perspectivas críticas, siendo articulado por nuestra profesión como verdaderos defensores del derecho al acceso a la salud.

Palabras Claves:
Enfermería, Derecho a la salud, Sars-Cov-2, COVID19, Salud pública, Instituciones públicas y privadas, Percepción.

Área del problema.

1.1 Planteo del problema.

Los sistemas de salud han recibido un fuerte impacto en todo el mundo en consecuencia de la pandemia por Sars-Cov-2, el trabajo de enfermería se ha visto desbordado no solo en algunos casos por las malas condiciones de salud, sino por la escasez de profesionales que hay a nivel global, así como también el aumento desmedido y continuo de contagios que tienen los países, esto convirtió al sistema de salud y en especial al sector de la enfermería en verdaderas primeras líneas en la lucha contra la pandemia. Así como también, la continua lucha por condiciones dignas de trabajo y por el aumento del reconocimiento profesional.

La pandemia dejó al descubierto lo precario del sistema de salud, todos los países se vieron obligados a reestructurar, al menos, la infraestructura con la que se contaba, a fin de poder dar pelea a la creciente pandemia de casos. Esto llevó consigo la suspensión a nivel general, de cualquier actividad en la que pudieran encontrarse un conglomerado de personas lo suficiente para ser un potencial de contagio, y en consecuencia, aquellas áreas de la salud que revestían de un carácter menos importante que la atención urgente de la pandemia, es por esto mismo, que también arrastró al cierre, cese de atención, o postergación de turnos en aquellas especialidades de la salud, que por momentos se consideraron menos importantes.

El impacto de la pandemia representó un desafío para el sistema de salud de la Argentina y más específicamente el de la provincia de Bueno Aires, dentro de este territorio es donde hubo una mayor cantidad de contagios, en especial en aquellas ciudades y localidades que cuentan con aumento de densidad poblacional, desde el inicio de la pandemia hasta el día de hoy se han adoptado un sin fin de políticas públicas a fin de reducir la tasa de contagios, desde cierres temporales ya sea de comercios, gastronomía, hasta diversos sectores de la salud, como los consultorios odontológicos, reducción en la atención en salud mental, disminución en la atención quirúrgica de patologías no urgentes. Volcando muchos de los esfuerzos de las instituciones a la atención de la pandemia, dejando desprotegidas otras áreas de la atención de la salud, no

obstante, hubo un aumento de trabajo para los profesionales de enfermería, en sectores de la atención aguda de la enfermedad provocada por el virus Sars-Cov-2, tanto en salas de internación general como las de terapia intensiva, siendo estas últimas, las puestas en juego como mediador del colapso sanitario.

1.2 Pregunta problema:

¿Cuál es la percepción de los profesionales de enfermería sobre el derecho al acceso a la salud en instituciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2020 en el contexto de la pandemia por Sars-Cov 2?

1.3 Objetivo general.

- Conocer las percepciones de los profesionales de Enfermería respecto al acceso al derecho a la Salud en instituciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2020, en el contexto de la Pandemia por SARS CoV 2.

1.4 Objetivos Específicos

- Reconocer las percepciones del profesional de Enfermería sobre el concepto del derecho al acceso a la salud.
- Identificar los sentidos que le atribuye el profesional de Enfermería en el momento de atención respecto a las condiciones de infraestructura de la institución
- Describir las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre el estado de comodidad (seguridad física global, percepción de recursos) en el momento de la atención.
- Identificar la existencia de situaciones o factores que vulneren el derecho de acceso a la salud.

1.5 Propósito.

Esta investigación tiene como propósito determinar la percepción de enfermería en relación al impacto que ha tenido la pandemia en el derecho al acceso a la salud para la población. y en consecuencia, elaborar estrategias para afrontar las posibles interrupciones del mencionado derecho.

1.6 Justificación.

El deseo de realizar esta investigación nace en una primera instancia desde el momento en que aparece la pandemia en el año 2020, esto impulsó una serie de medidas en a nivel nacional, provincial y municipal, en relación a la disminución de la concentración de gente en espacios comunes, a raíz de esto, muchas personas se vieron afectadas en la atención de patologías no urgentes, prolongando tratamientos que a la larga podría traer complicaciones aún mayores.

Se decidió por la investigación en el orden público y privado, debido a que mi ejercicio profesional se ve involucrado en el ámbito privado, pero mi formación académica ha sido siempre en el ámbito público, con la trayectoria de defender al sistema público de salud.

El derecho a la salud en el derecho constitucional argentino. La Constitución formal de 1853-1860 no contenía normas sobre derechos sociales, por ende, tampoco sobre el *derecho a la salud.* La doctrina y la jurisprudencia hallaron fundamentación normativa (en la constitución histórica) en el artículo 33 (derechos implícitos; encuentran su fuente en el *espíritu* de la Constitución, en su *filosofía política*). La reforma de la Constitución Nacional (CN) del año 1957 incorporó, a través del artículo 14 bis, los llamados derechos sociales: de la familia, de los gremios, de la seguridad social, pero *no reconoció* expresamente el derecho a la salud. Con la reforma constitucional de 1994 encontramos una doble protección de los derechos relacionados con la salud: *implícita* y *explícita*. Si bien el constituyente reformador desperdició una formidable oportunidad para incluir en forma expresa los derechos a la vida y a la salud en el texto constitucional, surge de éste que, además de emanar como un derecho implícito conforme la cláusula constitucional contenida en el artículo 33, CN, también incorporó, por un lado, ciertos preceptos que tienen en cuenta al derecho a la salud y a la protección de usuarios de servicios de salud y, por otra parte, otorgó jerarquía constitucional a diversas normas del derecho internacional que

reconocen manifiestamente (reconocimiento explícito) el derecho a la salud (art. 75, inc. 22, CN).[1]

Con lo anteriormente expuesto no sólo quiero referirme en el orden legislativo del enfoque de Derechos en el acceso a la salud, como se menciona en la introducción, mi propuesta va dirigida hacia las percepciones del personal de enfermería que brindó atención durante la pandemia. Considero que es de suma importancia poder rescatar estas vivencias, sentires y pensamientos que giran alrededor del impacto que una pandemia pueda tener en el acceso a la salud, y quien más para hablarnos de estas experiencias dentro del campo de acción que aquellos que han brindado cuidado a la población.

[1] Garay O, "*Derecho a la salud I*". Ministerio de Salud de la Nación, OPS; OMS. Citado el 20/11/21

Capítulo II

Marco Teórico.

2.1 Estado actual de la cuestión.

Debido a la actual situación sanitaria de la República Argentina en la actualidad, he decidido buscar artículos de manera online y en diversas fuentes universitarias a fin de determinar la situación actual del tema a investigar.

Se realizó una búsqueda por los motores de navegación académico de Google, así como también a docentes de nuestra unidad académica, en materia de Derechos y su relación con Enfermería, el rol de la Enfermería en el Derecho al acceso a la salud, percepción de enfermería en el Derecho a la salud y similares. Se observa que hay disponible poca información sobre este rol de la profesión, así como también el escaso o nula producción nacional de contenido de esta índole, así mismo a nivel de Latinoamérica como en España, si se encuentran diversos trabajos sobre el Derecho al acceso a la salud y la percepción enfermera, roles, funcionamiento, etc.

Se cuentan con los siguientes artículos de interés para la aplicación de esta sección. Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud, de Rosamaría Alberdi Castell y Núria Cuxart Ainaud (España). Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, de Ballesteros Matías Salvador y Freidin Betina. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano de Oneys del Carmen De Arco-Canole y Zuleima Karina Suárez-Calle. Cuidados de la salud: Paradigma del personal de enfermería en México - La reconstrucción del camino. De María de Lourdes García Hernández, Lucila Cárdenas Becerril, Care Beatriz Arana Gómez y Araceli Monroy Rojas.

Estos artículos son los más aproximados de hablar de enfermería y el derecho al acceso a la salud, desde sus respectivas aristas, en base a indicadores del acceso a la salud ya sea como acceden las personas a la atención en instituciones, la defensa de la salud desde aspectos económicos en términos de distribución y presupuestos, y el estudio descriptivo del rol de la enfermería en la defensa del acceso a la salud.

A partir de estos artículos disparadores es que mi aporte va a ser dirigido a conocer la percepción de la enfermería con respecto al impacto de la pandemia en el acceso a la salud visto como un derecho.

En el artículo Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud, desde su enfoque cualitativo, se nos explica y describe el sistema de salud español, abarca desde el rol del estado de bienestar en materias de políticas sociales, distribución del ingreso, el desarrollo del sistema público español, y el funcionamiento del aparato de salud pública, en esto, las autoras se sumergen en el rol de defensa del estado como ejecutor del derecho a la salud, los problemas existentes en el acceso. Se desarrolla un análisis sobre el decreto del año 2012 sobre el derecho al acceso a la salud, y como dentro del mismo hay un cambio en la concepción de la salud como "vocación de universalidad", en vez de "derecho universal", Entendiendo que la vocación de universalidad es inclinarse hacia la universalidad del derecho, pero no lo termina tomando como tal. Además, de cierto modo este decreto mercantiliza la salud, ya que dejan de ser "titulares del derecho a la salud" a ser "asegurados". Estos cambios vienen acompañados con aumento de los costos para los sujetos que quieren adquirir el derecho al acceso a la salud. A partir de esto mencionado, comienza a expresar sobre el rol de la enfermería en la crisis de los recortes, de cómo el profesional de enfermería debe tener la responsabilidad de defender el derecho al acceso a la salud, de forma segura y gratuita. De este modo, las enfermeras tienen como principal compromiso, asegurar, proveer, el derecho a la salud en la doble vertiente que tiene este derecho básico dentro de un Estado de Bienestar: ofreciendo la prestación sanitaria necesaria, es decir, proporcionando el cuidado, y actuando como correctora de las desigualdades de origen. Contrapone al código del CIE contra el decreto del año 2012, la primera colisión ética grave se produce con la obligación de toda enfermera, establecida en el primer apartado del Código CIE, de promover "un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad". En este mismo sentido, el artículo 53 del Código CGE, instaura que "La enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia los sujetos que requieran sus

cuidados”. Al finalizar el artículo se proponen estrategias para la lucha por el derecho al acceso a la salud, en donde hay una serie de consideraciones y actividades que permiten garantizar el derecho al acceso a la salud, en el marco de un plan de lucha, en contra de los recortes efectuados, así como también del decreto establecido. [2]

Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. En este artículo se reflexiona sobre la complejidad que presentan la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud. Presentaron los modelos teóricos que habitualmente se utilizan para abordar la temática y las diferentes formas de operacionalizar, dando cuenta de sus implicancias para el análisis de los datos y la información obtenida. Tomaron como ejemplo la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en Argentina en el año 2009. Mostraron que esta encuesta ofrece información importante para comprender las desigualdades en el acceso a los servicios de salud; sin embargo, observamos que la forma en que mide y analiza el acceso puede sub registrar la problemática de las barreras en la utilización de los servicios de salud, captando solamente las situaciones extremas.[3]

Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. En este estudio se identifica en la evidencia científica publicada entre 2011 y 2017 el rol de enfermería en el sistema de salud. donde se realizó la búsqueda bibliográfica en las bases de datos SciELO, PubMed, LILACS y ScienceDirect, se seleccionaron artículos completos, en español e inglés que presentaron en el título los descriptores: enfermería, rol de enfermería, sistemas de salud, práctica avanzada del profesional. para finalmente seleccionar cincuenta estudios publicados entre los años 2011 a 2017, que estudiaron los sistemas de salud en Latinoamérica, buscando orientar el rol de enfermería; resultando tres categorías de interés: prácticas en el ámbito hospitalario, prácticas en el ámbito comunitario

[2] Alberdi Castell R, Cuxart Ainaud N. (2013) Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud. Metas Enfermeras 16(10): 21-27.

[3] Ballesteros MS, Freidin B. (2015) Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la encuesta Nacional de Factores de riesgo 2009. Salud colectiva. 523-535.

y la gestión docencia e investigación. Para terminar en la conclusión que a pesar de la importancia del rol que desempeñan los profesionales de enfermería en Colombia, no se observa una diferenciación de perfiles y funciones dentro del equipo sanitario, por tanto, es preciso delimitar algunas funciones, recuperar campos de acción, afianzar el liderazgo, la autonomía y la humanización en la prestación de los servicios.[4]

Cuidados de la salud: Paradigma del personal de enfermería en México - La reconstrucción del camino. Se hace un recuento histórico-sociológico sobre los antecedentes y las bases filosóficas basadas en el rendimiento del personal profesional de enfermería en México, que permiten conocer y reconocer la necesidad apremiante de transitar del paradigma salud-enfermedad al de vida-salud. Esto responde a las necesidades de la población en el ámbito de la salud, en una sociedad donde la atención es a la enfermedad y no a la salud, otorgándole aquélla en un sistema hospitalario y con costos altos. Es una investigación cuya metodología se basa en el enfoque de la sociología de las profesiones, apoyada en entrevistas a profundidad.[5]

2.2 Enfermería como ciencia y arte del cuidado.

La consideración de la enfermería como ciencia y arte surge desde 1859, por parte de Florence Nightingale que definió que el arte fino de la enfermería se expresaba en la práctica en donde incorporaba la imaginación, la mente, y el alma a los cuidados. [6]

La enfermería como arte plantea la coexistencia de tres conceptos fundamentales, arte como conocimiento, como sensibilidad y como actividad práctica. Como conocimiento que ofrece enriquecer el entendimiento de la experiencia de enfermería, hace posible saber qué, hacer con y como estar en

---

[4] De Arco-Canoles Ode lC, Suarez-Calle ZK. (2018) Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 171-182.

[5] García Hernández ML, Arana Gómez B, Becerril Cárdenas L, Monroy Rojas A. (2009). Cuidados de la salud: Paradigma del personal de enfermeros en México - La reconstrucción del camino. Esc. Anna Nery revista de enfermería, abr - jun. Pp 287 - 296.

[6] Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E. (2017) “Reflexión teórica sobre el arte del cuidado”. Enfermería Universitaria UNAM, 2017. Pp 195

el momento, surge de la percepción directa de lo importante en el encuentro con la persona; esta percepción tiene un significado que genera en el enfermero una mayor conciencia de la variedad de experiencias subjetivas y aumentará la complejidad y dificultad en la toma de decisiones. [7]

Como sensibilidad, Orem alude al arte a través de manifestaciones sensibles que hacen de la práctica una oportunidad de crecimiento profesional y personal de enfermería, así como de la persona para encontrarse consigo mismo y con el otro, liberarse del sufrimiento, angustia, y sentimientos que afectan el estado de salud, los cuales dan la oportunidad del desarrollo creativo de los cuidados.[8]

Watson a su vez plantea que el arte de la enfermería es la capacidad de aceptar la expresión de sentimiento de las personas y experimentarlos como si fueran propios, la empatía, la escucha intencional, la comunicación afectiva, la mirada atenta, insta a los enfermeros, a que se reinventen para restaurar su arte fino de cuidar. [9]

2.3 Enfermería como disciplina

"La enfermería es una disciplina profesional que se interesa por el estudio y el ejercicio del cuidado profesional de las respuestas humanas de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud."[10]

La enfermería es una disciplina que, como área específica, se ocupa del fenómeno de las respuestas humanas, enlazada con el concepto de cuidado, son el objeto de estudio de nuestra disciplina, son el fenómeno enfermero. El ejercicio de la práctica enfermera, no sucede como las ciencias aplicadas donde su hábitat es un laboratorio o una pizarra de fórmulas, sino en el ejercicio con seres humanos, además de poseer los elementos que la caracterizan como

---

[7] Op. Cit Pp 195
[8] Op. Cit Pp 195
[9] . Watson J. Nursing: Human science and human care: A theory of nursing. Norwalk CT: Appleton-Century-Crofts; 1985. p. 29.
[10] "Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería". Interamericana McGraw-Hill - España, 1993.

profesión (campo de acción específico, se ajusta a una normativa legal, derechos, obligaciones, prohibiciones, como la establecida en la ley 24.004, poseen agrupaciones que la representan, posee formación contemplada dentro del sistema oficial de estudios, participa dentro de la vida institucional, posee autonomía dentro del equipo de salud con su propio cuerpo de jefatura y supervisión)

A su vez, al hablar de respuestas humanas, como mecanismos que el sujeto de cuidado pone en juego, y que varían de sujeto en sujeto, fenómeno que a su vez, se traduce como diagnóstico de enfermería al ser interpretados por el profesional.[11]

Actualmente en Argentina, se encuentra un déficit de profesionales de enfermería, esto se debe a las malas condiciones de trabajo, el estrés, el agotamiento, así como los sueldos magros, la sobreexplotación, y el pluriempleo. Aun así, es el cuerpo más numeroso de profesionales dentro del sistema de salud, de cualquier especialidad. Sin embargo, formamos parte de esa gran mayoría silenciada por una fragmentación, de escasa calidad operativa.[12]

2.4 La tensión de la identidad profesional.

Resulta complicado definirnos como profesionales, ya que en nuestra estructura disciplinar, aún se encuentra carente de identidad profesional. Y es que la identidad profesional es una construcción. Es un complejo entramado de factores que se interrelacionan e interactúan hacia adentro y también hacia afuera del cuerpo profesional.[13]

El ejemplo más claro de estos últimos es el de auxiliar del médico, en la vieja concepción de la enfermería, concepto que fue girando cuando se puso en vigencia la ley de ejercicio profesional. La enfermería nace como profesión para

[11] Durante, S. El acto de cuidar, genealogía epistemológica del ser enfermero. El Uapití. Unidad II, III y IV. Pp 69
[12] Op. Cit Pp 60 - 70
[13] Durante, S. El acto de cuidar, genealogía epistemológica del ser enfermero. El Uapití. Unidad II, III y IV. Pp 75 - 76

la legislación nacional, a partir de la reglamentación y plena vigencia de la Ley N° 24.004, hace poco más de 25 años. [14]

El rol de cuidador es nuestro rol implícito en función de nuestra finalidad específica, este por naturaleza y finalidad, pertenece a todo enfermero. En el paradigma actual se tiene en cuenta el rol de colaborador, que guía al sujeto que vive experiencias de salud en la satisfacción de sus necesidades, muchas veces, es ese mismo contexto teñido de intereses, que nos desvía del propio rol. La institución en la que nos desempeñamos imprime valores, impone roles, muchas veces avalada por la percepción errónea que se tiene de nuestra función específica, tratándose de un rol impuesto. Entiéndase por institución, no solo al hospital, sino a lo instituido como conjunto formal de sujetos, con sus normas. [15]

Este rol impuesto se transforma, con nuestro consentimiento en un rol asumido. Y es asumido por las vías de la sumisión, la comodidad, el desconocimiento o la mala voluntad. Todas estas actitudes son sumamente negativas para aquella construcción que habíamos definido al principio como identidad profesional. El rol inadecuado aun así no quiere decir que la identidad profesional no se constituya, sucede igual, pero de forma equivoca. Se constituye de esta forma una identidad negativa, en esta confusión, sin duda, radica una buena parte de nuestra crisis de identidad profesional.

La formación de líderes, la construcción de espacios colectivos, las sociedades científicas, estar ahí donde no nos llamen. Sentarnos a la mesa en las tomas de decisiones, tener voz y voto. Tener voz y voto. Involucrarnos es la clave, ya que involucrarse lleva consigo la toma de posición, el hacerse cargo, el responsabilizarse. Para asumir el compromiso. En definitiva, para asumir nuestro propio rol. Es necesaria la construcción, estructuración, conformación y consolidación del rol profesional: hacia la persona cuidada y hacia la profesión.[16]

---

[14] Op. Cit Pp 76
[15] Op. Cit Pp 76
[16] Durante, S. El acto de cuidar, genealogía epistemológica del ser enfermero. El Uapití. Unidad II, III y IV. Pp 76

2.5 El sujeto de cuidado.

El reto como profesionales de la enfermería es rescatar la concepción compleja de la persona no como un objeto de cuidado, sino como un sujeto de cuidado, cuyas necesidades se expresan durante el ciclo natural de la vida, como el nacimiento, el crecimiento y desarrollo, la reproducción, la vejez e incluso en el proceso de muerte; asimismo se reconoce que la persona posee dimensiones física, social, cultural, espiritual y afectiva que interactúan con el contexto, medio o espacio circundante en el cual vive, de ahí es deseable que la praxis sea el espacio donde se promueva el cuidado la vida en la cotidianidad, mediante un proceso de comunicación, identificación, comprensión, empatía y proyección que logre la transformación cultural de individuos y comunidades en el autocuidado, preserve, optimice su salud y la del medio ambiente.[17]

Abocados a los sujetos que no han tenido más remedio que ir a la institución a internarse (se exceptúa las cirugías estéticas, y la maternidad pese a estar institucionalizada en nuestra cultura). Estas personas han sido despojadas de su intimidad, del poder de decidir, el horario de las comidas e incluso que van a comer. En muchas circunstancias dependiendo del profesional de enfermería, para satisfacer estas necesidades. Estas situaciones abruman a las mayorías de los sujetos que genera impotencia, que puede manifestarse hacia sus cuidadores con expresiones de agresividad.[18]

Esta reacción mencionada, no debe ser tomada como personal, son situaciones difíciles para los sujetos, que el enfermero debe estar preparado para esta tarea, y poder lograr un clima sano en la relación Enfermero-Sujeto de cuidado. Teniendo en cuenta que el sujeto no está preparado para esta situación y se ve negativamente potenciado por su circunstancia, y nosotros como profesionales, debemos hacernos cargo de la responsabilidad de lo que ello implica. [19]

---

[17] González R M, Bracho C, Zambrano A. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. Revista Salus. 2002;6(2) [Consultado 9 de febrero de 2022]. Disponible en: http://bit.ly/1xzlyXm

[18] Durante, S. El acto de cuidar, genealogía epistemológica del ser enfermero. El Uapití. Unidad II, III y IV. Pp 106.

[19] Op. Cit Pp 106 - 107

El sujeto está dotado de capacidades, así como también de Derechos, obligaciones, y responsabilidades, esto vuelve al sujeto un actor principal en la toma de decisiones sobre su propia salud, no puede quedar por fuera la propia voluntad del sujeto, y reducirlo a mero consumidor de tratamientos y técnicas que un profesional pueda otorgar. La visión de paciente ya resulta arcaica, aunque en mi experiencia personal se sigue usando y se encuentra aún arraigada y casi sin ánimos de ser desinstalada. [20]

El sujeto de cuidado debe ser construido a partir desde una visión holística y sistémica, en donde es una organización compleja, en interacción con su entorno (sociedad - cultura) que a su vez se encuentra en un entorno macro (naturaleza - ecosistema). El sujeto es una construcción social, y por tanto un ser cultural, el único consciente de poder cambiar su entorno macro (para mal, en los últimos años en cuanto al calentamiento global y la contaminación ambiental). [21]

2.6 Derecho a la salud en mitad del siglo XX. 1945 - 1955.

[22]En el año 1946, Juan Domingo Perón se dirige a un grupo de médicos, con un discurso sobre el rol y obligaciones que tiene el estado sobre sus ciudadanos, en ese discurso se menciona sobre la colectivización de la salud, alegando que “al mal colectivo, se lo combate con un ejército colectivo”. La salud pública como ese ejército, que ha de combatir colectivamente a los males colectivos, y ha de tratar y asistir por cuenta del Estado a los ciudadanos que no pueden pagar su asistencia médica, esta organización sanitaria implica conservar la vida. Se toma en consideración que este discurso sucedió dos años antes de que la OMS declarara a la salud como un derecho, la Constitución Nacional Argentina, va a demorarse hasta la reforma del año 1994, para introducir este derecho.

Además del discurso anteriormente mencionado, durante la gestión de Ramón Carrillo, se introdujeron políticas sanitarias que hicieron posible que la

[20] Op. Cit 109- 110
[21] Op. Cit Pp 109
[22] Morrone, B. (2016). La revolución sanitaria. Tensiones y ruptura: La enfermería en la gestión Carrillo. 5ta Ed. Soltando amarras. Pp 95

salud empezará a optar por el camino de al concepto de derecho, con la creación de la escuela de Enfermería dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Nación, que fue un primer intento de la gestión sanitaria para acercar la salud a la población que tenía un lugar relevante dentro de la estructura sanitaria pero que no contó con el protagonismo (aunque complementarias entre sí), que La fundación Eva Perón que había creado su escuela de Enfermeras, con el fin de formar un cuerpo profesional, moderno y renovado, con el cual pudiera ser identificada su acción sanitaria.[23]

La formación de enfermería dentro de la fundación Eva Perón supuso poner a la enfermería como instrumento de la justicia social al servicio del pueblo, en los llamados trenes sanitarios, fueron protagonistas junto a otros profesionales de otras disciplinas, en acercarle salud a poblaciones olvidadas en el interior del país. además, también su formación profesional fue cambiando, desde el plan de estudio, hasta la introducción de la enseñanza política en su formación, que aparte de lograr adquirir destrezas y conocimientos de la rama asistencial, eran capacitadas para la formación cívica, con un perfil para la militancia, que más tarde desembocará en la participación de movimiento de mujeres y lograron el sufragio femenino en el año 1951. El viraje de estas políticas volcó a la enfermería como perceptiva de derechos sociales alejándose de la abnegación y la vocación de servicio eclesiástica tan cercana a la servidumbre. [24]

Desde el año 1948 la OMS declaró a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Si bien esta definición hace un quiebre con los paradigmas anteriores, encasilla a la salud como estado completo, quiere decir, que en la ausencia de uno de los supuestos la salud se ve anulada, así como también en esta definición, no entra la concepción de derecho universal. Esta concepción de derecho se establece en la constitución nacional a partir del año 1994 en su última modificación, en el artículo 75 inciso 22, en la cual establece la protección de la vida y de la integridad psicofísica de la persona humana, desplazada de la

[23] Op. Cit. Pp 96 - 101

[24] Morrone, B. (2016). La revolución sanitaria. Tensiones y ruptura: La enfermería en la gestión Carrillo. 5ta Ed. Soltando amarras. Pp 101 - 120

órbita de los derechos individuales y en el marco de los derechos sociales y colectivos.

Este derecho involucra no exclusivamente a la garantía de acceso a las prestaciones básicas de salud, sino asimismo de su mantenimiento y regularidad a través del tiempo, y que de acuerdo a jurisprudencia uniforme incumbe principalmente al Estado, más aún en los supuestos específicos de protecciones legales que involucran a sujetos de cuidado vulnerables tales como los niños, ancianos, personas con discapacidad, niños en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y tiempo de lactancia.

Hasta el año 1950, el paradigma que imperaba en la enfermería era el de categorización, que se centraba en dos aspectos, la salud pública, y la enfermedad ligada a la práctica médica. Orientado el enfoque de causa-efecto, que suponía que toda enfermedad tiene una causa. Dominado por la expansión del control de las infecciones, La salud es considerada como la ausencia de enfermedad, y a ésta última no se la relaciona en nada con el entorno, sino que se la reduce a una causa única. El factor causal orienta el tratamiento hacia los problemas, y el déficit de los sujetos.[25]

2.7 Las interrupciones democráticas, vaivenes en los Derechos y transición paradigmática.

Entre los años 1955 y 1982 durante las interrupciones democráticas y las inestabilidades institucionales, el sistema de salud, y la concepción de por ese entonces de los derechos fue oscilando entre un sistema que apremiaba los conocimientos técnicos y una reducción del estado en el rol dentro de las instituciones de salud. Más específicamente en el último periodo de interrupción de la democracia en donde los derechos humanos y en consecuencia los de salud se vieron ampliamente vulnerados, desde la desaparición de personas, hasta la expropiación de recién nacidos en hospitales de todo el territorio, con la complicidad de los mismos profesionales que allí trabajaban.

[25] Nightingale, F. “Notas sobre Enfermería, qué es y qué no es”. Masson-Salvat. España, 1993.

Estos periodos siempre se volcaron a torcer el estado de bienestar en favor de los grupos concentrados de poder, las minorías económicas y el poder eclesiásticos que había puesto palos en la rueda, desde el periodo presidencial de Juan Domingo Perón. Además de propiciar un desfinanciamiento en la salud pública. Solo en cortos períodos democráticos como la presidencia de Arturo Illia y el 3er mandato de Juan Domingo Perón, les había dado una nueva trayectoria a las políticas nacionales, pero solo por breves períodos que volverían a caer de nuevo en los gobiernos de facto.

Durante estos años se vivió un cambio de paradigma dentro de la Enfermería, el de integración, se prolonga el paradigma anterior reconociendo elementos y manifestaciones, de un fenómeno e integrando el contexto en el que se sitúa. En esta etapa el cuidado, se dirige a mantener la salud de la persona, en todas sus dimensiones. El enfermero evalúa las necesidades de la persona teniendo en cuenta las percepciones. Se recrean las concepciones de la disciplina enfermera a partir de la orientación hacia los sujetos de cuidado. Adopta un proceso sistemático de recolección de datos, análisis, intervenciones y evaluación, en un modelo conceptual, transforma la actividad, considerando al ser humano un todo integrado. Los marcos teóricos adoptan enfoques provenientes de la educación, antropología, sociología y psicología, aun así, la enfermería sigue a la sombra de la práctica médica. [26]

El proceso de disciplina Enfermera dentro de este paradigma, adopta las características de adopción de principios científicos, orientados a la fundamentación teórica, de todos los cuidados de enfermería. Pese a los esfuerzos de incluir algunos aspectos, psicosociales, aún prevalecían los aspectos biológicos. Lo importante era que los cuidados de enfermería, las técnicas y los procedimientos, empezaban a tener un respaldo científico.

A partir del año 1975 en adelante, el paradigma toma una nueva dirección a nivel global, se acentúa el modelo transformador en enfermería, a partir con la

[26] Durante, S. El acto de cuidar, genealogía epistemológica del ser enfermero. El Uapití. Unidad II, III y IV. Pp 33 -34

declaración de Alma Ata que reconocían las relaciones entre la promoción de la salud, la protección y el progreso sobre un plan económico y social.[27]

El paradigma de la transformación cumple cinco funciones, 1) proporcionar una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis, 2) reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita, 3) aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas, 4) promueve el análisis más de la descripción de detalles completos, y 5) permite codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.[28]

2.8 Estado neoliberal.

Durante la década de los 80 hubo una fuerte tendencia a las crisis, las dos hiperinflaciones y el panorama socio político que no favorecieron al gobierno de turno, terminó por volcar a los electores al entonces candidato Carlos Menem, que introdujo una serie de medidas promercado.

Si bien los años 90, marcaron la enfermería por el desarrollo de la ley del ejercicio profesional, así como también la introducción del derecho al acceso a la salud, como concepto sólido dentro de la constitución nacional, el sistema de salud en general se vio ampliamente afectada por las políticas de promercado y las tendencias minimalistas del estado nacional. Para ese entonces las convenciones sobre el acceso a la salud y atención primaria en salud ya habían hablado de “una salud para todos” para el año 2000, lo cual visto y considerando el panorama económico político de las medidas de los años 90, se dificulta un poco ese objetivo. [29]

---

[27] Op. Cit Pp 36

[28] Sanabria Triana L, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev. cubana Educ Med Super 2002;16(4). [En línea] http://bvs.sld.cu/ revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm [Consultado 9/02/2022]

[29] Cerda, J. El sector Salud en la Argentina de los 90: Controversia acerca de las obras sociales sindicales. UNQ. Pp 1

En nuestro sistema de salud sucedió un cambio significativo en cuanto derechos, la atención primaria se transformó en una atención primitiva de la salud, porque solo respondía a la atención de cuestiones específicas sin tratar los problemas de raíz. Solo respondía a grupos etarios más vulnerables. Estos programas focalizados de la atención primaria de la salud se consideraban las más adecuadas ya que garantiza la eficiencia en los gastos y la equidad en la asignación de los recursos, de esta forma este sistema pasó a ser sinónimo de programas sanitarios compensatorios o de emergencia para grupos de la población vulnerable, una herramienta en los programas de atención de la pobreza extrema. Un ejemplo claro de un modelo de política social, en donde esta se limita a cumplir la función de ambulancia que recoge los heridos que deja la política económica. Ejecutar programas específicos sin abordar la necesaria reorganización de los sistemas de salud, es decir, busca mejorar determinados indicadores sanitarios en base a acciones puntuales y no en función de un cambio sistémico de los servicios de salud. [30]

Además de lo anteriormente mencionado, se introducen en el ámbito nacional una serie de reformas ejecutivas, Si bien es cierto que los problemas del sistema de salud argentino, en general, y de las obras sociales, en particular, son de larga data, los efectos de las políticas implementadas durante la década de 1990 empeoraron aún más las precarias condiciones del sector. Por otro lado, la situación financiera de las obras sociales está estrechamente relacionada con el pobre desempeño del mercado de trabajo. En la argentino se observa una vinculación directa entre condiciones del mercado de trabajo, empeoramiento en las condiciones de vida de la población y la accesibilidad a los servicios de salud. En tal sentido, un aumento en la tasa de desempleo o del empleo en negro implicó una reducción en la recaudación por parte de las Obras Sociales Sindicales (OSS).[31]

Se realizaron reformas sobre las obras sociales, en donde aparecería un potencial mercado, y volcaría a la salud como un bien de consumo por parte de las prepagas que aparecían durante esta década. Permitían que la gente tuviese

[30] Op. Cit. Pp 2
[31] Op. Cit. Pp 2

libre elección sobre el sistema de seguros en salud. De esta forma el sistema de salud quedó fragmentado de la manera en la que existe hoy en día, por un lado el sistema de salud público y por otro lado el sector privado y el sector de las obras sociales dependiente de los sindicatos, estas últimas dos, juegan un juego de mercado en donde se puede optar por una de ellas y la otra según decisión personal, convirtiendo al derecho al acceso a la salud en un bien que puede ser comercializado.[32]

2.9 Post Neoliberalismo, crisis y estado inclusivo.

A partir del año 2002, luego de la profunda crisis, el estado nacional bajo una nueva administración comenzó a imponer más presencia en el sistema de salud, si bien el paradigma con el que la enfermería se seguía manejando (transformador), el emparejamiento del estado nacional permitió una mayor amplitud.

La década que siguió a la crisis de principio de siglo en Argentina fue testigo de cambios importantes en las ideas acerca del papel del Estado con relación a lo social; distintas medidas muestran la decisión de intervenir sobre las condiciones bajo las cuales se reproduce la vida de la población. De modo silencioso y menos visible, “salud” fue también escenario de cambios; distintos trabajos dan cuenta del surgimiento de iniciativas y de la profundización de otras precedentes. [33]

La diferencia más importante en contraposición al gobierno neoliberal radica en la restauración del Ministerio de Salud como actor principal, gestionado por el estado nacional en los tres niveles (Nacional, Provincial y Municipal). Entre las iniciativas más importantes se destacan el Programa Remediar (en sus dos ediciones); el Programa Médicos Comunitarios (con variaciones a lo largo del tiempo); el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable; el Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra 2014 (ex Programa Nacional de

[32] Op. Cit. Pp 2-3

[33] Chiara M, Crojethovic M, Ariovich A. (2017). El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macro institucional. Salud Colectiva. 13(4) Pp 666

Control de TBC); el Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes; el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas; y el Plan Nacer y el Programa Sumar.[34]

Acceso: La apuesta de la política pública nacional, se basó en el fortalecimiento del primer nivel de atención, que buscaba facilitar la atención sanitaria para las poblaciones más vulnerables, luchaba contra mercantilización de la salud que se había instalado en las postas sanitarias, centros y CAPS, con los denominados bonos de contribución. En esto programas, como el remediar, buscaron romper la barrera de las dificultades económicas en el acceso a través de formalizar la gratuidad de la atención, como requisito para mantener la implementación del programa en cada CAPS. [35]

Cobertura: ampliar la cobertura fue otro de los puntos de las políticas nacionales en salud, especialmente en un contexto que mostraba resistencias para disminuir los sectores sin cobertura en salud. En ese marco, tanto el Programa Remediar como el Plan Nacer y el Programa Sumar, nominalizaron a la población para concentrar el esfuerzo en aquellos para quienes los servicios de salud estatales eran la única alternativa.[36]

La Asignación Universal por Hijo (AUH), un seguro social que incorporó al Régimen de Asignaciones Familiares a los niños, adolescentes y jóvenes –hasta los 18 años–, independientemente de la condición que revistieron sus padres en el mercado de trabajo, sostuvo la condicionalidad de realización de controles de salud para hacer efectivo un porcentaje de la asignación con impactos diferenciales según los programas bajo análisis. Con el Plan Nacer se incrementó un 50% la inscripción de niños y niñas y creció un 12% el número de niños y niñas con controles completos; también se dieron procesos inversos.[37]

Beneficios: La capacitación de los equipos de salud, la provisión de medicamentos, y la regulación de las prescripciones, como así también un

[34] Op Cit. Pp 667
[35] Op Cit. Pp 670
[36] Op Cit. Pp 671
[37] Ministerio de Salud de la Nación. Programa Sumar, la ampliación del Plan Nacer [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2011 (citado 12 Nov 2021)

nomenclador de prestaciones y las metas trazadoras, son herramientas que se utilizaron para alcanzar estándares en las prestaciones. El alcance aumentó gradualmente y, a partir del año 2010, incorporaron el cuidado de otros grupos de edad y la ampliación al cuidado integral de cardiopatías congénitas, prestaciones de embarazo de alto riesgo y servicios de neonatología (incluyendo tratamiento, diagnóstico y los medicamentos requeridos)[38]

Derechos: A pesar de la importancia que tuvieron estos dispositivos, para enfrentarse a la matriz institucional fragmentada, no estuvieron acompañadas por reformas profundas que pudieran garantizar una ampliación de derechos.[39]

2.1.1 La salud como un derecho en la actualidad.

Hablar de derecho al acceso a la salud, viaja más allá de la concepción jurídica que esta tenga, atraviesa condiciones sociales y económicas del país, así también como representaciones sociales de su población, tomando en cuenta que han pasado más de 25 años desde la modificación de ley y aún se encuentran personas que no tienen acceso a este derecho, apareciendo el discurso de los derechos humanos más como un discurso moral y ético, que como una propuesta para la formulación de políticas, la construcción de herramientas y el verdadero desarrollo de modelos de atención que respondieron a la salud como un derecho, el concepto de derecho en salud no solo aparece como indicaciones negativas del derecho sino también como positivas, esto quiere decir que no solo dicen lo que el estado no debe hacer, sino sumado a aquello que debe cumplir. Para ello debe lograr general mecanismos que permitan el desarrollo de un sistema de salud integrado y eficaz, accesible para todos/as que incluya un sistema que responda a prioridades nacionales y locales, la transformación de determinantes subyacentes de salud tales como saneamiento adecuado, agua potable, y educación en materia de salud. La garantía de la accesibilidad para todos/as. La participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad y la elaboración de un plan integral y no

[38] Op Cit. Pp 671 - 672
[39] Op Cit. Pp 672

un montón de intervenciones verticales poco coordinadas para las diversas enfermedades. [40]

La perspectiva de derechos en salud se refiere a que este es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud. De esta manera los derechos humanos actúan como un programa que puede guiar u orientar las políticas públicas de los estados. La idea esencial es que las políticas e instituciones que tienen como finalidad impulsar estrategias de salud se deben basar en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos, esto genera obligaciones y responsabilidades, que tienen que incluir la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud.[41]

Acceso a la salud. En el sentido acotado del concepto acceso, refiere al proceso que se extiende desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, atravesado por los factores que obstaculizan o facilitan la atención, ampliando esta definición también se comprende las necesidades de salud y la percepción de las necesidades, el deseo y atención y el proceso de toma de decisiones, antecedentes de busca de atención, continuidad y resultado de la atención luego del contacto con profesionales. Así, 'acceso' se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios. En el sentido más amplio, el acceso también abarca las necesidades de salud, la percepción diferencial de necesidades, el deseo de la atención y el proceso de toma de decisiones como antecedentes a la búsqueda de la atención, así como la continuidad y los resultados luego del contacto inicial. [42]

En los modelos teóricos que sostienen el alcance amplio del concepto de acceso, la perspectiva más utilizada ha sido la de Aday y Andersen (8), así como las posteriores revisiones y actualizaciones de Andersen (9), que incorporan,

---

[40] Ase I. Burijovich J. (2009.) La estrategia de Atención Primaria de la salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva. 5(1): 29

[41] Op Cit. 29

[42] Frenk J. 1985. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública de México. Pp 438-453

como parte del acceso, los determinantes de las necesidades de salud y las percepciones diferenciales de los sujetos ante los cuidados (información, creencias y concepciones de salud, confianza en el sistema médico y tolerancia a los malestares), así como las experiencias previas y los circuitos de retroalimentación de estas con usos futuros de los servicios.[43]

Se analiza la accesibilidad como un atributo de la oferta de los servicios, pero no simplemente como la disponibilidad de estos, sino en tanto la capacidad de producir servicios en relación con las necesidades de la población. Si bien es una característica de los servicios, con aspectos que facilitan o limitan el uso potencial, asume un significado cuando entra en relación con las necesidades y capacidades de la población. [44]

2.1.2 La pandemia y el jaque al sistema de salud.

El sistema de salud en Argentina ha sido fuertemente tensionado, y puesto en primera plana debido al ya conocido brote del Sar-Cov-2. Así como la economía y los programas de políticas, nuestro de sistema de salud ha sufrido el amedrentamiento de esta pandemia, La prioridad sin lugar a duda es prevenir la infección, reducir la transmisión y brindar una atención y un tratamiento adecuado a los pacientes con COVID-19, pero las enfermedades no transmisibles o no-COVID siguen representando la carga más pesada en el ámbito de la salud y requieren también especial cuidado. [45]

Se han impuesto medidas para lograr disminuir los casos, como para lograr una mejor atención a aquellos sujetos que requirieron de atención, entre las medidas las restricciones de circulación y las restricciones horarias, han sido las más importante como así también, las más polémicas para la sociedad (esto visto desde un humor social general). El ya fragmentado sistema de salud y por periodos desfinanciado, se vio en la obligación en hacer frente a toda una

[43] Donabedian, A. Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de l a atención médica. México. 1988. Pp 772.
[44] Op Cit. Pp 772
[45] Consenso Inter sociedades. “Impacto de la pandemia COVID-19 sobre el sistema de salud argentino”. Pp 1

pandemia, teniendo en cuenta que para el año 2020 no se disponía de una vacuna, ni de un tratamiento claro para la enfermedad. [46]

Las interrupciones de los servicios médicos esenciales están muy extendidas, y el principal hallazgo es que han sido interrumpidos parcial o completamente en muchos países. Una reciente encuesta de la OMS-OPS a través de los Estados Miembros de la región de las Américas, exhibió que más de la mitad de los países encuestados (53%) han interrumpido parcial o completamente los servicios para el tratamiento de la hipertensión; 49% para el tratamiento de diabetes y complicaciones relacionadas con la diabetes; 42% para el tratamiento del cáncer y 31% para emergencias cardiovasculares.[47]

Frente al surgimiento de los primeros casos de coronavirus en la Argentina el 3 de marzo del 2020, las autoridades nacionales instaron, a partir del 20 de marzo, que todas las personas que habitan en el país o se encuentren en su territorio, en forma temporaria o definitiva, debían realizar el aislamiento social, preventivo y obligatorio para evitar el contagio de la covid-19. De esta manera, se impulsaron un conjunto de cambios en las prácticas individuales y colectivas vinculadas a la higiene, al distanciamiento físico y al uso de mascarillas como medidas para reducir el contagio.[48]

¿Dónde está la línea entre la atención sin descanso frente a una pandemia y la coartación del Derecho a la Salud en la población? Está claro que esta pregunta tiene como puntos de partida entender nuestro sistema sanitario, así como entender el continuo desfinanciamiento que ha sufrido a lo largo de su historia, fragmentaciones, intereses, mezquindades políticas, privatizaciones, todo esto llevó a un sistema debilitado que aún funciona (erráticamente) a la atención cruda de una pandemia.[49]

---

[46] Op Cit. Pp 1 - 3

[47] OMS. 2020. Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales.

[48] Ramacciotti, K. 2021. La salud pública en la Argentina en tiempos de coronavirus. historia, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, Vol. N ° .28, Cap. N°.1. Pp.302

[49] Cassiani S, Munar Jiménez E, Umpierrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernandez C. 2020. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol 44. N° 64. P 1 - 2

La situación de enfermería no queda alejada de la realidad del sistema sanitario como un espectro macro, la escasa cantidad de profesionales, la sobrecarga laboral, el pluriempleo, convirtieron a nuestra profesión en un eje central de la atención. Como componente mayoritario del sistema de salud, la enfermería se vio severamente golpeada, desde lo anímico, como desde lo laboral / económico, en una era donde la voz de enfermería podría alzarse para lograr una transformación radical en el rol social, se vio amedrentada por la escasa participación en la toma de decisiones, las malas condiciones laborales y la negativa del resarcimiento económico que nos merecemos por estar expuestos tantas horas en esta etapa de la salud global. [50]

Esta pandemia, ha demostrado que deben realizarse esfuerzos a niveles estatales para compensar la desidia con la que cargan algunos sectores de la enfermería, incentivar las inversiones de salud, y que la salud bajo ningún punto debe estar a merced del mercado para su resolución. Los profesionales de enfermería somos la primera línea en el cuidado de la salud, tenemos un rol crucial en la mejora del acceso y la calidad de la salud. Este escenario debe tornarse fértil para que los países inviertan en mejoras en el sector, en las condiciones de trabajo y en la formación profesional, lo cual redundará en importantes logros para una cobertura universal de salud.[51]

[50] Op Cit. Pp 2

[51] Ramacciotti, K. 2021. La salud pública en la Argentina en tiempos de coronavirus. Revista historia, Ciencias, Saúde. V N°28. N° 1. Pp.304

Capítulo III

3.1 Diseño Metodológico.

3.2 Fundamentación epistemológica actual.

La investigación biográfico - narrativa, se ha constituido actualmente en un enfoque o método de investigación específico y no solo en una metodología cualitativa más. El enfoque biográfico en especial el narrativo, está adquiriendo cada día mayor relevancia, en donde reclama un modo distintivo del paradigma cualitativo convencional, no se limita a una metodología de recolección y análisis de datos. De este modo, altera algunos supuestos, de los modos asentados de investigar, volviendo esta práctica más accesible o natural. El hecho de contar las propias vivencias y leer (interpretar) dichos hechos, y acciones, a la luz de las historias que narran los actores, la convierte en una peculiar forma de investigación. [52]

Esta metodología se asienta en los años setenta, dentro del giro de las ciencias sociales hacia la hermenéutica. Se entenderán los fenómenos sociales, como textos, cuyo valor y significado, vienen dados por la auto interpretación que los sujetos relatan en primera persona, donde la dimensión temporal y biográfica ocupa una posición central. [53]

La narrativa, no es solo una metodología, así como tampoco, se limita a expresar dimensiones de la experiencia vivida, es más radicalizada, media la propia experiencia y configura la construcción social de la realidad prioriza un YO dialógico, su naturaleza relacional y comunitaria, donde la subjetividad es una construcción social, intersubjetiva conformada por el discurso comunicativo. [54]

Entendemos como narrativa, la cualidad de la experiencia vista y entendida como un relato, las pautas y formas de construir sentido, Partiendo de acciones personales en el tiempo, por medio de descripción y análisis de datos biográficos. De esta forma se busca reconstruir la experiencia, que, por un

---

[52] Bolívar, A. (2002). "¿De nobis ipsis silemus?": Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. Revista Electrónica de Investigación Educativa. Pp 1 - 3
[53] Op Cit. Pp 4
[54] Op Cit. Pp 4

proceso reflexivo, se da significado a lo sucedido. Por lo demás, la investigación biográfica tiene una larga tradición en América Latina, especialmente en México. Después de su empleo en los años treinta por la llamada Escuela de Chicago, Oscar Lewis (1966) escribió, a comienzos de los años sesenta, la conocida historia de la familia mexicana de los Sánchez, que causó un fuerte impacto al coincidir con la crisis de los métodos cuantitativos en sociología. [55]

La investigación hermenéutica-narrativa versus la tradicional-positivista. La narrativa reclama otros criterios, se separa del contraste objetividad y subjetividad, para basarse en evidencias del mundo de la vida. El relato capta la riqueza y detalles de los significados de los mundos humanos, como las motivaciones, sentimientos, deseos o propósito, que no pueden ser expresadas en proposiciones abstractas del razonamiento lógico formal.[56]

El razonamiento narrativo funciona por medio de una colección de casos individuales en que de uno se pasa a otro, y no de un caso a una generalización. Lo que importa son los mundos vividos, los sentidos singulares que expresan y las lógicas particulares de argumentación que despliegan. [57]

Epistemólogos, lingüistas, filólogos, etimólogos y filósofos varios, han demostrado en reiteradas oportunidades la importancia que poseen el discurso en general y la palabra en particular en nuestra civilización. A tal punto que al hombre se lo considera hombre a partir del desarrollo de una forma de comunicarse con el otro, y se llama historia a la historia a partir de que ese hombre fue capaz de plasmar la palabra mediante la escritura. Asimismo, la ciencia ha imbuido de una nueva jerarquía a la palabra, determinando como característica distintiva de cada disciplina, la necesidad de un lenguaje unívoco. La enfermería no escapa a esta concepción. Dueña de una cada vez más basta terminología, la Disciplina Enfermera cuenta con un marco teórico fundado en definiciones y conceptos específicos.

Se decidió por el enfoque biográfico-narrativo ya que es una forma de construir conocimientos, realidad, ordenar la experiencia, apropiarse de esa y

[55] Op Cit. Pp 5
[56] OP Cit. Pp 6
[57] Op Cit. Pp 11

sus significados particulares y colectivos. Este enfoque no es solo una metodología cualitativa más, como se señaló anteriormente, es una forma de construir realidades, de darle significado a las experiencias vividas a fin de transformar esto en conocimiento.

Se entiende que hay un vacío donde se reduce todo a la teoría, del procesamiento tradicional de la información obtenida. Este método permite que se expresen las percepciones y el sentir / pensar del entrevistado, y a partir del discurso, obtener datos biográficos, sostengo que es un cambio en la estructura convencional de investigación en enfermería, que poco se ha explotado hasta el momento y es por esto mismo que me propongo a investigarlo desde este método.

3.3 Estrategia utilizada.

Entrevista en profundidad

La investigación biográfica tiene como objetivo la narración de historias y experiencias, mediante una reconstrucción, principalmente la retrospectiva, aunque también se ponen en juego las expectativas y perspectivas futuras. La entrevista sirve como un dispositivo narrativo, que le permite a cada persona entrevistada reconstruir, relatar y actuar una historia.

Se puede clasificar metodológicamente como *entrevista semiestructurada en profundidad,* presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

Fases de la entrevista: se identifica que cada tipo de entrevista tiene su peculiaridad, sin embargo, en el momento de su desarrollo se presentan determinados momentos homogéneos. Estos momentos o fases de la entrevista son los siguientes.

Primera fase: preparación. Es el momento previo a la entrevista, en el cual se planifican los aspectos organizativos de la misma como son los objetivos, redacción de preguntas guía y convocatoria.

Segunda fase: apertura. Es la fase cuando se está con el entrevistado en el lugar de la cita, en el que se plantean los objetivos que se pretenden con la entrevista, el tiempo de duración. También, es el momento oportuno para solicitar el consentimiento de grabar o filmar la conversación.

Tercera fase: desarrollo. Constituye el núcleo de la entrevista, en el que se intercambia información siguiendo la guía de preguntas con flexibilidad. Es cuando el entrevistador hace uso de sus recursos para obtener la información que se requiere. d. Cuarta fase: cierre. Es el momento en el que conviene anticipar el final de la entrevista para que el entrevistado recapitule mentalmente lo que ha dicho y provocar en él la oportunidad de que profundice o exprese ideas que no ha mencionado. Se hace una síntesis de la conversación para puntualizar la información obtenida y finalmente se agradece al entrevistado su participación en el estudio.[58]

Análisis de datos autobiográficos:

El discurso hablado en las entrevistas o relatos normalmente deviene en texto. El transcriptor se convierte en un intérprete de estos relatos o entrevistas. No supone una comunicación interactiva, sino una interpretación.

Además de todo lo relacionado con el análisis de las entrevistas biográficas, tratamos de reducir la información y desplegar/estructurar los datos para, en una última fase, determinar relaciones y extraer conclusiones.

Creemos que interpretar es dar significado a los hechos o datos, en un proceso de reconstruir, trasladar o encajar diferentes piezas. Toda interpretación es una indagación sobre el significado de los datos.

---

[58] Diaz Bravo L. Torruco García U. Martínez Hernández M. Varela Ruiz M. (2013) La entrevista, recurso flexible y dinámico, Departamento de Investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México P 163 - 164

La entrevista se lleva adelante en función de una guía de pautas diseñada ad hoc. Dado que el abordaje cualitativo se caracteriza por ser más flexible que el cuantitativo, cada entrevista podrá sufrir modificaciones en función de la información recabada y el interés de profundizar determinados aspectos más que otros (aun cuando se utilice siempre la misma guía de pautas).

El análisis de datos ocurre por el mismo investigador que recoge los datos, de modo que pueda comprender las preguntas y testimonios de la investigación. Es por esto que se debe sumergirse mentalmente en el material primario recogido (transcribir entrevistas, grabaciones y descripciones), para realizar una visión que permita un buen proceso de categorización y así realizar clasificaciones significativas, para que, a medida que se revisa el material se obtengan datos específicos. Por lo tanto, este proceso de recopilación y análisis de datos, conduce al surgimiento de nuevas categorías durante el proceso de interpretación y teorización que conduce a valiosos resultados.

Desarrollo de entrevista.

Inicio:

La entrevista comienza con una breve presentación sobre el propósito de esta, no durará más de 5 minutos, con esto se busca que el entrevistado le quede clara la finalidad de su participación.

Durante la etapa de presentación quedará explícito la confidencialidad y anonimato de la información obtenida. Para esto se aclara que no se personalizará, ni asociará la información obtenida, que las opiniones serán analizadas de forma agregada, entre todos los entrevistados. Se enfatizará la importancia de contar, durante el encuentro, de opiniones espontáneas, que no se trata de valorar respuestas en función de estar bien ni mal.

Se solicitará autorización para grabar, explicando que esta finalidad es agilizar la toma del dato, y que el uso de la grabación será sólo para fines analíticos. En caso de una negativa para ser grabado, se revisará los puntos anteriores de argumentación, y si así persiste, se elaborará de manera escrita la entrevista, aun aceptando el modus de grabar, se tomará nota en lo que respecta

a actitudes, situación y detalles del contexto, que complementen la información obtenida en la entrevista.

Durante:

1 - Desde el momento en el que se da inicio la entrevista, se intentará crear y mantener un clima de intimidad y comodidad que resulte favorable para el entrevistado, que, en consecuencia, podrá expresarse libremente, este periodo no debe durar más de 45 minutos. Es importante que el clima generado se mantenga durante todo el encuentro, para que las opiniones vertidas por el entrevistado sean espontáneas y completas.

Se buscará mantener una actitud de interés durante todo el encuentro, una compenetración en la charla y en los emergentes que aparezcan, las actitudes de desinterés o crítica, inhibirá, de algún modo, al participante. En este caso se debe sostener el interés, aun cuando el entrevistado se explaya en demasía sobre un tema, o incluso cuando sus expresiones no resulten acordes a la perspectiva del entrevistador. Mostrando siempre cordialidad y respeto, jamás se debatirá con el entrevistado, ni se cuestionan opiniones, siempre se mostrará una postura neutral, para no olvidar que cualquier indicio de disconformidad podría perturbar al entrevistado y dificultar que profundice sus ideas.

Por medio de la entrevista, se indagan razones que sustentan las opiniones, sobre el tema investigado. Son las respuestas espontáneas y sinceras del participante las que nutren de información valiosa.

2 - El enfoque cualitativo se caracteriza por la posibilidad de profundizar, lo cual es clave para obtener la información.

Es fundamental no dar por obvios los conceptos planteados por el entrevistado. No presuponer el significado o la representación de una idea o concepto, dado que, al estar tratándose sobre percepciones en salud, esta puede variar entre un profesional u otro. Para ellos es imprescindible repreguntar para profundizar y comprender a que refiere el entrevistado con sus expresiones,

aunque parezca obvia la respuesta, al repreguntar buscamos la comprensión, lo más precisa y amplia posible, del concepto transmitido por el entrevistado.

3 - Se estará atento a las preguntas previstas en la guía de pauta, pero sin descuidar lo que sucede durante la charla. Las preguntas de la guía siguen un esquema que va de lo general a lo específico, en primer término, debe buscarse la respuesta espontánea del entrevistado y luego, la profundización de la información.

Se tendrá en cuenta la posibilidad de que cada respuesta lleve a responder las subsiguientes, ante esto, es importante chequear antes de finalizar, que se hayan abordado todos los temas.

4 - La atención latente del entrevistador es clave para seguir la entrevista, según el tipo de entrevistado. En caso de ser alguien de pocas palabras, la repregunta para profundizar sirve para lograr obtener información útil, por el contrario, si el entrevistado es alguien hablador, se tendrá en cuenta dos aspectos, el tiempo disponible para la entrevista y los temas principales. La interrupción se basa en dos motivos, ya sea porque el relato requiere más precisión o por que el entrevistado se detiene en detalles o anécdotas que no aportan al propósito que se persigue.

Cierre:

La entrevista se dará por concluida, cuando se hayan abordado todos los temas previstos, según criterio del entrevistador.

Se le ofrecerá al entrevistado un espacio de reflexión, con la posibilidad de ampliar algún tema, o bien hacer alguna sugerencia sobre las acciones evaluadas.

Se agradecerá el tiempo brindado, y se destaca la importancia de las opiniones genuinas que se han aportado, que serán de relevancia para el estudio correspondiente.

3.3 Ámbito de estudio.

El estudio se realizará en dos clínicas privadas y un hospital público de la ciudad de Mar del Plata

3.4 Instrumento de recolección de datos.

Se realizará una entrevista con preguntas semiestructuradas.

3.5 Criterio de Inclusión.

Para la realización de esta investigación se tomará como criterio de inclusión los siguientes requisitos: Se contará con la participación de un enfermero/a de cada sector (Internación general, guardia, unidad de cuidados intensivos) que tengan como mínimo el título de Enfermero (se excluye auxiliares) y que cuenten con no menos de 3 años en la institución.

3.6 Referencia de entrevistados.

Para la entrevista se utilizarán seudónimos a fin de garantizar la confidencialidad de los entrevistados.

Se detalla seudónimo y sector del entrevistado a continuación:

- Alfa Enfermera de institución privada, servicio de internación general.
- Beta, Enfermera de institución privada, servicio de guardia.
- Gamma, Enfermero de institución privada, servicio de UTI
- Delta, Enfermera de institución pública, servicio de internación general.
- Épsilon, Enfermera de institución pública, servicio de Guardia
- Dseta, Enfermera de institución pública, servicio de UTI.

Capítulo IV

4. Categorización

En investigación cualitativa la categorización se constituye en una parte fundamental para el análisis e interpretación de los resultados “Este proceso consiste en la identificación de regularidades, de temas sobresalientes, de eventos recurrentes y de patrones de ideas en los datos provenientes de los lugares, los eventos o las personas seleccionadas para un estudio. La categorización constituye un mecanismo esencial en la reducción de la información recolectada[59]

Las categorías se entienden como ordenadores epistemológicos, campos de agrupación temática, supuestos implícitos en el problema y recursos analíticos como unidades significativas dan sentido a los datos y permiten reducirlos, compararlos y relacionarlos...Categorizar es poner juntas las cosas que van juntas. Es agrupar datos que comportan significados similares. Es clasificar la información por categorías de acuerdo con criterios temáticos referidos a la búsqueda de significados. Es conceptuar con un término o expresión que sea claro e inequívoco, el contenido de cada unidad temática con el fin de clasificar, contrastar, interpretar, analizar y teorizar[60]

La categorización puede realizarse de tres formas: inductiva, deductiva e inductiva-deductiva. En el primer caso las categorías se derivan de los marcos teóricos y modelos de análisis previamente definidos por el investigador. Este procedimiento es propio de las investigaciones cuantitativas las cuales se definen previamente las variables e indicadores; sin embargo, en estudios cualitativos también es frecuente este tipo de categorización. La categorización es inductiva cuando las categorías emergen de los datos con base al examen de los patrones y recurrencias presentes en ellos; claro está que la expresión “emergen” no deben asumirse como una segregación naturalista de la realidad

[59] Torres Mesías, A. 2002. Investigar en educación y pedagogía. Pasto: Universidad de Nariño, Pp 110

[60] Galeano Marín, M. 2004 Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Fondo editorial universidad EAFIT. Pp. 38

sino una decisión del investigador que procura respetar la especificidad propia del material recogido o la propia perspectiva de los actores involucrados[61]

Deductiva: El proceso de elaboración deductivo de un sistema de categorías parte de un marco teórico definido. El esquema de las categorías se establece a priori, antes de la propia experiencia del examen de la información, las dimensiones, conceptos y categorías se deducen de una teoría. La estructura teórica define de antemano el conjunto de las categorías, las mismas que contienen las unidades de información.[62]

Inductiva Deductiva: Criterio inductivo-deductivo. En la práctica del trabajo de investigación se recurre con más frecuencia a la combinación de las estrategias inductiva y deductiva para elaborar esquemas de categorías. El criterio inductivo-deductivo se inicia con un marco teórico para plantear macro categorías y la definición de cada una de ellas. Posteriormente, a partir del examen del discurso emergen categorías más específicas.[63]

4.1 Discusión y resultados

4.1.1 Percepción sobre la salud:

Alfa, Beta y Delta durante las entrevistas adoptan la concepción de la salud más acercada a la de la OMS del año (1948), *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*. Alfa *"como estado de bienestar biopsicosocial*. Beta "*la salud como un equilibrio, físico, mental, espiritual, que permite a las personas poder hacer sus actividades cotidianas".* Delta la *"como el bienestar físico, social y psicológico".*

Entre sus críticas, la misma tiene un problema epistemológico importante, pues da por sentado que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, esto es, salud y bienestar, por lo que se trata de una definición ahistórica y apolítica. Con esto la OMS en cierta medida se estaría

[61] Torres A. 1998. Estrategias y técnicas de investigación cualitativa. Afán gráfico. p.173.
[62] Navarrete, J. 2011. Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. Revista latinoamericana de metodología de la investigación social. Vol 1, N°1, Pp 52 - 53
[63] Navarrete Op Cit. 54.

librando de la responsabilidad de clarificar quién decide lo que es bienestar y salud, soslayando la controversia política que dichas definiciones acarrean, al mismo tiempo que deja entrever que la salud es un concepto científico "que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual."[64]

Hablar de completo bienestar es subjetivo y funcional, dificultando "su medición y la producción de indicadores económico-sociales adecuados para su representación", introduce la noción de normalidad en la salud. En medicina se suele utilizar el adjetivo normal como sinónimo de salud. Lo normal es lo que acostumbra a suceder en forma común y corriente. De manera tal que lo normal sería el promedio o estándar de una situación determinada. Entonces se tiene una definición estadística de salud que "no se ajusta a la realidad biológico-ecológica y social porque el hombre y su ambiente están sometidos constantemente a la 'variación' que no admite modelos fijos[65]

Por su parte Gamma, amplia un poco más la definición y le suma la subjetividad de la persona, "*la salud es un proceso dinámico y subjetivo, no lo considera la ausencia de enfermedad, sino que abarca aspectos psíquicos, económicos, entre otros factores que influyen como tener trabajo, casa, familia, amigos, etc.*"

Épsilon menciona "*adherirse a la definición de la OMS, pero que con el tiempo ha cambiado la percepción de lo que es la salud, que se ha alejado de la prevención y promoción."*

Dseta: "*la salud no solo es la ausencia de la enfermedad, sino que hay condicionantes que hacen a la salud de la persona, como el medio ambiente, antecedentes familiares, accesibilidad a la salud. No se separa de otros aspectos, sino como que va en concomitancia al entorno."*

En las respuestas se distinguen distintos factores adheridos a la definición de la OMS, algunas se ajustan a la definición misma, Gamma y Dseta amplían un poco más su percepción sobre salud, agregando componentes como la subjetividad, el entorno de la vida cotidiana, la accesibilidad, esto se alinea a lo

---

[64] Alcántara Moreno G, La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad, Universidad de Los Andes, Sapiens v.9 n.1 ene. 2008, pp 3
[65] Op. Cit Pp 4

que plantea Ase y Burijovich (2009) *"salud, viaja más allá de la concepción jurídica que esta tenga, atraviesa condiciones sociales y económicas del país, así también como representaciones sociales de su población un sistema integrado y eficaz, accesible para todos/as que incluya un sistema que responda a prioridades nacionales y locales, la transformación de determinantes subyacentes de salud tales como saneamiento adecuado, agua potable, y educación en materia de salud. La garantía de la accesibilidad para todos/as*." Ambos entrevistados trabajan en una unidad de cuidados críticos, en donde la mayor parte del tiempo los pacientes se encuentran sedados, y en donde se produce la deshumanización más marcada en la enfermería, aun así, tienen una visión amplificada sobre la definición de salud.

4.1.2 Percepción sobre el derecho:

Alfa Delta y Dseta "*algo que tenemos todas las personas*". Alfa, amplía la definición "*debería ser igual para todos y que ayuda a mejorar la convivencia"*, Delta "*es algo adquirido"*. Beta "*algo que garantiza a las personas poder lograr objetivos, que conlleva ser una persona como un ser social*."

Según mi criterio el derecho es una serie de normas que están inspiradas en la justicia y el orden, que tienen aspecto jurídico, debería ser igual para todos, y regulan un comportamiento social de manera coactiva.

Gamma da una definición más amplia, *"las facultades que una persona puede ejercer sobre su vida personal y en lo social, es algo que uno puede hacer, que se te permite hacer dentro de la ley o la moral."* (en este fragmento se menciona las leyes como instrumentos legales para garantizar derechos)

Épsilon *"como la contraparte de las obligaciones, que aun así son para todos los seres humanos, "dar algo a cambio", y la reciprocidad como base fundamental de los derechos."*

Los derechos humanos tienen jerarquía constitucional desde el año 1994, como política del Estado argentino constituyen uno de los pilares fundamentales de la política exterior argentina desde el regreso de la democracia. La promoción

y protección de los derechos humanos es transversal a todas las políticas públicas y recoge las principales preocupaciones de la sociedad argentina.

4.1.2.1 Percepción del Derecho a la salud:

Alfa "*derecho fundamental, que se basa en la calidad, poder acceder física y económicamente, no solo a consultas, sino que también a estudios, tratamientos y al acceso a la información de todo tipo."*

El derecho a la información forma parte de la ley del derecho de los pacientes que se promulgó en el año 2009, cabe la importancia de destacar este apartado, ya que la entrevistada menciona algunos casos en donde *"no se le dice que tiene*" a los pacientes.

Dseta, "algo *que nos corresponde a todos, que sea accesible, equitativo, igualitario, basado en evidencia, partiendo desde la redistribución de recurso"*

Delta "*algo de difícil acceso, que no todos logran ingresar."* (Delta no define el derecho en sí, aun reiterando las preguntas en múltiples ocasiones.)

Alfa, Dseta y Delta, dan definiciones acotadas sobre el derecho a la salud, si bien en las tres se menciona la palabra acceso, no se hace mayores aclaraciones sobre que abarca el acceso.

Beta "*objetivo que debe garantizar el estado"* (rol del estado fundamental para garantizar el derecho, según Morrone citada en la página 18 del marco teórico, en donde menciona un fragmento de un discurso de Juan Domingo Perón en el año 1946, *"La salud pública como ese ejército, que ha de combatir colectivamente a los males colectivos, y ha de tratar y asistir por cuenta del Estado a los ciudadanos que no pueden pagar su asistencia médica, esta organización sanitaria implica conservar la vida.") para que las personas tengan acceso, continuidad en los tratamientos, acceso a las medidas de prevención, a la información, todas las herramientas para acceder a un equilibrio como menciona en la definición de salud.*

Gamma "*esa facultad que tenemos de poder acceder, pero no sólo al sistema de salud, sino todos aquellos ámbitos en donde la salud opera, ya sea desde lo psicológico, comunitario, social, individual, económico, hasta que le permite a la persona poder lograr lo que considera un estado de salud óptimo, no solamente no tener enfermedad, porque si no sería el derecho a que me atiendan en un hospital solamente y no es tan así*." (la accesibilidad como un atributo de la oferta de los servicios, pero no simplemente como la disponibilidad de estos, sino en tanto la capacidad de producir servicios en relación con las necesidades de la población. Si bien es una característica de los servicios, con aspectos que facilitan o limitan el uso potencial, asume un significado cuando entra en relación con las necesidades y capacidades de la población.). "*Que se me respete como persona, que nunca se me deje de tratar como persona. No ser una enfermedad, no ser un pedazo de carne, no sirve uno más, ni tampoco ser uno menos."*

Épsilon lo entiende como *"algo que posees desde el momento en el que naces"* (así como Ase y Burijovich destacan en la página 27 del marco teórico que "*se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud.") "que debe estar presente en las mejores condiciones, acceso a la salud en cuanto a lugares y disponibilidad, recursos suficientes para la atención tanto descartables, como humanos, como tecnológicos, educación constante de profesionales, utilizar menos modelos de afuera para la atención, elaboración de políticas sanitarias constantes, la salud como derecho es una inversión para la sociedad.* (Según lo expuesto por Frenk en la página 28 del marco teórico *"refiere al proceso que se extiende desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, atravesado por los factores que obstaculizan o facilitan la atención, ampliando esta definición también se comprende las necesidades de salud y la percepción de las necesidades, el deseo y atención y el proceso de toma de decisiones, antecedentes de busca de atención, continuidad y resultado de la atención luego del contacto con profesionales*")

El punto común de la información recolectada destaca la palabra ACCESO O ACCESIBILIDAD, como una de las cuestiones principales al momento de preguntar sobre derecho a la salud, desde la capacidad y voluntad de acercarse a un centro de atención, como la distancia que hay hacia este, la disponibilidad de profesionales y la limitación de que sea público o privado. (teniendo en cuenta que en argentina funciona un sistema mixto de Obras Sociales, Sector Público y Prepagas)

Gamma y Épsilon son quienes dan una visión amplia sobre lo que consideran como derecho a la salud, exponen componentes que van por fuera de una clínica u hospital, sino que le suman los componentes psicológicos, económicos, básicamente la cotidianeidad de una persona tomada como relevante para pensar en el derecho a la salud. Tengamos en cuenta que Gamma pertenece al servicio de unidad de cuidados críticos, va a mencionar como la deshumanización del servicio afecta al derecho a la salud. y qué importante que personas que trabajan en este tipo de servicios sean conscientes de estos derechos y cómo defenderlos.

4.1.2.3 Percepción del Derecho a la salud durante la pandemia, periodo 2020.

Sector privado:

Alfa, "*se vio coartado el derecho a la salud, me tocó vivir cómo se eligen las personas para los tratamientos, según las tecnologías disponibles, según la edad, según la enfermedad de base. Pese a estas circunstancias, pude ser lo más respetuosa de la ética de atención, dentro de lo que se podía, ya que eran pocos enfermeros para muchos pacientes y no se podía brindar la atención adecuada, se trabajó muchas veces doble turno, francos, a raíz del aislamiento de compañeros, de los beneficios económicos de trabajar extra, y que el desgaste generado no permite darle una atención personalizada*."

Beta "*sí se vio coartado el derecho al acceso a la salud. Lo que se vio en el servicio de guardia fue mucho abuso del sistema de salud, gente que iba a la guardia por cosas no urgentes, en un principio los hisopados se hacían por guardia, esto generó que mucha gente para poder justificar ausencias en el trabajo, colegio, etc, utilizaban el servicio de guardia como puerta de entrada, esto hizo que se retrase la atención, a personas que requieren sí una atención por guardia de urgencia/emergencia. Que pese a tratar de darle prioridad en la atención, no se podía mencionar todo esto como una desorganización en la atención que generó un quiebre en el acceso a la salud, en lo que respecta a una guardia de una institución privada".*

"Hubo episodios donde se tuvo que negar la atención debido a que ya no había espacio físico para la atención, con la guardia cerrada, sin atención al público."

"Se vulnero el derecho a la salud, debido a que se cerraron consultorios, se suspendieron turnos, en la atención por guardia mucha gente se acercaba por dolencias en donde se le preguntaba si se había hecho atender antes, y refieren que se les había suspendido el turno por el aislamiento social y obligatorio, en muchos casos, controles cardiológicos, lumbalgias, tratamiento del dolor, cosas que se podían resolver transitoriamente y no de fondo."

"No pude ser respetuosa de la ética del todo, hubo momentos en donde se despacha a los pacientes, en lo personal trato de ser cuidadosa, tratar con respeto y tomarme el tiempo para la atención siempre y cuando el servicio lo permita, porque siento que es una necesidad que el paciente exprese lo que le está pasando, poder contener la angustia de las personas. Pero que con la demanda de trabajo se terminaba despachando pacientes, y que a veces no te podías detener a brindar una contención emocional, había como un speech armado de lo que se iba a hacer, había una automatización de la atención, no me sentía conectada en la cuestión emocional con el trabajo.

Esto genera un conflicto con lo expuesto en la página 13 del marco teórico *"La enfermería como arte plantea la coexistencia de tres conceptos fundamentales, arte como conocimiento, como sensibilidad y como actividad*

práctica. Como conocimiento que ofrece enriquecer el entendimiento de la experiencia de enfermería, hace posible saber qué, hacer con y como estar en el momento, surge de la percepción directa de lo importante en el encuentro con la persona; esta percepción tiene un significado que genera en el enfermero una mayor conciencia de la variedad de experiencias subjetivas y aumentará la complejidad y dificultad en la toma de decisiones"

Gamma *"durante la época de la pandemia en el año 2020 al principio se atendía a todas las personas, y que luego se fue filtrando, una de las cosas que más le chocó de esta situación fue percibir que quien pagaba más, tenía más derechos, que puede no tener síntomas de nada, pero es el "hijo de" o tiene dinero y puede acceder a terapia con mayor facilidad, y aquellas personas que requieren una atención en terapia más pronta, terminaban esperando, o se les daba de alta más rápido a los que estaban estables".* Esto encuadra en lo mencionado en la página 30 del marco teórico *"Como componente mayoritario del sistema de salud, la enfermería se vio severamente golpeada, desde lo anímico, como desde lo laboral / económico, en una era donde la voz de enfermería podría alzarse para lograr una transformación radical en el rol social, se vio amedrentada por la escasa participación en la toma de decisiones, las malas condiciones laborales y la negativa del resarcimiento económico que nos merecemos por estar expuestos tantas horas en esta etapa de la salud global."*

"Pude ser respetuoso de la ética de atención dentro de los límites de la institución, en el área que trabajo se tiende mucho a despersonalizar, se deja de ser persona, yo pese a estas circunstancias, y que pudieran estar sedados las personas que atendió, nunca deje de hablarles, de saludarles, de presentarse, de explicarle un procedimiento, en algunas circunstancias he visto profesionales médicos tratando de ignorante a las personas, como si la institución y los profesionales se apropiaron de la salud de las personas y decidieron por ellos."

Expresa también el conflicto médico/enfermero *"con respecto al trato hacia las personas, como se vuelve reiterativo esto de tratarlos como algo y no como alguien, y que eso muchas veces empuja a realizar prácticas que no son del todo correctas. Es importante hacer valer el derecho al paciente o familiar y que puedan acercarse a hablar con las autoridades de la institución, esto también*

acarrea problemas con la supervisión de enfermería, que lejos de querer resolver estos temas, atacan al personal del servicio".

Sector público:

Delta: "En *el pico de la pandemia cuando las instituciones privadas se encontraban al límite de su capacidad, y tuvieron cerradas las puertas, la sobrepoblación que fue atendida en el hospital hizo que se saturara el hospital y que la atención fuera hacia las personas que más lo requieran".* Como se menciona en la página 28 y 29 del marco teórico (*"La prioridad sin lugar a duda es prevenir la infección, reducir la transmisión y brindar una atención y un tratamiento adecuado a los pacientes con COVID-19, pero las enfermedades no transmisibles o no-COVID siguen representando la carga más pesada en el ámbito de la salud y requieren también especial cuidado*")

En la institución donde se desempeña Delta, "*el acceso a los turnos aún maneja la vieja costumbre de hacer fila a primeras horas de la mañana aparte de la escasa cantidad de turno que se dan por día". Aun así, pude ser respetuosa de la ética de atención durante su ejercicio profesional.*

Para Épsilon el derecho a la salud se vio afectado*, "en aquellas personas que tienen enfermedades como EPOC, diabetes, cáncer, no se les pudo brindar una atención a sus patologías de base debido a que los esfuerzos estaban enfocados a la atención de la pandemia con lo cual generó un aumento de muertes por las enfermedades mencionadas"*. (Al igual que el caso anterior, se desviaron esfuerzos para la atención de la pandemia y se desprotegiendo otras especialidades)

"El hospital ya no puede garantizar la atención a las personas, debido a que funciona el mismo modelo con el que fue creado, y la población de la ciudad ha ido en aumento sumado a las regiones que dependen del hospital, el deterioro de las instalaciones, la falta de recurso humano y de material dificultan la atención". (el Hospital al que hacer referencia fue creado en la década del 50 bajo el modelo de Carrillo, El derecho a la salud como se me explica en la página

19 del marco teórico, "*involucra no exclusivamente a la garantía de acceso a las prestaciones básicas de salud, sino asimismo de su mantenimiento y regularidad a través del tiempo, y que de acuerdo con jurisprudencia uniforme incumbe principalmente al Estado"*

"Fui completamente respetuosa de la ética de atención, redoblar esfuerzo en la atención de las personas para garantizarles lo mejor a los pacientes, hasta incluso comprometerse desde lo personal fuera de la institución para poder mejorar las condiciones edilicias" (colocación de vidrios en el servicio para poder tener una mejor visualización de las personas atendidas)

Dseta "*El derecho al acceso a la salud fue coartado durante la pandemia, partiendo desde el hecho que el ingreso a la unidad de cuidado intensivos se priorizo para aquellos que tenían una mayor posibilidad de sobrevida.* Comenta que *las personas mayores de 75 años que ingresaban con insuficiencia respiratoria no se les progresaba tratamiento, se les colocaba una máscara con reservorio (siendo necesaria la intubación y la asistencia respiratoria mecánica) debido a que el recurso era limitado."*

"Hubo momentos en donde se dio la situación de dos enfermeras atendiendo doce pacientes. Y que hubo fallecimientos por hemorragias en momentos donde se retiran líneas arteriales y no había personal ni familiar, para realizar la compresión necesaria. Los tubos endotraqueales con secreciones consolidadas que obstruyen la respiración, y la escasa cantidad de personal que no daba abasto para atender un cuidado básico de la unidad como aspirar secreciones". Como se menciona en la página 14 del marco teórico "*Actualmente en Argentina, se encuentra un déficit de profesionales de enfermería, esto se debe a las malas condiciones de trabajo, el estrés, el agotamiento, así como los sueldos magros, la sobreexplotación, y el pluriempleo. Aun así, es el cuerpo más numeroso de profesionales dentro del sistema de salud, de cualquier especialidad. Sin embargo, formamos parte de esa gran mayoría silenciada por una fragmentación, de escasa calidad operativa"*

"*Fui totalmente respetuosa de la ética en la atención. se dio un caso de una señora en la que cuando le llegó el resultado del hisopado (positivo) se la*

iba a trasladar al modular, sin realizar una entrevista, sin un cuidado básico, la médica tratante la cargó en una camilla y se la llevó, la señora se encontraba aterrada, esto generó una discusión entre la enfermera y la médica que tomó esta decisión, aclarando que ese no es trato que debe recibir una persona, que no supo lidiar con el miedo de la persona y que la trato como una cosa."

Entre las similitudes que se encuentran entre el sector privado y público, son aquellas que se encuentran enmarcadas en la capacidad y límite de atención de las instituciones, el sector privado hace mención al igual que el público, como se redujo la atención en otras áreas asistenciales en donde enfermería no participa o no al menos de la estrategia de atención (consultorios de especialidades médicas y quirófanos), en ambos sectores se vio la atención de personas que no llevaban controles específicos para sus patologías de base debido al cese de la atención, así como también la priorización de la pandemia por sobre otros procesos de salud/enfermedad que enfocaron los esfuerzos y recursos hacia allí.

Lo que más destaca del sector privado es "la elección de personas" a las que se les brindaba atención, Alfa y Gamma, mencionan casos en cómo se discriminaba a las personas para poder brindar la atención, y Gamma concretamente denuncia el hecho de que si eras familiar de alguien de jerarquía en la institución o si tenías el dinero, se te prioriza la atención, un enfoque excesivamente mercantilista, y deshumanizador. En este aspecto el sector público solo se ve afectado por la limitada capacidad física, la de recurso humano y material, pero no se mencionan la condición económica de la persona, y solo se especifican priorizaciones en el área crítica en relación a las probabilidades de vida, esto simplemente empuja al personal que atiende a sentirse en un rol de juzgador de quien vive y quien no.

En el sector público las tres entrevistadas refieren haber sido respetuosas de la ética de atención, mencionando episodios en donde hasta defienden a las personas de los malos tratos de propios compañeros de trabajo, defender la ética de atención, no es más que defender el derecho a la salud de las personas. En el sector privado solo Beta (enfermera de guardia) menciona no haber podido ser respetuosa del todo, de la ética de atención que pese a ser cuidadosa,

respetuosa y tomarse el tiempo para realizar su trabajo, sintió que despachó pacientes durante ese periodo.

Está claro en ambos sectores, que la atención en el privado está orientada a satisfacer la necesidad de atención de las personas, pero no contempla tanto el componente humano, la humanización o el derecho al acceso a la salud. En el sector público se tiene más en cuenta a la persona como sujeto de cuidados y de derecho, (a veces hasta haciendo esfuerzos personales para garantizar una mejor atención) y las limitantes se ven más asociadas a la precariedad de la institución y los distintos servicios, que de la dinámica de atención que existe.

4.1.3 Percepción sobre la institución como garante del derecho a la salud.

Sector privado:

Alfa en cuanto a la comodidad laboral *"se siente muy cómoda trabajando en la institución, y que la institución posee las condiciones para garantizar la atención de las personas."*

De los puntos más débiles "*el abandono del servicio con respecto a otros servicios más modernizados, siendo la pandemia de foco respiratorio, ese servicio, durante el 2020 fue destinado para la atención de COVID, y no contaba con oxígeno central, lo que volvía a los y las enfermeras del servicio a trasladar tubos de oxígeno, que se encontraban en malas condiciones de mantenimiento (óxido), y que representaban un riesgo ya que los trasladábamos arrastrándoles."*

El punto fuerte fue "la *remodelación en diversos sectores de la institución que permitió corregir errores en cuanto a la comodidad laboral, desde el oxígeno central, mejor disposición de muebles, mejor iluminación."*

En cuanto a prácticas instaladas que van en detrimento del derecho a la salud, "*si influye, y bastante, de las que más se vieron, fue al principio la inflexibilidad de los acompañantes, o de la presencia de visitas.*"

Accesibilidad:

"La institución al ser privada, solo atiende a aquellas que posean obra social o prepaga, muchas pese a poseer esta condición, eran atendidas, pero se tenían que volver a sus casas ya que el COVID para ellos no representaba un riesgo, tal es el caso de personas jóvenes contagiadas."

Recurso humano y material, "*el recurso fue suficiente, nunca faltó en ningún momento, en cuanto al recurso humano fue escaso, entró mucha gente nueva a trabajar y que aprendió durante la marcha. Se destaca la diferencia de que haya gente nueva en el servicio y en la profesión, que representaba una carga, ya que uno no solo hace su trabajo, sino que termina estando pendiente del trabajo del otro."*

"*La institución tuvo una amplia disponibilidad de servicios, pero que no alcanzaban, el problema era que no había los respiradores suficientes, o las cánulas de alto flujo suficientes, y no por que la institución no quisiera, sino que no se consiguen alquilarlas. En cuanto al personal se vieron fuertes recortes cuando empezaron los contagios masivos y los aislamientos por contactos estrechos, así como también, colegas inmunosuprimidos, como los que padecían enfermedades de base que suponían un riesgo extra, que redujeron la cantidad de personal tanto médico, como enfermero."*

Beta: En lo relacionado a la comodidad laboral "se *siente bien, pese a algunas fallas como la desorganización del espacio físico, como del personal, inoperancia de jefaturas, así como también una deficitaria capacitación del recurso humano."*

"La institución tuvo las condiciones parcialmente para garantizar para atención de las personas, esto se debe a algunos servicios como laboratorio que es tercerizado se desborde y no de abasto en la atención, eso hacía que el personal de enfermería aumente la demanda de trabajo, supliendo la ausencia del personal de laboratorio (esto teniendo en cuenta que muchas prácticas enfermeras en esta institución la realizan laboratorio, extracción de sangre, transporte de muestras, etc.)"

"Caso similar sucede con el servicio de imágenes, los pacientes quedaban demorados en los consultorios por no tener la tomografía correspondiente antes de ingresar a la habitación asignada y eso era un espacio ocupado innecesario, que retrasaba la atención."

Como puntos fuertes "*la institución tiene todas las especialidades, tiene un servicio de imágenes, servicio de laboratorio, una dinámica buena de atención."*

Como punto débil "*la desorganización de algunos servicios que son menos dinámicos, en especial de noche en donde por ejemplo en el servicio de imágenes el técnico comparte guardia en otras instituciones. pero durante el día*

hay un técnico a toda hora, y lo mismo pasa con el servicio de laboratorio donde durante la noche están de guardia pasiva."

Accesibilidad

Es una institución en el centro de la ciudad, conocida, de renombre, con fácil acceso, para la atención de obras sociales, prepagas o particulares según sea el caso.

Teniendo en cuenta que es una institución privada, donde solo se atienden personas con obra social o prepaga, *"una de las principales fallas que tuvo el sistema de salud fue la limitación de la atención a aquellas personas que no contaban con el carnet de la prepaga u obra social al día (contextualizando que la atención al público de esas oficinas no atendieron durante la pandemia) con lo cual se retrasaba la atención de las personas debido a que había que pedir una autorización especial para poder atender a la persona."*

"*El estado debió, que todo el servicio de salud público y privado debió dar atención a toda la población. Esto generó que a la gente ni siquiera se les brindara una atención inicial a las personas, en consecuencia, se ponían muy nerviosos hasta violentos en algunos casos."*

En cuanto al acceso a la atención, *"hubo momentos donde no se podía atender a todos, por cuestiones edilicias al no haber más espacio físico, además, se restringe la visita, esto se ve más afectado en personas que vivían juntas, de repente uno quedó aislado y se le negaba el ingreso a la otra persona, siendo que hasta antes de la atención se encontraban en un mismo espacio físico (ya sean matrimonios, novios, padres, madres, hijos, hermanos, etc.). La falta de sentido común en estas circunstancias atienta contra el derecho a la salud y a los derechos del paciente.*"

"*Se dio la situación de que hubo gente que se murió sola, tanto para la persona como para los familiares es una situación fea, porque se está muriendo un ser querido y no poder despedirse, tomarse su tiempo o tener que tocarlo con un guante (siendo que la transmisión es aérea y que en ese momento no se*

conocía). En este sentido menciona que los derechos del paciente y de la familia quedaron en un segundo plano."

Recurso humano y material

En cuanto al recurso material "*nunca faltó nada en el servicio, ni de protección personal, ni para el tratamiento de los pacientes."*

En cuanto al recurso humano en la guardia "*siempre hubo la misma cantidad de personal con respecto a la prepandemia, esto quiere decir que la demanda que se atendió fue con el mismo número de enfermeros que ya se contaban en planta. Considera que eran los necesarios para el espacio que tienen, pero no para la cantidad de gente que se acercaba a la institución*."

"Los momentos en donde se dificulta un poco más la atención es cuando quedaba gente internada en la guardia, esto obliga al personal a desdoblar el trabajo en la atención de la emergencia como del paciente que ya se encuentra internado bajo tratamiento."

"*Estos recursos son importantes para garantizar la atención de las personas, que suele haber casos en donde están mal administrados, pero circunstancial, no una cosa de todos los días. En cuanto al recurso humano requiere que esté capacitado para la atención de emergencia/urgencia, cuando hay personal que no está acostumbrado al servicio o no tiene la experiencia, retrasa el trabajo en general."*

Gamma respecto a la comodidad laboral, "*le encanta su profesión y para con la institución en lo personal tiene demasiadas críticas, por ser una institución privada siempre lo que gana es el dinero, que tu palabra no tenga validez, que alguien que consideras que no está argumentando bien una práctica, tengas que agachar la cabeza. Y ese es uno de los más grandes problemas de las instituciones privadas, ver gente que porque son los dueños de ahí haciendo lo que quieren."*

En cuanto a los recursos "*no falta absolutamente nada ahí, tienen cosas materiales y el personal necesario. Se ve una resistencia al cambio, a la innovación de los tratamientos que podrían desarrollar una mejora de la calidad de atención."*

En cuanto a puntos fuertes, "*la institución tiene dos terapias y una coronaria aparte, están implementando historias clínicas digitales, una guardia de urgencia completa, servicio de hemodinamia, quirófanos, doble servicio de imágenes, mejoras edilicias constantes."*

En cuanto a puntos débiles, "*quién construye los espacios no es alguien que tenga experiencia en edificios destinados a la atención de la salud. En la terapia mala ubicación del office de enfermería, como que no está pensada enfermería en esa estructura."*

Accesibilidad:

En cuanto a disponibilidad de servicios, "*solo funcionaban cirugías de urgencia, coronaria, pero que la atención de otras especialidades no urgente disminuyó, y con el correr del tiempo cuando se llenaron las camas tuvieron problemas para ingresar gente al servicio, se pusieron carteles de que no había más camas, la atención se abocó prioritariamente a la pandemia."*

En lo que es *difusión y el alcance, "la verdad que la tiene, la que estoy trabajando es una de las más prestigiosas de la ciudad por así decirlo, entonces todo el mundo iba y he visto afuera colas de gente para entrar. Está ubicada cerca del centro por lo que los accesos con colectivos son abundantes. Al ser una institución privada, la atención es solo para personas que pueden costear el tratamiento, o que tengan obra social/prepaga, note que algunas obras sociales eran desplazas por sobre otras más "prestigiosas"*

"Al estar en un área cerrada ya de por sí los horarios de visitas son afectados, durante la pandemia en el año 2020 se vio aún más restringido el acompañamiento de pacientes, vio en pacientes menores de edad que no le permitieron estar con los padres acompañando, procedimiento que los pacientes se niegan y se les realiza igual, maltrato a pacientes que se vieron acrecentados

durante la pandemia, en especial a paciente menores de edad, además de estas situaciones, el profesional médico a cargo diciéndole a los padres que son los médicos quienes deciden sobre el tratamiento."

Recurso humano y material:

"Es limitado, justo y necesario por momentos, hasta a veces se redoblan esfuerzos para cumplir con la demanda como enfermeros que hacían horas extras o trabaja francos, debido a la poca capacitación que tiene el personal, y en algunos pasajes de la pandemia, hasta han llegado a ser dos enfermeros para ocho pacientes, lo cual conlleva una sobrecarga en el trabajo. Percibe que disminuye la calidad del cuidado debido a lo anterior mencionado, además, de notarse cuando el personal está capacitado y experimentado en el servicio a cuando fueron a cubrir enfermeros de otros servicios, el trabajo se hacía más tedioso."

En cuanto al recurso material*, "descartables nunca faltaron, y que de hecho sobraron, si se vio limitado algunos sedantes para los pacientes bajo ventilación mecánica pero que de alguna manera podía brindarse una alternativa."*

"Estos recursos son necesarios para garantizar la atención de la persona en este campo de la salud, en donde se atiende la enfermedad aguda."

Sector Publico:

Delta en cuanto a la comodidad laboral, *"me siento bien, me encanta trabajar en esta institución y no me veo en ningún otro lado. Tuvo las condiciones acordes para garantizar la atención, pero la demanda es muy grande. En cuanto a puntos fuertes, es la capacidad de atención, debido a que el lugar cuenta con una superficie muy amplia, disponible para la atención de muchas personas, pero que sin embargo no es suficiente, que no se puede llegar a satisfacer la demanda de la región en la que se encuentra."*

"La parte administrativa es anticuada, aún se manejan historias clínicas en papel, lo cual permite la pérdida de información, la destrucción de archivos, que algunas cosas se encuentren tachadas."

Accesibilidad:

"*Fue accesible para todos debido a que no se negaba la atención y que se derivan con rapidez y eso descomprime el servicio, se intentaba todo el tiempo agilizar la atención."*

"*Sí tuvo una amplia disponibilidad de servicios y profesionales, fue escalonada. Durante el 2020 el espacio físico que se encontraba era mucho más chico que el que se destinó posteriormente, la primera ola fue en ese espacio y se recibe una demanda muy grande de personas"*

"Durante el 2020 se cortaron visitas, consultorios de especialidades no urgentes, y reconoce que hay pacientes que requieren de esos especialistas para continuar con su tratamiento, que terminaron reagudizados. Menciona otros servicios funcionaban solo con derivación de un médico clínico."

"El acceso a los turnos también es un punto débil, aún maneja la vieja costumbre de hacer fila a primeras horas de la mañana aparte de la escasa cantidad de turno que se dan por día."

Recurso humano y material:

"El recurso material jamás les faltó, aún no contamos con oxígeno central, pero si la presencia de tubos de oxígeno. En cuanto al recurso humano sí, que faltaban médicos y enfermeros en la atención del COVID. Estos recursos influyen de manera significativa para garantizar el acceso a la salud. Es importante la capacitación del personal médico y enfermero, durante el periodo del 2020 se tomaron profesionales con poca experiencia y eso atrasaba la atención, y que no se podía dar la suficiente rapidez para la atención que requiere el servicio."

Épsilon en cuanto a la comodidad laboral*, "amo el hospital, siempre fui defensora de la institución pública. El hospital ya no puede garantizar la atención a las personas, debido a que funciona el mismo modelo con el que fue creado, y la población de la ciudad ha ido en aumento sumado a las regiones que dependen del hospital, el deterioro de las instalaciones, la falta de recurso humano y de material dificultan la atención."*

Como punto fuerte, "*la institución permite una formación continua en los distintos servicios en los que le ha tocado participar. El servicio de guardia es de los puntos más fuertes, otros de los puntos es la autonomía cuando se trabaja."*

Accesibilidad

"El hospital es de renombre y abarca no solo la ciudad, sino que una región sanitaria, tiene múltiples accesos de distintos medios de transporte."

"T*uvo una buena disponibilidad de servicios ya que la construcción del modular en donde se atendió la urgencia de guardia COVID, que permite descomprimir otras áreas de la institución. Aun así, el recurso humano afectó a otras áreas, se suspendieron los turnos de quirófano con lo cual se postergan cirugías."*

Recurso humano y material

"Realmente afecta la atención, la situación anteriormente mencionada es el claro ejemplo, el vidrio que se consiguió permite una mejor vista de los pacientes sin necesidad de exponerse ingresando a las habitaciones, dando mayor facilidad de la atención. La falta de recurso básico como tensiómetros en las salas también se vio presente durante el periodo investigado."

En cuanto al recurso humano, "*se ven dificultades cuando toca trabajar con residentes de primer año que en muchos casos desconocen cómo se trabaja en la institución, además de las propias inseguridades de los profesionales."*

Rescata diferencias entre el enfermero de la institución pública y la institución privada, en cuanto a la forma de desenvolverse, los enfermeros de otras instituciones públicas suelen tener mayor habilidad cuando han ido a esta institución y no tanto los del privado.

Dseta en cuanto a la comodidad laboral, "*depende el rol que uno ocupa*, *en un periodo tuve muchísima responsabilidad porque muchas veces una se convierte en referente del servicio, sumado a la alta rotación de personal, y personal menos capacitado para el servicio."*

En un principio me vi obligada a trabajar sin monitores, sin saturómetros, las bombas de infusión continua se utilizaban para los pacientes que por su estado, la requieren prioritariamente, ante estos episodios no me sentía del todo bien trabajando, una quiere brindar un cuidado y por la falta de recurso no lo podes hacer."

En relación a la accesibilidad: *"El hospital es público y conocido regionalmente, como puerta de entrada es accesible, en un periodo aquellas personas que se querían atender, teniendo obra social los rebotaban temporalmente, para que fueran atenderse al sector privado y que del privado les decían que no había camas. En cuanto al acceso, el sistema público nunca cerró las puertas, pero si priorizo a aquellos sin cobertura médica. Una atención inicial se le brindaba a todas las personas y luego se hacían las derivaciones correspondientes."*

"Las condiciones para garantizar la atención de las personas estaba, no se explotó la infraestructura como debería, y en espacios que quedaron cerrados en periodos de la pandemia, quedo con todo el mobiliario y recursos que hubieran sido importantes para el servicio de terapia intensiva."

"Se tuvo que añadir camas a las salas para que pudieran ingresar más pacientes, se utilizaron respiradores antiguos, teniendo respiradores de última generación bajo llave. Las cuestiones de gestión, de quienes deciden, afectan al trabajador en ejercicio. Familiares que no pudieron despedir a sus seres queridos, debidos a que también se encontraban en periodo de aislamiento, madres que fallecieron los hijos, y no han podido despedirse ni en el hospital, ni la posibilidad de velarlos.

En cuanto a puntos fuertes es que, *"es público y nunca se le negó un espacio a las personas que ingresaban (independientemente si había camas disponibles), y menciona como el más importante la humanización con la que se atendió el personal, permitir que las familias ingreses con el EPP, las diferentes estrategias que realizó el equipo de salud para comunicarse con la familia, a través de cartas, dibujos, llamados telefónicos."*

“La institución no brindó una amplia disponibilidad de servicios, profesiones y tratamientos, sino que más bien lo que importaba era que las situaciones que se vivían en el hospital no trascienda los medios de comunicación, después si morían o no, dudo de la importancia que le dio la institución, esto se debe a que no se contrató personal idóneo, y que el personal que se contrató no tenía la formación ni la experiencia para el servicio, que no era momento de formar personal cuando el pico de la pandemia ya estaba ahí.”

“*Durante mucho tiempo las visitas estuvieron suspendidas, el acompañamiento familiar también, recién finalizando la pandemia se flexibilizan, pero algunos servicios han quedado herméticos. Es importante la presencia del familiar en la rehabilitación de la persona y como colabora con el cuidado.”*

“Existieron episodios en donde los médicos no se comunicaban con la familia del paciente, o que se hacían pocos intentos por comunicarse.”

Recurso humano y material

“*El recurso humano y material, fue limitado y mal gestionado” (*recursos bajo llave que no fueron utilizados en pleno pico de pandemia, como se menciona uno de los puntos débiles de la institución*) “para garantizar una atención de calidad, que no solo influyen en garantizar el acceso a la salud, sino también el derecho a una salud de calidad.”*

“El caso del grupo itinerante de profesionales que llegó a la ciudad fue en el momento en el que el pico ya había disminuido, suponiendo una mala gestión del recurso humano.”

“El personal no capacitado para el servicio de área crítica, influye en el retraso y una disminución de la calidad de atención, siempre y cuando lo pongan a la par, esto implica que uno haga su trabajo, el de tu compañero que no sabe hacerlo y además, enseñarle. En cambio, si funciona como un refuerzo de las enfermeras que se encuentran atendiendo, sino se corre riesgo de que uno cometa errores y la persona que está aprendiendo también.”

En cuanto a la comodidad laboral, en el servicio privado se sienten cómodos, Gamma menciona que le encanta su profesión y en donde se

desempeña pero que tiene demasiadas críticas a la institución. Así mismo Dseta menciona que se disfruta su trabajo dependiendo el rol que ocupa, que la carga por ser referente en algunos momentos se vuelve algo tedioso para el desempeño profesional.

Desde el aspecto público se destaca mucho la pasión y el amor para con la institución, cosa que no se menciona en el sector privado sino más bien como pura y estrictamente laboral/profesional.

El punto fuerte de las instituciones privadas es la constante remodelación de los sectores, más allá de que se menciona en una entrevista que no se contaba con oxígeno central, como punto débil, el fuerte era que podía ir corrigiendo durante la marcha, en el sector público se destaca mucho la construcción de los modulares para descomprimir las salas ya existente, lo cual deja entrever que hubo una planificación anticipada para el sector público en cuanto a la lucha que se le daba a la pandemia, y en el sector privado, simplemente se destinó el servicio que peor aspecto estético tenía, quedando los sectores nuevos previamente construidos para la atención de cirugías (teniendo en cuenta que las instituciones privadas se sostienen en su mayoría por los ingresos generados por cirugías).

Una diferencia marcada en los recursos materiales es la amplia disponibilidad de estos en el sector privado, y solo mencionando una escasez transitoria pero suplida por alternativas, cosa que en el sector público se ve mucho más escaso. En cuanto al recurso humano, exceptuando la guardia del sector privado en donde siempre fueron el mismo personal de planta, el resto menciona la alta rotación de personal, ya sea nuevo para un servicio de internación general, como inexperto para un área como UTI o la guardia, generando dificultades o retraso en la atención.

El sector privado tiene sobradas instalaciones para garantizar la atención de las personas, el hecho de no hacerlo o de que por momentos no haya el personal en otros servicios como imágenes y laboratorio, es pura y exclusivamente presupuestario, no invertir en estas áreas. En el sector público se menciona que las condiciones existen y que en algunos casos no se explota

como debería. como en el uso de respiradores antiguos por que los nuevos se encontraban bajo llave y una crítica a quienes gestionan esto.

Una similitud es la crítica hacia la gestión/supervisión, que siendo enfermeros/as no ejercen ese lugar de legítimo poder para poder hacer los reclamos, o conseguir el instrumental necesario para realizar el trabajo.

La amplia diferencia entre estos sectores existe en el acceso a la atención, el sector público destaca que nunca se le negó la atención, aun sin haber espacio físico, pero que cuando se daba una atención inicial se podían hacer las derivaciones correspondientes, además de anexar camas a las salas para que ingrese más gente, esto habla del esfuerzo no solo de enfermería sino institucional para garantizar que se atienda la persona, en el sector privado el sistema funciona si posees prepaga, obra social, o dinero, sin estas tres variables la atención no se puede brindar, además de que se vieron casos de instituciones que tenían la guardia cerrada por faltante de espacio, siendo que hay sectores de internación destinados solo a ciertas prepagas por gozar de un prestigio económico/social. Las instituciones públicas redoblan esfuerzos, desde el primer contacto con la persona, hasta el último por garantizar un acceso o una atención mínima.

4.1.4 Percepción sobre el rol de la Enfermería en la defensa del Derecho a la salud.

Alfa, *“el rol de la enfermería fue el manejo del equipo de protección personal, como usarlo en el acompañamiento de sus familiares, y brindar información sobre cómo evitar contagios en sus casas a otros familiares. El hecho de entrar vestidos, todos tapados con el equipo, quitó la posibilidad a los pacientes y sus familias, que nos conozcan, no se tenía contacto y esto generaba aún más miedo en las personas que atendemos.*

“*Se vulnero el derecho a la salud completamente, el caso más puntual es cuando había que decidir si se internaba a una persona por sobre otra solo por el hecho de tener más expectativa de vida. enfermería no participa de esta decisión, que, si se debate con el médico de guardia, pero no es decisión de*

enfermería en esta institución, más que brindar contención tanto al paciente que tenía que seguir su internación en terapia, así como al que no."

"No me ha tocado participar en la elaboración de estrategias de atención, ni en innovación de cuidados y / o protocolos."

Si menciona cuidados y "mañas" laborales, que permiten un desempeño más cómodo en el ejercicio del día a día, si se compara el primer día, a el último tramo de pandemia aguda, pero no fue registrado en ningún lado.

Beta "*el rol de la enfermería es tratar de hacer más ameno la internación, y la atención por guardia, en muchos casos, se realizaban tareas que no pertenecían al área de enfermería, cómo retirar bolsas de residuos, controles que necesitaban los médicos, sacar sangre para el laboratorio, a fin de evitar la exposición de los compañeros. En cuanto al equipo de salud, enfermería tomaba muchas más responsabilidades no solo para cuidar a los compañeros del equipo, sino para poder brindar la atención en tiempo y forma."*

"La comunicación con la familia, explicarle el proceso que se estaba atravesando, contener emocionalmente al paciente, más en los casos de adultos mayores."

"*El rol desde la guardia es guiar a la persona a cómo proseguir con el tratamiento una vez dada de alta en ese servicio, se le asistió a cómo sacar turnos, se le recomendó especialidades, se brindó enseñanza para la salud, reforzar pautas de alarmas."*

No me tocó participar al menos de forma escrita/formal, en la elaboración de protocolos e innovación de cuidados, si destaco modificaciones por encima de la organización, protocolos o tratamientos a fin de agilizar el trabajo, mejorar la comodidad de trabajo, y mejorar la calidad de atención. En líneas generales es readaptar la dinámica de trabajo a la comodidad de enfermería."

Gamma, *"el rol de la enfermería es con la defensa del derecho a la salud, en su ámbito de trabajo, es poder comunicarse con la persona manifestándose acorde a las necesidades de esta, si quiere rechazar el tratamiento o irse de alta*

voluntaria está en todo su derecho, pero siempre dejando en claro las consecuencias que eso puede atraer."

Otro rol que menciona, "*el nexo entre el paciente con el médico o con la institución, las prácticas encarnizadas a prolongar tratamientos cuando este se niega a recibirlos pasando por alto la voluntad y el derecho a decidir."*

"La enfermería no es solo cumplir indicaciones, sino que brinda cuidados y toma decisiones, que tiene poder en el cuidado de la salud de las personas, aun así cuando son los mismos familiares los que vulneran la capacidad de decidir, por ejemplo cuando le han sacado foto a pacientes intubados."

"Creo que el derecho a la salud se vulnero, en lo mencionado en la pregunta anterior, así como también en la despersonalización que se vive en ese servicio y que no viene solo de pandemia pese a que se acrecentó en ese periodo."

"Fui consultado en la elaboración de los protocolos del servicio mucho antes que explotara el pico de la pandemia, se tuvo mucho en cuenta al servicio de enfermería, pese a que cuando se menciona el éxito o no del protocolo, es el jefe del servicio quien se lleva el mérito."

Delta:

Delta, *"el rol de enfermería es fundamental, durante ese periodo no hubo personal administrativo en la institución, lo cual recayó sobre enfermería la elaboración de documentos, la toma de datos, aparte de las actividades inherentes a la disciplina."*

"No es que se vulnero el derecho a la salud, sino que el desconocimiento llevó a realizar acciones que alteran el derecho a la salud, y en cuanto se percibió los distintos episodios que podían ir en contra de garantizar este derecho se pudo ir cambiando."

"Se creó de manera informal una red con las ambulancias, que al momento de traer pacientes, donde el personal de las ambulancias podian comunicarse con el personal de enfermería y médico del servicio para poder

acercar hacia la institución una persona que requiere algún tipo de atención de guardia."

"Participé en elaboración de una ficha de enfermería avalada por la institución, es como una guía de valoración exclusivamente del servicio, que permite ordenar la información de cada paciente que iba ingresando."

Épsilon, *"el rol de la enfermería es el constante trato con las familias y no solo de las personas atendidas, la lucha por el salario digno, y que el rol constante es enfrentarse a cuestiones desconocidas como lo fue la pandemia. Destaca un rol también de gestión de la enfermería, cuando las personas contagiadas y los contactos estrechos salían de carpeta bajo aislamiento como se los cubre en el servicio y también mención el abuso de estas situaciones descrito como una "avivada" del personal y como se abusa de esta circunstancia. Es un tire y afloje, las malas condiciones salariales y de trabajo, son inversamente proporcionales a la respuesta del personal en cuanto a su compromiso por el trabajo."*

"Con un compromiso por parte de los profesionales a la hora de atender, realizando las tareas acordes, con respeto de lo ético y lo moral, no deberían existir los desfases en la atención ni abuso por parte del personal."

"No me tocó participar en la elaboración de protocolos, lo que sí disentir con protocolos establecidos, debido a que no se podían cumplir con la rectitud que se esperaba. Se modificaron formas de trabajar de manera no escritas, que mejoran el proceder de las prácticas enfermeras, pero no quedaron plasmadas como protocolos o innovaciones en ningún momento."

Dseta, *"el rol de la enfermería es esencial, en el segundo nivel de atención, en el cuidado y recuperación de la salud, y en el primer nivel de atención en cuanto a la campaña de vacunación más grande de la historia de la Argentina. El rol de la enfermería dentro de la sociedad se pudo visibilizar a gran escala, y que enfermería fue un eslabón clave."*

"*El episodio de la pandemia abrió la puerta para que la enfermería crezca, para invertir en formación, no solo en el número de enfermeros sino también en*

la calidad, uno tenga como meta, especialidades, maestrías, residencias. Abrió la puerta a la inversión desde los estados."

Es importante tener en cuenta las secuelas psicoemocionales con las que quedó el personal de enfermería, compañeras que han quedado con tratamiento psiquiátricos, el caso de una enfermera que se quitó la vida y consumo problemático de sustancias intravenosas.

"En la institución no se realiza mucha investigación, y no le tocó participar en la elaboración de protocolos o innovación de cuidados. Pero reconoce las formas no escritas de proceder, dentro del ejercicio profesional. Ejemplo de esto es, como preparar una habitación para aislamiento, qué cantidad de cosas tienes que ingresar a cada habitación para no tener interrupciones durante la atención, y no depender de que alguien fuera de la habitación te alcance las cosas."

Sobre el rol de enfermería, desde el sector privado se aboca muy plenamente a lo asistencial, ya sea desde la atención básica, como la enseñanza de las personas y familiares, pero siempre dentro del marco institucional, en el sector público, el rol varía entre los asistencial y lo social, se destaca mucho el rol social de enfermería, ya sea por la lucha del salario digno, la mejora de las condiciones laborales, también estas condiciones de trabajo y salario, son inversamente proporcionales a las respuestas profesionales del persona, a más precariedad, mayor incumplimiento o abandono del deber.

El cuidado que ofrece el profesional de enfermería se centra en la persona y su interacción con el entorno, el objetivo del profesional debe ser esencialmente, para el beneficio de la persona, hecho que conlleva a que su trabajo sea centrado en ella, su familia y la comunidad.[66]

El sector público se involucra mucho más en los aspectos sociales, donde se mencionan hasta secuelas emocionales de los propios compañeros, y casos de suicidios, se entiende perfectamente el rol social que ocupa enfermería, aun con las dificultades que se tiene para que se nos escuche la voz.

[66] De Arco-Canoles Odel C. Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018;20. Pp 174

Desde el sector público si se visualiza una mayor participación de enfermería en protocolos y formas de atención que beneficiaron la dinámica de trabajo, así como también mayor autonomía, en el sector privado no, y en el único caso que se mencionó, el “crédito”, se lo lleva un jefe de servicio que es profesional médico, así como también aquellos casos en donde se ha mencionado que los médicos tratan de ignorante a las personas atendidas, o desacreditan prácticas enfermeras.

En resumen, en este capítulo sobre los datos recabados, se puede afirmar que se responden de la siguiente manera los objetivos particulares. Se logra reconocer la percepción del personal de enfermería en cuanto al concepto del derecho a la salud, donde se destaca la accesibilidad como pilar de este derecho, no solo el acceso físico sino la autonomía para la elección de cada persona, así como también se destaca rol del estado como garante de derechos.

En cuanto al segundo objetivo específico de identificar los sentidos que le atribuye el personal de enfermería en el momento de atención respecto a las condiciones de infraestructura, en el ámbito privado se cuenta con una mayor capacidad operativa de la infraestructura, y se menciona en aquellos casos en donde no estaban las condiciones infraestructurales dadas, como se adecuaron en el transcurso de la pandemia, así también hay servicios que quedaron de igual manera, pero que debido al aumento de los requerimientos de atención, los espacios quedaron chicos para la atención. En el sector público se destaca la construcción de los modulares y como esto permitió elaborar mejores estrategias de atención, pero como también inclinó los esfuerzos de atención hacia la pandemia, aun existiendo graves problemáticas en otros servicios que siguieron sin resolverse.

En relación con el tercer objetivo específico, la percepción de enfermería sobre el estado de comodidad laboral (seguridad física global, percepción de recursos). Desde el sector privado, no manifiestan descontentos con su profesión, si con la institución, en los tres entrevistados, se destaca que el recurso material no faltó, que el recurso humano no fue suficiente ni bien capacitado, como se designaba las personas para la internación o el tratamiento, el hecho de que sean instituciones privadas, y la posibilidad de negar la atención. Otra de las cosas que se destacan en las entrevistas es que están conscientes

de que la institución tiene las condiciones adecuadas para garantizar el derecho al acceso a la salud.

En el sector público en cuanto a la comunidad laboral se destaca la falta de profesionales tantos médicos como de enfermería, ya que la demanda de gente en la institución es demasiada y no puede garantizar la atención, si bien tiene las condiciones para dar atención, la cantidad de gente que se acercó durante la pandemia fue incrementando hasta que se saturo la institución. La mal gestión del recurso, que hizo que algunos respiradores se encuentran encerrados sin uso, y la alta necesidad de estos dispositivos que privaron la progresión de los tratamientos en pacientes que lo requerían, otros de los problemas que más se destaca es la falta de personal experimentado, que muchos profesionales eran nuevos en sus disciplinas y eso acarrea inconvenientes, formar al personal nuevo durante la marcha, la posibilidad de cometer una iatrogenia, enseñar erróneamente y la sucesión de errores que eso puede llevar.

Como se menciona en el artículo “Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud, desde su enfoque cualitativo”, *el rol de la enfermería en la crisis de los recortes, de cómo el profesional de enfermería debe tener la responsabilidad de defender el derecho al acceso a la salud, de forma segura y gratuita. De este modo, las enfermeras tienen como principal compromiso, asegurar, proveer, el derecho a la salud en la doble vertiente que tiene este derecho básico dentro de un Estado de Bienestar: ofreciendo la prestación sanitaria necesaria, es decir, proporcionando el cuidado, y actuando como correctora de las desigualdades de origen.*

En cuanto al cuarto objetivo específico, sobre la identificación de situaciones o factores que vulneren el derecho a la salud, se pudo determinar que:

En el sector privado, se describen situaciones en la atención de guardia de tener que negar la atención por falta de espacio, la existencia de servicios tercerizados que retrasan la atención congestionando aún más la guardia, se menciona cómo se suspendieron turnos de especialistas, y que aumentaba la demanda de estas personas en guardia, y que sus problemas de salud solo se

podían resolver de manera transitoria. En las áreas de internación se menciona cómo se elegían a las personas con mejor probabilidad de vida para la progresión de los tratamientos, la ausencia de visitas, la coacción sobre la decisión de las personas para decidir sobre sus tratamientos, además de destacarse el hecho de que, al ser un sector privado, si no posees obra social, prepaga o dinero para costear el tratamiento, no se te atiende. En los tres entrevistados la respuesta a si se vulnero el derecho a la salud es un sí, sin mayores preámbulos.

Como menciona Durante en la página 16 del marco teórico "*El reto como profesionales de la enfermería es rescatar la concepción compleja de la persona no como un objeto de cuidado, sino como un sujeto de cuidado, cuyas necesidades se expresan durante el ciclo natural de la vida, como el nacimiento, el crecimiento y desarrollo, la reproducción, la vejez e incluso en el proceso de muerte; asimismo se reconoce que la persona posee dimensiones física, social, cultural, espiritual y afectiva que interactúan con el contexto, medio o espacio circundante en el cual vive, de ahí es deseable que la praxis sea el espacio donde se promueva el cuidado la vida en la cotidianidad, mediante un proceso de comunicación, identificación, comprensión, empatía y proyección que logre la transformación cultural de individuos y comunidades en el autocuidado, preserve, optimice su salud y la del medio ambiente"*

En el sector público, en este sector, se tuvo que desdoblar la atención hacia aquellas personas que más lo requieren, cuando el sector privado empezó a cerrar sus puertas y la población se trasladó hacia lo público, la situación de los consultorios de otras especialidades se ve igual afectada que en el sector privado, con aumento de las patologías no urgentes pero crónicas, en el servicio de terapia intensiva se menciona que ingresaban sólo aquellos que tuviesen la posibilidad de sobrevivir, y que a personas de mayores de 75 años no se les progresaba el tratamiento (solo quedaban con oxigeno por mascara de reservorio siendo necesaria la asistencia respiratoria mecánica), en el caso de las entrevistadas en el sector público también manifiestan que fue vulnerado el derecho al acceso a la salud. Esto entra en colisión con lo que menciona el Código ético de enfermería, *"Dispensar cuidados focalizados y culturalmente*

apropiados que respeten los derechos humanos y sean sensibles a los valores, costumbres y creencias de las personas sin prejuicios o discriminación injusta, Cumplir con las obligaciones y responsabilidades éticas de las enfermeras y reafirmar activamente los valores e ideales de la profesión. Las y los enfermeras/os comparten con la sociedad la responsabilidad de poner en marcha y mantener intervenciones encaminadas a satisfacer las necesidades de salud y sociales de las personas."[67]

Aun cuando pueda mantenerse el nivel de gasto en relación con el producto, la nueva relación cambiaria define un nivel exiguo en términos de insumos importados, medicamentos y otro tipo de tecnología cuyos costos estén asociados al tipo de cambio. Sin duda esta crisis afecta con m ayor fuerza a la seguridad social y al sector público. La primera por tener sus ingresos asociados al salario y el segundo por la grave crisis fiscal.[68]

Como se describe en el código del CIE, la enfermería tiene como destino en el sector asistencial, practicar comportamientos éticos y desarrollar estrategias para afrontar el sufrimiento moral durante crisis emergentes como epidemias o conflictos. Diseñar protocolos para prevenir y abordar problemas laborales como intimidación, violencia, acoso sexual, fatiga, seguridad y gestión local de incidentes. Participar en estudios sobre ética y cuestiones éticas laborales en todos los ámbitos. Prepararse y responder ante emergencias, desastres, conflictos, epidemias, pandemias y situaciones de escasez de recursos. Participar en los esfuerzos a favor de los derechos humanos, como prevenir y detectar el tráfico ilegal de personas, ayudar a las poblaciones vulnerables, impartir educación universal y mitigar el hambre y la pobreza.[69]

---

[67] Código Internacional de Enfermeras, Código de Ética del CIE para Enfermería, Revisado año 2021. Pp 7,8 y 11

[68] Cetrángolo O, Devoto F, ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual, año 2002, Pp 25

[69] Código Internacional de Enfermeras, Código de Ética del CIE para Enfermería, Revisado año 2021, Pp 17, 18 y 20

Capítulo V

5. Conclusión

El objetivo general de este trabajo fue conocer las percepciones de los profesionales de Enfermería respecto al acceso al derecho a la Salud en instituciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata durante la pandemia por Sars-Cov-2 en el año 2020. Los datos recabados más importantes fueron que durante este periodo, nuestro sistema de salud sufrió distintas fracturas que fueron en detrimento del derecho al acceso a la salud, desde la falta de personal, recurso, esfuerzos orientados solo a la pandemia, dejando de lado otras áreas de la salud, sueldos magros, estrés laboral, pluriempleo, sobrecarga laboral, y la necesidad de que la disciplina enfermera se involucre aún mucho más en las problemáticas de salud, como pilares fundamentales de la defensa del derecho al acceso a la salud y como lo sugiere nuestro código ético.

Los profesionales entrevistados coincidieron en su totalidad que, durante la pandemia, se vio vulnerado el derecho al acceso a la salud, se destaca también en el ámbito privado, la escasez de autonomía, la relegación a tener un rol secundario, y la poca participación en la toma de decisiones. En el ámbito público, se destaca una mayor participación en la toma de decisiones, pero que se ve inmersa en un sistema que lleva décadas multifragmentado y desfinanciado, pero se destaca la labor provincial de la construcción de los modulares para la atención de pandemia. Hay unanimidad al decir que se enfocó todos los esfuerzos en la atención de la pandemia y se dejaron de lado otras áreas, se suspendieron tratamientos, turnos, etc. de patologías no urgentes.

Este trabajo aporta conocimiento de lo percibido de nuestras instituciones, tanto públicas y privadas, con respecto a lo que se vivió en la pandemia, y el impacto que esta tuvo en el acceso a la salud, desde el aspecto asistencial, y como nos paramos frente a estas injusticias. Sin la intención de elaborar un manifiesto de esta investigación, sí nos sirve además para replantearnos el presente y futuro de nuestra profesión, el rol que debemos ocupar como brazo fuerte en la defensa del derecho al acceso a la salud, ya sea en el sector público como en el privado, la constante lucha de nuestra disciplina, por mejores salarios, condiciones laborales, así como también una mayor inversión en salud.

Bibliografía.

- Aday l, Andersen R. (1974). Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. Health Service Research. 9(3):208-220.
- Alberdi Castell R, Cuxart Ainaud N. (2013) Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud. Metas Enfermeras 16(10): 21-27.
- Alcántara Moreno G, La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad, Universidad de Los Andes, Sapiens v.9 n.1 ene. 2008
- Ase I. Burijovich J. (2009.) La estrategia de Atención Primaria de la salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud Colectiva. 5(1): 27 – 29
- Bolívar A. (2002). "¿De nobis ipsis silemus?": Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. Revista Electrónica de Investigación Educativa. http://www.scielo.org.mx/pdf/redie/v4n1/v4n1a3.pdf
- Bolívar A. (2010). La investigación biográfico narrativa en educación. Entrevista a Antonio Bolívar. https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/r_educ/article/viewFile/14/58
- Bolívar A. Domingo J. Fernández M. La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y Metodología.
- Ballesteros M. Freidin B. Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Revista Salud Colectiva. Argentina. P 523.
- Cassiani SHB, Munar Jiménez EF, Umpiérrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernández C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de

las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. Rev. Panam Salud Publica. 2020;44:e64. https://doi. org/10.26633/RPSP.2020.64

- Cerdá, J. M. (2010). El sector salud en la Argentina de los 90'. Controversias acerca de las Obras Sociales Sindicales. *Astrolabio*, (2). Recuperado a partir de https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/173
- Chiara M, Crojethovic M, Ariovich A. El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macro institucional. Salud Colectiva. 2017;13(4):663-676. doi: 10.18294/sc.2017.1312.
- Cristina Romero Chaves. (2005). La categorización, un aspecto crucial en la investigación cualitativa. 26/11/2022, de https://www.researchgate.net/. Sitio web: https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Romero-Chaves/publication/355197283_LA_CATEGORIZACION_UN_ASPECTO_CRUCIAL_EN_LA_INVESTIGACION_CUALITATIVA/links/61670b4b8ad119749b134f73/LA-CATEGORIZACION-UN-ASPECTO-CRUCIAL-EN-LA-INVESTIGACION-CUALITATIVA.pdf
- "Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería". Interamericana McGraw-Hill - España, 1993.
- De Arco-Canoles Odel C. Suarez-Calle ZK. (2018) Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018;20(2):171-182. DOI: http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121
- Diaz Bravo L. Torruco García U. Martínez Hernández M. Varela Ruiz M. (2013) La entrevista, recurso flexible y dinámico, Departamento de Investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México
- Donabedian, A. Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, INSP/FCE , 1988:772 pp.
- Durante, S. El acto de cuidar, genealogía epistemológica del ser enfermero. El Uapití. Unidad II, III y IV.
- Frenk J. (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública de México. 27(5): 438-453.

- GALEANO MARÍN, María Eumelia. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Medellín: Fondo editorial universidad EAFIT, 2004.
- García Hernández, L. Gómez, B. Beccerril Cárdenas, L. Monroy Rojas, Araceli. (2009). Cuidados de la salud: Paradigma del personal de Enfermeros en México - La reconstrucción del camino. Escuela Anna Nery, Revista de Enfermería.
- González R M, Bracho C, Zambrano A. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. Revista Salus. 2002;6(2) [Consultado 9 de febrero de 2022]. Disponible en: http://bit.ly/1xzlyXm
- Goodson I. (2003). Hacia un desarrollo de las historias personales y profesionales de los docentes. Aporte de discusión temática. P 733-758.
- Morrone B. (2016) Soltando Amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina. 5ta edición. Capítulo II. P 93 -135
- Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19 : orientaciones provisionales, 1 de junio de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Nightingale, F. “Notas sobre Enfermería, qué es y qué no es”. Masson-Salvat. España, 1993.
- Orem D. Enfermería: Conceptos de práctica. New York: McGrawHill; 1971.
- Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E. “Reflexión teórica sobre el arte del cuidado”. Enfermería Universitaria UNAM, 2017. P 191 - 198.
- RAMACCIOTTI, Karina Inés. La salud pública en la Argentina en tiempos de coronavirus. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.28, n.1, jan.-mar. 2021, p.301-305.
- Sanabria Triana L, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev. cubana Educ Med Super 2002;16(4). [En línea] http://bvs.sld.cu/ revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm.
- TORRES, Alfonso. Estrategias y técnicas de investigación cualitativa. Bogotá: Afán gráfico, 1998.

- Torres Mesías, Á. Investigar en educación y pedagogía. Pasto: Universidad de Nariño, 2002.
- Urbino, P. (marzo, 2017). DELS. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Estado y salud en Argentina: una aproximación histórica.* Recuperado de: https://salud.gob.ar/dels/entradas/estado-y-salud-en-argentina-una-aproximacion-historica
- Vedi S Donabedian. (1988) Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, INSP/FCE, 772 pp.
- Watson J. Nursing: Human science and human care: A theory of nursing. Norwalk CT: Appleton-Century-Crofts; 1985. p. 29.

Anexo N° 1 Consentimiento informado.

Consiento participar en este trabajo de investigación llamado *"Percepción del profesional de Enfermería sobre el Derecho al acceso a la salud en el contexto de pandemia por Sars-Cov-2. Una mirada desde un enfoque narrativo. Estudio en instituciones públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata".* En caso de ser necesario, autorizo la utilización de nombre de pila o seudónimo en dicha investigación.

Mi participación en este estudio de investigación es enteramente voluntaria y soy libre de negarme a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

Solicitamos tenga a bien ingresar su nombre y apellido y un correo electrónico, por cualquier eventualidad y para la devolución de las conclusiones. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

En caso de participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé a las preguntas conformadas en el guion de la entrevista.

2. Para agilizar la toma de información, dicha entrevista será grabada, ya sea de forma presencial o plataforma digital según conveniencia del entrevistado.

Toda la información recabada en esta entrevista será considerada confidencial, a fin de ser usada solamente en esta investigación. La metodología utilizada para la recolección de datos será la grabación de videollamadas en caso de ser soporte virtual y la grabación de voz en caso de ser presencial.

FIRMA: ……

NOMBRE Y APELLIDO: ……

CORREO ELECTRÓNICO: ……

FECHA: ……

FIRMA DEL INVESTIGADOR: ……..……

Anexo N° 2, Guion de entrevista.

Guion de la entrevista en profundidad.

¿Cómo describirías la Enfermería?

Una descripción de la profesión puede indicar el tipo de paradigma con el que fue formado el profesional y si aplica o no este paradigma a la práctica, los modelos científicos que fueron suscitando a través de la época y con el cual hoy la enfermería argentina se rige, varía entre una institución de formación y otra.

¿Cómo conceptualiza la salud? Y ¿cómo definiría un Derecho?,

El concepto de salud ha ido fluctuando con el tiempo, desde la ausencia de enfermedad hasta procesos dinámicos desde un enfoque de derechos humanos.

¿Cómo define el Derecho a la salud?

¿Durante el año 2020 y más específico, en la pandemia, percibe que se vio coartado este derecho? En caso de que así sea, especificar.

¿Cómo te sentís trabajando en esta institución? ¿Percibes que tiene las condiciones acordes para garantizar la atención de las personas? ¿podrías mencionar puntos que creas fuertes y débiles de las cuestiones edilicias de la institución?

¿Percibe que la institución tuvo una disponibilidad amplia de servicios, profesionales y acceso a tratamientos durante la pandemia?, defina los más presentes y los más escasos en el caso que lo hubiere.

¿Percibe que fue accesible para todos durante la pandemia? En cuanto a ubicación geográfica, alcance de la población, y en cuanto al acceso que tienen las personas a la información de este.

¿Percibe que pudo ser respetuoso de la ética en la atención y culturalmente apropiados?

En cuanto al recurso hospitalario, tanto humano como material. ¿Percibes que es suficiente para garantizar la atención? ¿Percibes que estos recursos influyen en garantizar el derecho al acceso a la salud?

¿Desde el inicio de la pandemia le parece que se han instalado ciertas formas de proceder que van en contra de la accesibilidad y el derecho a la salud? Un ejemplo de esto es, reducción de horario de atención, limitación en la visita, limitación en los acompañantes por sujeto de cuidado.

¿Cuál crees que es o fue el rol de la Enfermería?, ¿Crees que se vulnero el derecho a la salud?, ¿Cuál crees que es el rol de la Enfermería ante esto?

¿Ha participado en la elaboración de estrategias de atención durante la pandemia en la innovación de cuidados y/o protocolos?