

Salud pública y desafíos en la ciudad de Rosario.

Valeria Venticinque

UNR/UNR/UCU

Correo: valeriaventicinque@yahoo.com.ar

1 Introducción

El sentido de este trabajo es poder poner en discusión la noción de ciudadanía que presuponen las políticas sanitarias argentinas, en un contexto de creciente desigualdad en la distribución del ingreso y la orientación expulsiva de un mercado de trabajo cada vez más precarizado que impactó en el empeoramiento de las condiciones de vida de amplios segmentos poblacionales, haciendo que el universo de la pobreza urbana se ampliara y se complejizara. En este escrito se expondrá en el primer apartado un breve análisis sobre la noción clásica de ciudadanía y sus críticos, en el segundo apartado daremos cuenta de una investigación realizada en la ciudad de Rosario, Argentina, donde analizaremos los distintos ejes de la política sanitaria argentina, aquí trabajaremos también con información primaria, fruto de una investigación realizada (2012-2013), buscando establecer el impacto de las reformas sanitarias de los años '90 en los gobiernos locales. Finalizando ensayaremos algunas conclusiones provisionarias.

El sentido de este escrito es poder poner en discusión la noción de ciudadanía que presuponen las políticas de salud del Municipio de Rosario¹, en un contexto decreciente desigualdad en la distribución del ingreso y la orientación expulsiva de un mercado de trabajo cada vez más precarizado que impactó en el empeoramiento de las condiciones de vida de amplios segmentos poblacionales, haciendo que el universo de la pobreza urbana se ampliara y se complejizara.

¹Las reformas comienzan en 1996, sin embargo analizaremos el período 2003-2010.

Vemos la necesidad de abordar la poco tratada situación socio-sanitaria en unidades geográficas pequeñas, circunstancia que se repite y es señalada como una necesidad para avanzar en la generación de información relevante para el diseño de políticas públicas, creando un puente de comunicación entre la esfera de la investigación y de la gestión.

Así, este escrito, visitará a Nancy Fraser quien plantea un ideal que probablemente no deberíamos dejar de anhelar, así la autora señala que las soluciones pueden darse mediante políticas de tipo afirmativo o transformativo, las denominadas de redistribución se dan en el marco de las que hemos elegido denominar democracias liberales teniendo por función solucionar las inequidades del contenido de los acuerdos sociales, en cambio las políticas transformativas están dirigidas a corregir esos resultados, pero reestructurando el marco general que los ocasiona

2. Representaciones teóricas

Bustelo (1998) destaca como toda política social puede ser pensada como el conjunto de instrumentos para operacionalizar e implementar distintos modelos de ciudadanía, así nos propusimos establecer una discusión acerca de la noción de ciudadanía y luego estableceremos cuál es de nuestra preferencia. Marshall hipotetizó acerca de la forma en que se desarrolló la ciudadanía, así señaló que sociológicamente hay un tipo de igualdad básica asociada al concepto de la pertenencia plena a la comunidad, la idea de ciudadanía, no es inconsistente con las desigualdades que diferencian a los distintos niveles socioeconómicos de la sociedad. La ciudadanía social no podría compensar la lógica de la desigualdad de mercado y la extensión de los beneficios sociales no apunta a la igualdad de ingresos. La ciudadanía no alteraría el patrón de la desigualdad social, en tanto la desigualdad de ingresos se convierte en algo más tolerable, enmarcada dentro de la esfera de los consumos privados.

¿Pero de qué hablamos cuando nos referimos a la noción de ciudadanía? La respuesta, si se quiere más coherentes es jurídica: el hecho de haber nacido o vivido una cantidad de tiempo en un país otorga a un individuo una carta de ciudadanía. La posesión de una carta de ciudadanía indica que el individuo es titular de derechos y obligaciones, iguales para todos los ciudadanos, organizados en forma de un marco jurídico que el ciudadano está obligado a respetar y proteger, y cuyo respeto y protección puede exigir. Así, la carta de ciudadanía convierte

automáticamente a un individuo en sujeto y objeto del derecho local, presentándose como un haz de derechos y deberes. (Andrenacci, 2003: 3).

El ciudadano es sujeto en tanto miembro del cuerpo político del Estado, así ciertos principios de representación regulan el derecho de los ciudadanos a participar directamente o indirectamente; en este sentido los varones y las mujeres son ciudadanos objeto del derecho porque deben aceptar someterse al conjunto de reglas que establece el cuerpo de ciudadanos. El sistema de derechos y deberes tiene efectos materiales de variable intensidad que tienden a consolidar una posición del ciudadano en su formación social. La ciudadanía es, en segundo lugar, una forma de codificación de las relaciones entre los ciudadanos y el Estado, el ciudadano es una suerte de deudor y acreedor del Estado: deudor porque debe contribuir a su protección y sostén; acreedor en la medida en que puede exigirle protección y respeto, además de una serie de garantías materiales de diverso tipo generalmente expresadas en constituciones escritas. La ciudadanía termina materializando, desde este punto de vista, una suerte de status jurídico, político, socioeconómico. (Andrenacci 2003:3-4). Pero considerar a la ciudadanía como haz de derechos y considerarla como un status no es necesariamente lo mismo, no parte de los mismos supuestos, ni tiene las mismas consecuencias teóricas.

Cuando se piensa a la ciudadanía como haz de derechos se resalta su aspecto universal e igualitario, y la situación de desigualdad, los procesos discriminatorios y excluyentes de los sistemas sociales reales aparecen como fallas, rémoras o perversiones que obstaculizan el pleno desarrollo de un igualitarismo y un universalismo que serían inherentes a la ciudadanía. Cuando se piensa a la ciudadanía como status se parte del supuesto que los derechos tienen efectos materiales de intensidad variable; y que por ende la desigualdad, los procesos discriminatorios y excluyentes son parte de la propia lógica de la ciudadanía, resalta el valor igualitarista y universalista de la ciudadanía como haz de derechos y lo utiliza como ariete en una crítica de las desigualdades materiales que los sistemas sociopolíticos y socioeconómicos contemporáneos deberían terminar de resolver. En la formulación clásica de Thomas Marshall, la ciudadanía es aquel status que se concede a los miembros de pleno derecho de una comunidad, sus beneficiarios son iguales en cuanto a los derechos y obligaciones que implica. Aunque no existe un principio universal que determine cuáles son los derechos y obligaciones, las sociedades donde la ciudadanía es una

institución en desarrollo crean la imagen de una ciudadanía ideal que sirve para calcular el éxito y es objeto de las aspiraciones.

Existen no pocas críticas con respecto a la teorización realizada por este autor en primer lugar como señala Luciano Andrenacci (2003), quien se enroló en la fila de sus críticos, resulta importante no caer en el simplismo “marshallista” de asociar mecánicamente ciudadanía y derechos, haciendo de la primera una pirámide acumulativa de fueros concedidos de una vez y para siempre. Cada expansión de la capacidad política y cada neutralización de las desigualdades socioeconómicas en las sociedades modernas es fruto de un conflicto que la coagulación jurídica no cierra del todo. Además, la elaboración teórica de Marshall (1998), es objetada por tratar a los derechos civiles como una categoría homogénea, estos derechos, tales como la igualdad ante la ley y la libertad individual fueron reivindicados y conquistados por la burguesía en emergencia; en el mismo sentido los derechos económicos, como la libertad de conformar organizaciones sindicales, el derecho a huelga surgieron fundamentalmente a partir de la lucha obrera.

Si los derechos civiles individuales tendieron a confirmar el imperio del capital, los derechos económicos lograron amenazar el funcionamiento del mercado capitalista, pero todos estos se lograron mediante largas luchas que dejaron no pocas heridas; y cada conquista implicó un conflicto y algunos de ellos aún irresueltos. De acuerdo a esta perspectiva, la ciudadanía plantea, en oposición a la noción de “clase social”, una radical igualdad formal entre los miembros de un cuerpo político, esa igualdad contenida en la idea de ciudadanía se realiza plenamente, un ciudadano debería ser un individuo económica y políticamente tan autónomo como cualquiera de sus pares; y no podría ser objeto de discriminación alguna. (Andrenacci, 2003).

Sin embargo podemos establecer que esta igualdad y esta autonomía se ven imposibilitadas de una realización plena, porque los sistemas sociales fracasan en neutralizar la desigualdad; así significa una derrota en garantizar una mínima igualdad socioeconómica, entendida como igualdad de oportunidades, y una mínima igualdad política, entendida como transparencia del sistema político y participación en el mismo. Estas “fallas”, fruto de la mutua influencia de principios antagónicos, redundan en una desigualdad de hecho entre los ciudadanos. Las prácticas sociales, las coyunturas políticas y económicas, el funcionamiento del sistema político y del

sistema jurídico, todo conduce a que la posición de un ciudadano en una formación social sea dinámica y relativa, de esta manera las desigualdades más marcadas traen consecuencias distintas particularmente aquellas de tipo socioeconómicas, y estas estratifican el ejercicio de derechos jurídicos y políticos hasta generar ciudadanía diferenciadas.

Carole Pateman (1988), por su parte, aporta una crítica feminista diferente a la ciudadanía liberal, es más refinada y portadora de las huellas del feminismo radical, el acento está puesto en el antagonismo varón/mujer. La ciudadanía es, según esta autora, una categoría patriarcal: quién es “ciudadano”, qué es lo que hace un ciudadano y cuál es el terreno dentro del cual actúa son hechos construidos a partir de la imagen del varón. A pesar de que las mujeres ya somos ciudadanas en las democracias liberales, la ciudadanía formal ha sido ganada dentro de una estructura de poder patriarcal donde las tareas y las cualidades de las mujeres todavía están devaluadas, exigir igualdad es aceptar la concepción patriarcal de ciudadanía, la cual implica que las mujeres deben parecerse a los hombres, mientras que insistir en que a los atributos, las capacidades y actividades distintivos de las mujeres se les dé expresión y sean valorados como forjadores de la ciudadanía es pedir lo imposible, puesto que tal diferencia es precisamente lo que la ciudadanía patriarcal excluye. Pateman cree que la solución de este dilema es la elaboración de una concepción “sexualmente diferenciada” de la ciudadanía, que reconocería a las mujeres como mujeres, con sus cuerpos y todo lo que ellos simbolizan.

Para la autora, esto implica dar significación política a la capacidad de la que carecen los hombres: la de crear vida, es decir, a la maternidad. Declara que esta debería ser usada para definir la ciudadanía con la misma relevancia política con capacidad la que normalmente se reconoce la última prueba de la ciudadanía: la voluntad de un varón de pelear y morir por su patria. Considera que el modo patriarcal tradicional de plantear una alternativa, donde son valorizadas tanto la separación como la igualdad de los sexos, tiene que ser superado por un nuevo modo de plantear el problema de las mujeres, esto se puede hacer mediante una concepción de la ciudadanía que reconozca tanto la especificidad de la condición femenina como la humanidad común de varones y mujeres.

A lo que se debe aspirar es a la elaboración de una concepción sexualmente diferenciada de la individualidad y de la ciudadanía que incluya “a las mujeres como mujeres en un contexto de igualdad civil y ciudadanía activa”. Pateman aporta muchas ideas interesantes acerca del sesgo patriarcal de los teóricos del contrato social, y de la forma en que el individuo liberal ha sido construido según la imagen masculina. Aunque esta visión también carga con algunas críticas entre las que se destacan la de Mofe, considerada por esta como una solución insatisfactoria ya que postula alguna clase de esencia que corresponde a las mujeres como tales, su propuesta viene a dar reconocimiento de la condición femenina identificando a las mujeres como mujeres con la maternidad.

La mencionada autora adherirá a los críticos de la categoría moderna de individuo, ya que considera que ha sido construida de tal manera que postula un “público” universalista, homogéneo, y que relega toda particularidad y diferencia a lo “privado”; y también reconoce que esto trae consecuencias muy negativas para las mujeres, si bien Mofe no cree que el camino sea reemplazarlo por una concepción sexualmente diferenciada, “bi-genérica”, del individuo, ni agregar las tareas consideradas específicamente femeninas a la mera definición de la ciudadanía, la óptica de esta autora es distinta, argumenta que las limitaciones de la concepción moderna de ciudadanía no van a superarse si en su definición se vuelve políticamente relevante la diferencia sexual, sino al construir una nueva concepción de ciudadanía en la que la diferencia sexual se convierta en algo efectivamente no pertinente. Esto, por supuesto, requiere de una concepción del agente social semejante a la que he defendido más arriba: como la articulación de un conjunto de posiciones de sujeto, correspondientes a la multiplicidad de las relaciones sociales en que se inscribe. Esta multiplicidad se construye dentro de discursos específicos que no están relacionados necesariamente, sino que tienen formas de articulación contingentes y precarias.

Mouffe (2003) no está a favor por la total desaparición de la diferencia sexual como distinción pertinente; no estoy diciendo tampoco que la igualdad entre hombres y mujeres requiera relaciones sociales neutrales desde el punto de vista genérico; y es claro que, en muchos casos, tratar a los varones y a las mujeres igualitariamente implica tratarlos diferencialmente. Su tesis es que, en el dominio de lo político y por lo que toca a la ciudadanía, la diferencia sexual no debe ser una distinción pertinente. (Mouffe, 2003:11). Acuerdo con Pateman (1988) en su crítica

de la concepción liberal masculina de la ciudadanía moderna, pero cree que un proyecto de democracia radical y plural no necesita un modelo de ciudadanía sexualmente diferenciado.

Los problemas con la concepción liberal de la ciudadanía no son sólo los que tienen que ver con las mujeres, y las feministas comprometidas con un proyecto de democracia radical y plural deberían lidiar con todos ellos. El liberalismo ha contribuido a la formulación de la ciudadanía universal, con base en la afirmación de que todos los individuos nacen libres e iguales; pero también ha reducido la ciudadanía a un estatus meramente legal, indicando los derechos que los individuos sostienen en contra del estado. La manera en que esos derechos sean ejercidos es irrelevante mientras que quienes los ejercen no quebranten la ley ni interfieran con los derechos de los demás.

Nociones como las de responsabilidad pública, actividad cívica y participación política en una comunidad de iguales son extrañas para la mayoría de los pensadores liberales. Además, el ámbito público de la ciudadanía moderna fue construido de una manera universal y racionalista que impidió el reconocimiento de la división y el antagonismo, y que relegó a lo privado toda particularidad y diferencia. La distinción público/privado, central como lo ha sido para la afirmación de la libertad individual, actuó por consiguiente como un poderoso principio de exclusión.

Mediante la identificación entre lo privado y lo doméstico, desempeñó por cierto un importante papel en la subordinación de las mujeres. La visión de una democracia radical y plural propone entender la ciudadanía como una forma de identidad política que consiste en la identificación con los principios políticos de la democracia moderna pluralista, es decir, en la afirmación de la libertad y la igualdad para todos. Tendría que ser una identidad política común entre personas comprometidas en muy diversas empresas y con diferentes concepciones del bien, pero vinculadas las unas a las otras por su común identificación con una interpretación dada de un conjunto de valores ético-políticos. Evidenciada la discusión acordaremos con Luciano Andrenacci que la ciudadanía es un haz de derechos resaltando su aspecto universal e igualitario, y la situación de desigualdad, los procesos discriminatorios y excluyentes de los sistemas sociales reales aparecen como fallas, rémoras o perversiones que obstaculizan el pleno desarrollo de un

igualitarismo y un universalismo que serían inherentes a la ciudadanía. A partir de este debate que invita a re discutir la noción de ciudadanía nos propusimos pensarla en el marco del sistema de salud público rosarino y preguntarnos ¿quiénes están socialmente excluidos de la salud pública en el Municipio de Rosario?

3. Las particularidades sanitarias del Municipio de Rosario

Entre los grandes desafíos que le cabe a los gobiernos es precisamente articular políticas que propicien la inclusión, centradas en las personas como sujetos de derechos, es decir no sólo políticas antidiscriminatorias sino políticas dirigidas a disminuir los riesgos y las inseguridades del contexto económico y político. Se trata de marcos que impidan los procesos discriminatorios y excluyentes que impiden la concreción de la ciudadanía como haz de derechos. Las estrategias gubernamentales deben ser diseñadas de manera de garantizar que la opción no implique privación económica, subordinación cultural y finalmente, persistencia de la inequidad para el conjunto de la ciudadanía, así se entiende que salud es mucho más que ausencia de enfermedad, sino el complemento bio-psico-social.

Esto significa pensar una lógica organizacional que se contraponga a la que históricamente se estructuró en el sector salud bajo un modelo vertical de atención a la enfermedad. La aplicación de lo anterior permite que en el proceso de toma de decisiones se produzca el acercamiento entre la epidemiología y la gestión, cuando hablamos de epidemiología, la entendemos en su acepción más amplia, es decir como epidemiología sociocultural, la cual integra teorías y métodos desarrollados por las ciencias sociales. De esta idea se desprende el ideal de salud pública que se pretende en el Municipio de Rosario, creyendo que para dar cuenta de los estados de salud poblacionales se debe tener conocimiento de las situaciones que se vivencian en el territorio y lograr darlas respuestas sociales a los problemas.

De acuerdo a investigaciones realizadas, se pudo observar que a partir de la implementación de ciertas políticas, funcionarios y el resto de los actores involucrados, vieron transformadas su percepción respecto a los sectores populares y especialmente, en Rosario se procura que ya no son objetos pasivos de políticas sociales, se trata de ciudadanos en situación de exclusión, pero capaces de conocer, de aprovechar las oportunidades y de transformarlas, aunque más no sea en

los límites de sus realidades. La red de servicios de salud públicos estatales está conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios, esto incluye efectores municipales de atención primaria, de segunda complejidad y de tercera además de una red de unidades móviles.

La Municipalidad de Rosario está integrada por distintas secretarías (arquitectura y urbanismo, cultura, deportes, desarrollo social, salud, educación) que a su vez están divididas en áreas y programas que contienen distintas políticas que se transversalizan. Respecto a la modalidad de trabajo en Educación para la salud la Lic. Alejandra Miño² señalaba:

“Se trabaja a partir de una agenda fija anual con temas fijos, emergentes, a demanda, las actividades están centradas en la prevención y en la promoción de la salud, además de armar actividades se acompañan la de otras áreas, ... se trabaja con los CMD, generalmente un jefe de programa o coordinador tiene un CMD o dos donde coordina actividades.”

Rosario es una de los primeros municipios que ha creado una política sanitaria sostenida, accesible y a largo plazo, donde salud y calidad de vida guardan una estrecha relación con el medio ambiente físico, social, laboral y con los factores socioeconómicos y culturales, desde esta mirada es un trabajo integrador para la construcción de opciones y entornos saludables. En el mismo sentido se promueve la construcción de entornos saludables donde las personas se relacionan y participan en ejercicio pleno de su ciudadanía. En el marco de las políticas generales del municipio, se trabajó en la construcción de los distritos sanitarios que pretenden recuperar la idea de territorialidad que guía la gestión municipal para plasmarla en la red de salud, de este modo, cada equipo de gestión del distrito tiene autonomía para tomar decisiones, integrando en sus propuestas de trabajo el protagonismo de la sociedad civil y la comunidad en general. El trabajo en los distritos se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas de la salud. La acción basada en la estrategia de atención primaria y en este marco, el modelo de promoción de la salud

² Lic. Alejandra Miño, entrevista realizada por Valeria Venticinque el día 21 de diciembre de 2010 en la ciudad de Rosario.

aportan una visión dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final, esto implica trabajar cotidianamente en un proceso que permite a las personas tener mayor autonomía sobre su propia vida y al mismo tiempo mejorarla.

La concepción de un sistema que trabaja en red, centra sus acciones sobre las necesidades del paciente, y exige la actualización permanente de distintas nociones. La estrategia llevada a cabo en la salud municipal está conformada por tres niveles de atención: el primer nivel se constituye en el espacio de mayor resolutivez y está conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente, donde la dinámica de trabajo se diseña en cada centro en función de las particularidades territoriales, los centros de salud trabajan en el territorio en la atención primaria son el efector que llega primero a la ciudadanía. Así lo señalaba la coordinadora del Centro de Salud del Distrito Sudoeste, Lucila³:

“vos decías de la consejería de HIV, consejería si, salud sexual todo eso, en realidad nosotros no tenemos un espacio determinado, lo trabajamos todos al tema algunos con mayor profundidad y otros con menos profundidad pero todos estamos trabajando alrededor de lo que es la salud sexual y reproductiva ósea para nosotros es uno de los objetivos es un trabajo muy importante...”

El segundo nivel de atención está constituido por tres hospitales: Peña”, “Intendente y “Juan Bautista Alberdi”, este proceso se encuentra guiado por ciertas premisas: equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud. De estas directrices se desprenden los siguientes ejes de trabajo: prácticas en función de las necesidades del barrio; estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios, organizaciones democráticas con trabajadores autónomos y responsables, participación de los equipos de salud en el diseño de estrategias y la toma de decisiones, programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos. En este grupo también se encuentra el CEMAR, Centro Médico de especialidades de 2º nivel de complejidad, se dedica exclusivamente a la resolución de problemáticas que requieren cierto

³Lucila, entrevista realizada por Valeria Venticinque el día 18 de diciembre de 2010 en la ciudad de Rosario.

grado de especialización y tecnología, y que pueden satisfacerse sin recurrir a la internación. El 85% de los pacientes provienen de centros de salud y de hospitales municipales donde regresan una vez realizadas las prestaciones de más complejidad. Como señala la Dra. Mirian Pini⁴:

“aquí todos los pacientes tienen, o sea el interno por lo general tiene que tener un turno pero los pacientes que se atienden son pacientes que vienen de la red, es decir los pacientes consiguen el turno a partir de tener un equipo responsable del primer nivel de atención”.

El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños “Víctor J. Villela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA). Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias. El Hospital Víctor J. Villela es un hospital general pediátrico de mediana y alta complejidad de referencia regional y provincial, y unidad académica formadora de recursos pediátricos y sub-especialidades pediátricas, resuelve la consulta general y la emergencia pediátrica, ya que cuenta con todas las especialidades clínicas y quirúrgicas. Atiende niños y adolescentes con patología aguda hasta los 15 años y con patología crónica hasta los 18 años de edad. Su prioridad es la atención de la población carente de seguridad social y ni desarrolla acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

El Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria (SIES) es un servicio prestado por la Municipalidad y la provincia de Santa Fe que brinda cobertura asistencial pre hospitalaria a las emergencias y urgencias médicas dentro de los límites de Rosario. ⁵Respecto a la medicación, el actual desarrollo de la ciencia farmacéutica permite optar por los mejores tratamientos según el cuadro y las características de cada paciente, la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario sostiene políticas de producción, control y distribución de los medicamentos en el

⁴Dra. Mirian Pini, entrevista realizada por Valeria Venticinque el día 20 de diciembre de 2010 en la ciudad de Rosario.

⁵Además, es una central operativa que gestiona la derivación de pacientes entre los diferentes centros de atención y efectiviza los traslados de alta, mediana y baja complejidad, este servicio asiste anualmente a unas 38.000 personas, entre colisiones en vía pública, lesiones por hechos de violencia urbana, enfermedades, gestión de camas para internación y traslados de diferente nivel de complejidad.

ámbito de los efectores municipales: uso racional, producción en función de las necesidades de la comunidad, capacitación de los profesionales, distribución eficaz y segura para el paciente. Respecto al servicio ambulatorio, desde 1992, funciona esta alternativa asistencial de salud integral, ligada a valores como la convivencia familiar, entorno, afecto y responsabilidad participativa. Es una práctica que apunta a estar más cerca de los ciudadanos que necesitan ser atendidos, una concepción moderna que combina la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos técnicos de actualidad para lograr una prestación ambulatoria cuyo objetivo fundamental es resguardar la autonomía y calidad de vida. Se relaciona e interactúa con los hospitales municipales y centros de atención primaria, con la finalidad de lograr la recuperación y rehabilitación del estado de salud del paciente en su propio domicilio. La implementación y aplicación de este servicio es de vital importancia en la construcción de un sujeto comprometido en el ejercicio del derecho a la salud, fomentando su capacidad de autocuidado a la vez que se implica y educa al grupo familiar en la dupla salud-enfermedad y sus posibles complicaciones. Respecto al servicio de odontología la Municipalidad de Rosario brinda atención odontológica gratuita a los sectores más desprotegidos de la población a través de su red de consultorios en los centros de atención primaria y el área de alta complejidad en el CEMAR por turnos programados.

En relación a la reivindicación y concreción del derecho a la salud Integral de la Mujer, este es un enfoque prioritario en las políticas de promoción de la salud, el abordaje se realiza desde una perspectiva de género que trasciende la mirada del cuerpo como mero reproductor biológico. Se entienden como problemas de la salud aquellos relacionados con la violencia conyugal, las situaciones derivadas de la doble o triple jornada laboral y la construcción estereotipada de la identidad femenina, la salud integral de la mujer se fundamenta en la potenciación de la salud sexual hacia el desarrollo de la vida, de las relaciones personales y del reconocimiento de los derechos reproductivos. Como señala la Dra. Elda Serrano⁶:

“El trabajo que realiza la oficina de salud integral de la mujer tiene que ver casi exclusivamente con la prevención, podemos decir que en lo que respecta a salud sexual

⁶Dra. Elda Serrano, entrevista realizada por Valeria Venticinque el día 8 de noviembre de 2010 en la ciudad de Rosario.

“vos podés” es la política pública que cumple en este municipio esas funciones.”... “El trabajo del programa es mancomunado con el programa de educación para la salud, quienes trabajan en los centros de salud con agentes capacitados para las tareas territoriales y... este programa diseña y dicta talleres de concientización en los centros de salud y en los CMD.”

Entonces, pensar la problemática de la salud pública transversalmente, se transforma en un modo de operar, una obligación que éste asume y que se expresa en proyectos productivos, de vivienda, de promoción de la diversidad cultural, entendiendo la defensa de la vida como una tarea colectiva y esencialmente política. En el caso del CEMAR específicamente la Dra. Pina nos señalaba:

“... en realidad lo planteamos siempre digo, hay situaciones especiales en la que nosotros eh... todo el tiempo trabajamos con el centro y creemos que el mejor acompañamiento es trabajar con el médico de primer nivel, en ese caso si la paciente tienen un toco ginecólogo, sobre todo porque los centros de salud tienen toco ginecólogos y en ese sentido hacemos un acompañamiento y todos los centros tienen un equipo de salud mental y creemos que lo mejor y más apropiado es que el acompañamiento sea cercano al domicilio y es un feed back permanente...”

En el nivel local, el trabajo en los distritos se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas de la salud, así las directrices que guían este proceso son la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud. De estas directrices se desprenden los siguientes ejes de trabajo: prácticas en función de las necesidades del barrio; estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios; organizaciones democráticas con trabajadores autónomos y responsables; participación de los equipos de salud en el diseño de estrategias y la toma de decisiones; programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos.

En síntesis el marco del proceso de Reforma del Estado, los municipios, a través de mecanismos de descentralización, o de asunción de demandas locales (por ejemplo la creación de centros de

salud) adquiere un papel más que importante en materia de políticas sociales, en este caso sanitarias. (Carabino, 2000).

La importancia de los estudios sobre equidad en salud a nivel municipal se relaciona con la jerarquía que toma el tema de la cuestión municipal en el discurso sanitario en las últimas décadas⁷, pensar la reducción de inequidades y los problemas de salud pública a partir de lo micro aumenta las posibilidades de concretar acciones porque facilitan la implicación de los trabajadores de salud en la solución de los mismos, por esto planteamos la necesidad de generar estudios sobre equidad a nivel de micro áreas (municipios, áreas programáticas, barrios), aptos para guiar la toma de decisiones y los procesos de trabajo a nivel local, esto pretende constituirse en una experiencia susceptible de ser aplicada a la gestión local en salud y replicada en unidades territoriales de base municipal.

Quisimos en este apartado dar cuenta de las metas que persigue el modelo de sanitario de la municipalidad de Rosario, guiado por el objetivo fundamental de resguardar la autonomía y calidad de vida de los ciudadanos a partir de distintos ejes: prácticas en función de las necesidades del barrio; estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios; organizaciones democráticas con trabajadores autónomos y responsables; participación de los equipos de salud en el diseño de estrategias y la toma de decisiones; programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos.

De acuerdo a nuestro trabajo de campo podemos establecer que la mayoría de los ejes establecidos por el mencionado Municipio, están siendo cumplidos, y que en este sentido la noción de ciudadanía trasciende la meramente formal entendido como *statu* para efectivizarse.

⁷ Este mismo actor, antes de los años '90, se presentaba como la institución que definía cuestiones en materia sanitaria, materia regulatoria, era la principal fuente de financiamiento y prestador de servicios. Durante las décadas del 60 al 80 jugaron un papel importante las organizaciones gremiales de prestadores (médicos, sanatorios, otras profesiones), que actuaron como intermediarias administrativas en materia de seguridad social. Hasta fines de los años '80, tanto las obras sociales como las organizaciones gremiales de prestadores funcionaban monopolícamente dentro de cada provincia. En este sentido, los Ministerios de Salud provinciales, son los encargados de la administración de los servicios de atención médica y programas prioritarios, tienen en general una limitada capacidad de planificación y gestión. La autoridad sanitaria nacional, requiere una estructura pequeña, con sólida capacidad para la planificación y la asistencia técnica a los gobiernos provinciales. El COFESA debe constituir el principal instrumento de la conducción sanitaria federal, para lo cual debe contar con recursos propios asignados por los fondos coparticipables, siguiendo el modelo del Consejo Federal de Inversiones (CFI).

Sin embargo, no es posible pasar por alto, coincidiendo con Mofe y Andrenacci en este punto, que la neutralización de las desigualdades en las sociedades modernas es fruto a la concesión o ampliación de un derecho que genera un conflicto y que este se traslada al campo de su efectiva aplicación, existen divergencias en relación a la efectiva participación de las acciones en defensa del derecho a la salud, las voces provienen de distintas organizaciones sociales (tales como MAR, INSGENAR e INDESO) que reclaman, entre otras cuestiones, mayor participación en las decisiones; no es discusión menor, también el reclamo en relación al trato de los profesionales de la salud con los pacientes. De esta manera la idea de una “programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos”, es una expresión de deseo con dificultades para su realización.

Aún hay no pocos desafíos por sortear, entender el derecho a la salud, y operacionalizarlo de manera tal que constituya una guía adecuada para el trabajador sanitario a nivel local, son factores fundamentales para una transformación real. Sin embargo podemos creer que existe la intervención de un Estado municipal como moderador social que permite lograr el umbral mínimo de condiciones de vida para la ciudadanía, y esto, claro está, no es poco.

4. Conclusiones Preliminares

Cuáles son las principales lecciones aprendidas de las reformas realizadas en Rosario?

La primera lección tiene que ver con comprender la necesidad de establecer garantías mínimas de atención en salud para los sectores populares, todo este proceso implica un cambio en el modelo de atención y en el modelo de gestión. La segunda lección tiene que ver con democratizar el sistema de salud, liberar a los hombres y mujeres de la mercantilización de un sistema que diseñado desde una mirada, reproduce la lógica del mercado en un derecho humano inalienable, las intervenciones no de hombres y mujeres, la redefinición de los roles, las imágenes, las expectativas son necesarias para sostener el cambio a largo plazo en términos de equidad. La tercera lección tiene que ver con pensar cada vez más en la noción de ciudadanía como haz de derechos y ya no como lo ha sido un status que excluye tanto como incluye; y que diferencia tanto como iguala. Quiero terminar este escrito con Nancy Fraser y un ideal que quizás no deberíamos dejar de anhelar:

“las soluciones pueden darse mediante políticas de tipo afirmativo o transformativo, las denominadas de redistribución se dan en el marco de las que hemos elegido denominar democracias liberales teniendo por función solucionar las inequidades del contenido de los acuerdos sociales, en cambio las políticas transformativas está dirigidas a corregir esos resultados, pero reestructurando el marco general que los ocasiona” (Fraser, 1997: 30).

El análisis de la autora nos lleva a pensar en la importancia de ir más allá de las políticas que reconocen a las sectores populares y lograr el reconocimiento de esas inequidades que se han forjado en paralelo al desarrollo de un sistema que se ha transformado cada vez más en liberal y menos democrático.

5. Bibliografía

AAVV (2000). “La problemática actual de la Salud Pública”. *Memorias de Encuentros*, N° 6, pp. 2-15. Buenos Aires: Ediciones ICO/UNGS.

Andrenacci, Luciano (2003). “Imparis Civitatis. Elementos para una teoría de la ciudadanía desde una perspectiva histórica”, *Revista Sociohistórica* N° 13-14; pp. 2-10. La Plata: UNLP.

Bustelo, Eduardo (1995). “El abrazo”, *Enoikos*, Revista de la Facultad de Ciencias Económicas, Año 3 N° 9, pp. 25-33. Buenos Aires: Ediciones UBA.

Butler, Judith (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, México: PUEG-UNAM.

Fraser, Nancy (1997). *Iustitia interruptus. Reflexiones críticas desde la posición post socialista*. Santa Fe de Bogotá: Siglo de Hombres Editores.

Laclau, Ernesto-Chantal, Mouffe (1987). *Hegemonía y estrategia socialista*. Madrid: Siglo XX.

Marshall, Thomas-Bottomore, Tom (1950). *Ciudadanía y Clase Social*. Madrid: Alianza.

Mouffe, Chantall (2001). “Feminismo, ciudadanía y política democrática radical”, en Lamas, Marta (comp.), *Ciudadanía y feminismo*, pp. 1-14. México: Productos culturales.

Pateman,Carole(1988). El Contrato sexual.Stanford: Stanford University Press.

Quiroga, Hugo-Villavicencio, Susana-Patrice, Vermeren(1999).Filosofíasde la Ciudadanía.Rosario: Homo Sapiens.

Otras fuentes

www.rosario.gov.ar/salud (10/04/2012)

Entrevistas

Entrevista realizada el 20 de diciembre de 2010 a la Dra. Mirian Pini,directora del CEMAR.

Entrevista realizada el 18 de diciembre de 2010 a Lucila Coordinadora del Centro de Salud del CMD Sudoeste.

Entrevista realizada el 21 de diciembre de 2010 a la Lic.Alejandra Miño,coordinadora de Educación para la Salud de la Municipalidad de Rosario.

Entrevista realizada el 8 de noviembre de 2010 a la Dra. Elda Serrano coordinadora del área de Salud Integral de la Mujer de la Municipalidad de Rosario.