

Libros de **Cátedra**

Para pensar la salud colectiva

Algunas categorías y temas

Gladys Susan López y Virginia Michelli (coordinadoras)

FACULTAD DE
TRABAJO SOCIAL

S
sociales

**EduLP**
EDITORIAL DE LA UNLP



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

PARA PENSAR LA SALUD COLECTIVA

ALGUNAS CATEGORÍAS Y TEMAS

Gladys Susan López

Virginia Michelli

(coordinadoras)

Facultad de Trabajo Social



Agradecimientos

A la Editorial de la Universidad de la Plata (EDULP) por darnos la posibilidad de acercar las producciones a nuestros estudiantes.

A la Facultad de Trabajo Social de la UNLP.

A la universidad pública, universal y gratuita que garantiza el derecho a la educación y al conocimiento, especialmente a la UNLP.

A todas las personas que nos han acompañado con paciencia y esmero en la resolución de nuestra vida cotidiana.

¿Qué es la Salud Colectiva, Hoy? ... creo yo ... transformar nuestra acción en un quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones, ... el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano, ...es crear "aquello" que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos. (GRANDA, E. 2004. EN: REV. CUBANA SALUD PÚBLICA (ONLINE) V.30 N.2)

Contenido

Agradecimientos	3
Prólogo	7
Introducción.....	8
Capítulo 1	
Algunas Consideraciones Acerca de las Determinaciones Sociales de la Salud.....	10
<i>Susan López y Laura E. Otero Zúcaro</i>	
Capítulo 2	
Género y Salud: aportes para pensar las prácticas	23
<i>Virginia Michelli</i>	
Capítulo 3	
Medicalización/biomedicalización: Apuntes para su Comprensión	37
<i>Carina Scharagrodsky</i>	
Capítulo 4	
El Sistema de Salud Argentino. Breve recorrido histórico político desde mitad del siglo XIX hasta la actualidad	51
<i>Susan López</i>	
Capítulo 5	
Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia Aún Posible y Deseable en el Campo de la Salud.....	70
<i>Jimena Lafit</i>	

Capítulo 6 89

La Intervención del Trabajo Social en el Campo de la Salud. Apuntes Para la Introducción a una Mirada Compleja 89

María Cecilia Nogueira y Galia Analía Savino

Lxs Autorxs..... 99

Prólogo

Lo que diferencia a la Salud (individual o colectiva) de todas las otras áreas de conocimiento que estudian a la sociedad humana (como la Educación, la Vivienda, el Trabajo) es que una de las consecuencias de limitaciones/defectos en las aplicaciones de conocimientos en el área de la Salud puede traducirse en la muerte masiva de seres humanos. Esto no ocurre en ninguna de las otras disciplinas, y otorga a la Salud un peso existencial, cultural y político muy superior a todas ellas.

Muchas disciplinas estudian a la sociedad humana, teniendo hoy primacía intelectual la Sociología, las Ciencias Políticas, la Economía y la Psicología Social; pero está sucediendo que el recién venido Trabajo Social se ha autoimpuesto, no solamente el estudio de los problemas sociales, sino también la mejoría de las situaciones, para que se agreguen al conocimiento de ellas propuestas de acción que tiendan a aumentar la contención social, y la protección de los actores sociales que las sufren. Como se ha dicho tantas veces, Trabajo Social quiere no solo conocer sino también mejorar. En el caso de la Argentina actual, es muy gratificante notar que Trabajo Social ha superado alguna sensación inicial de inferioridad ante disciplinas más antiguas, con mucha historia adquirida, y está teniendo una producción intelectual a la par de sus antecesoras. El libro al cual estas breves líneas prologan es un ejemplo de estos fenómenos

Un contexto histórico del ambiente en el cual este libro circulará. A comienzos del Siglo 20, comenzó en nuestro país el movimiento de Reforma Universitaria, que transformó irreversiblemente a nuestras Universidades Públicas, haciendo desaparecer en ellas su vinculación con los mundos clericales y de administración del Estado. En estas nuevas Universidades no cambió que continuaban cobrando aranceles para que se pudiera acceder a ellas. Hubo que esperar hasta mediados del Siglo 20, cuando, como parte del Estado de Bienestar que se implantó en Argentina en 1946, se declararon las Universidades Públicas gratuitas para los estudios de Grado, que son la enorme mayoría de las que allí se ofrecen, Estas Universidades Públicas son ahora más de medio centenar, constantemente se crean otras nuevas, priorizando las zonas geográficas que hasta ahora carecen de ellas- En esta Red, se educan hoy... alumnos, y en ellas trabajan ... docentes y no docentes. Es muy gratificante que Trabajo Social es un creciente porcentaje de los alumnos, y de los docentes

José Carlos Escudero¹

Buenos Aires, noviembre de 2022

¹ Prof. Emérito y consulto de la UNLu y Prof. Extraordinario y consulto de la UNLP.

Introducción

Este libro tiene la pretensión de acercar algunas temáticas para pensar, debatir y comprender la complejidad de las dimensiones del campo de la salud colectiva.

Partimos de la idea que la Salud Colectiva como campo de conocimiento, es clave para comprender y reflexionar desde una perspectiva crítica el objeto salud-problema-cuidado de las poblaciones. La especificidad que asume este objeto está atravesada, según su contexto sociohistórico, por múltiples y diferentes situaciones, razón por la que nos interpela a pensar en la multidimensionalidad relacional y dinámica del Proceso Salud Enfermedad Cuidado en cada sociedad. La salud colectiva como disciplina no tiene muchos años de historia y, como dice Escudero “...es una disciplina *“transversal”* que toma elementos de muchas otras” (Escudero 2004,p.11)²

Este texto está dirigido principalmente a estudiantes de grado sin que por esa razón excluya a otros/as interesados/as en la temática. Fue elaborado en su totalidad por el equipo de la cátedra de Salud Colectiva de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP, con la finalidad de construir una herramienta que sea un pilar para la organización del dictado de la materia y una fuente de conocimiento de las dimensiones y las categorías de análisis de Medicina Social/Salud Colectiva para los/as estudiantes.

Cada uno de los capítulos, elaborados por docentes de la asignatura Salud Colectiva, se presenta con independencia y autonomía que se expresa en los diferentes estilos que tienen los mismos en cada tema abordado, guardando la coherencia en la conceptualización de la perspectiva de la materia. Los temas aquí abordados son algunos de los que se consideraron más relevantes a la hora de pensarlos como categorías que atraviesan en forma transversal, sea en la teoría o en la práctica, el multidimensional y complejo campo de la salud.

Este libro de cátedra contiene seis capítulos y en cada uno se aborda una categoría analítica clave para pensar la salud colectiva desde la perspectiva crítica de la corriente de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana.

En el primer capítulo se realizan algunas consideraciones sobre la conceptualización de determinación social de salud, haciendo hincapié en los antecedentes y las discusiones con la diferenciación con los factores determinantes y condicionantes de la salud que fueron impulsados

² Escudero, J.C. (2004) Apuntes para una historia de la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco en el contexto de América Latina. Salud Problema [Nueva época] Año 9(17): 11-14

por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la determinación social de la Salud desarrollada por la corriente latinoamericana de la Medicina Social/Salud Colectiva.

En el segundo capítulo se realiza una aproximación a la relación transversal que tiene la categoría género en el campo de la salud como parte constitutiva de las determinaciones sociales y como un desigualador social del Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado.

El tercer capítulo está dedicado a la forma que asume la medicina hegemónica en el contexto actual a partir de analizar la medicalización y biomedicalización.

El cuarto reseña en clave sociohistórica, el sistema de salud argentino en un breve recorrido que va desde sus orígenes hasta la actual conformación, haciendo hincapié en las principales características que fue adquiriendo en el marco de los diferentes gobiernos en ese periodo.

El quinto capítulo describe y analiza las características de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), relevando los cambios y actualizaciones desde Alma Ata en 1978 hasta principios del siglo XXI, con la propuesta de Renovación.

El sexto y último capítulo indaga la relación que existe entre la intervención profesional del Trabajo Social y la relación entre la promoción y la restitución de los derechos en el campo de la salud desde una mirada compleja.

Finalmente, esperamos que este libro sea un aporte como material didáctico y de apoyo para los estudiantes, un instrumento organizativo para el dictado de asignaturas relacionadas con salud y una herramienta para profundizar el debate y crear nuevas inquietudes e interrogantes para las intervenciones profesionales en el campo de la salud.

Susan López y Virginia Michelli

CAPÍTULO 1

Algunas Consideraciones Acerca de las Determinaciones Sociales de la Salud

Susan López y Laura E. Otero Zúcaro

Introducción

Desde hace varias décadas se reactualizó la discusión de que los problemas de salud-enfermedad no tienen como única explicación las cuestiones biológicas sino que es imperativo tener en cuenta otras dimensiones.

Este capítulo tiene la pretensión de realizar un recorrido sobre los principales conceptos e ideas que se debatieron desde pasada la mitad del siglo XX hasta los más actuales de las primeras décadas de este siglo. Asimismo realizaremos un punteo sobre los primeros antecedentes que marcaron el inicio de la visión social en el siglo XIX.

Nuestro desafío es acercar algunas herramientas de análisis teóricas y metodológicas para comprender las dimensiones y relaciones que influyen y/o condicionan y/o determinan al Proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (PSEAC) de los grupos sociales. Así como también, considerar la transversalidad de la conceptualización de la Determinación Social de la Salud.

Para alcanzar nuestro objetivo realizaremos una aproximación con un breve desarrollo sobre los principales antecedentes que dieron lugar al surgimiento de los conceptos de Determinantes Sociales de la Salud elaborado por la OMS y al de Determinación Social de la Salud (DSS) impulsado por la corriente latinoamericana de Medicina Social/Salud Colectiva.

Por otra parte, buscaremos mostrar las diferencias, tensiones y discusiones, que se presentan entre ambos conceptos: determinantes y determinación social de la salud y las posturas que defienden los puntos de vista de la salud pública más tradicional y la del pensamiento crítico expresada por la corriente de la Medicina Social Latinoamericana. Para dar cuenta de ello, nos centraremos en las dimensiones que cada visión tiene en cuenta para explicar el complejo y multidimensional campo de la salud.

Antecedentes

Si bien las discusiones y debates en relación a la visión social de la enfermedad data desde hace ya casi dos siglos de la mano de pioneros de la Medicina Social como Louis R. Villermé (Francia, 1820); Rudolf Virchow (Alemania, 1848); Edwin Chadwick y Friedrich Engels (Inglaterra, 1842 y 1848); y Bialet Massé (Argentina, 1904), entre otros, la disputa por el origen de la enfermedad y la comprensión del fenómeno salud/enfermedad encuentran aún hoy enconados debates.

A mediados del siglo XIX, a pedido del gobierno prusiano, Virchow estudió la epidemia que azotaba a la Alta Silesia³ y llegó a la conclusión que el origen de la misma eran las desfavorables condiciones climáticas. Al invierno siguiente hubo un brote de *Tifus* y allí observó que esta azotó principalmente a los sectores más pobres. A partir de estos estudios Virchow llegó a la conclusión que la pobreza era el origen de muchas enfermedades. Sus aportes son considerados pioneros desde la perspectiva de la visión social para explicar la relación entre condiciones de vida y el fenómeno salud-enfermedad.⁴ Esta idea fue consolidándose con otros estudios, principalmente epidemiológicos, en diferentes lugares de Europa⁵. Por otra parte, es importante resaltar que los estudios realizados por B. Ramazzini⁶ en el norte de Italia, hacia principios del siglo XVIII, habían demostrado la relación directa entre trabajo y patologías. Él es quien incorpora como pregunta relevante, dentro del interrogatorio que el médico le hace al enfermo, **“qué oficio desempeña”**, considerando la importancia que las condiciones de trabajo tienen sobre la condición de salud-enfermedad.

Otros estudios no provenientes de la medicina, también realizaron contribuciones en este sentido y afianzaron la idea de que existen muchas otras dimensiones a tener en cuenta que nos aproximan a una respuesta más clara del origen social de las enfermedades. Por ejemplo: en 1842 el Ingeniero Edwin Chadwick, cuyos aportes contribuyeron a la creación de la ley de Salud Pública de 1848, en el informe *“Las Condiciones Sanitarias de la Población trabajadora de Gran Bretaña”*⁷, argumentó que la mayoría de las enfermedades se propagaban principalmente entre la clase trabajadora con peores condiciones de vida. Otro relevamiento significativo fue el realizado por el filósofo y politólogo Friedrich Engels en 1845 sobre *“Las condiciones de vida de la clase obrera de Inglaterra”*. En nuestro país también fue de relevancia el informe realizado por

³ Alta Silesia es una región histórica de la Europa central, localizada actualmente en Polonia, la República Checa y por una pequeña parte en Eslovaquia.

⁴ Para ampliar véase Dubos 1975. Páginas 161-162.

⁵ Peter Frank, Villermé, Von Petenkoffer, médicos contemporáneos en ese momento en Europa, fueron quienes analizaron la estrecha relación entre condiciones de vida, trabajo y enfermedades.

⁶ Ramazzini, Bernardino. Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores. pág.13 de la versión traducida en 1743.

⁷ Para ampliar véase el extracto del informe de Chadwick de 1842.

Juan Bialet Massé en el año 1904 sobre “El estado de la clase obrera en el interior de la República.” Se trató de un estudio exhaustivo de la realidad de hombres, mujeres, niños, indígenas y extranjeros en los diferentes ámbitos laborales del interior del país, que dio lugar al surgimiento de la Ley Nacional del Trabajo y a reformas concernientes al descanso dominical, la restricción de la jornada, los seguros por accidentes de trabajo, medidas de seguridad e higiene en las fábricas, entre otras.⁸

Estos trabajos que recorren más de dos siglos, buscan explicar el origen de las enfermedades que provocan la muerte o deterioran y disminuyen el rendimiento de la fuerza laboral en pleno despegue de la Revolución Industrial. En todos los casos se hizo particular hincapié en la relación entre condiciones de vida y de trabajo para demostrar, con bastante claridad, que el origen de las enfermedades no es solamente biológico sino que participan otras dimensiones que están en relación directa con las condiciones materiales de existencia.

Para ese entonces el conocimiento médico era escaso y las enfermedades se explicaban a partir de lo que se conoció como “miasmas”.⁹ Con ese conocimiento y en ese contexto se iniciaron las primeras medidas de higiene pública y la corriente de salubristas e higienistas cobró relevancia. Todas estas contribuciones, que se realizaron durante gran parte del siglo XIX, fueron cuestionadas hacia fines del mismo siglo a partir del descubrimiento del microbio o germen. Así, de la mano del revolucionario invento del microscopio, surgió la Teoría del Germen o Microbiana que explicó la causa de la enfermedad a partir de la presencia de un microorganismo que la desencadena, minimizando o ignorando las cuestiones sociales y medioambientales tal como habían sido descritas por los trabajos antes mencionados.

Esta teoría se arrogó la primacía de la explicación de la causa de las enfermedades infecciosas, que para entonces era el mayor flagelo que enfrentaba la humanidad y en general se presentaba en forma de epidemia, como por ejemplo la peste bubónica, la fiebre amarilla, etc. Sin embargo, la misma no explicaba las enfermedades no infecciosas como el cáncer, las enfermedades crónico degenerativas, las cardíacas, las provocadas por deficiencias de vitaminas y minerales, etc.

Entonces cabe preguntarnos: ¿Qué cuestiones están presentes en estas formas de enfermar? ¿Cuáles son las causas y/o los orígenes de esas otras enfermedades? ¿Qué otras dimensiones debemos considerar?

Estos y muchos otros interrogantes fueron indagados por diferentes estudios sobre el origen de las enfermedades. Las respuestas parciales a estos interrogantes comenzarán a desarrollarse a partir del siglo XX.

⁸ Para ampliar véase el Informe Bialet Massé 1904. Tomos I, II y III.

⁹ Algo impreciso, que pulula por el ambiente producto de los hedores de cuerpo enfermos, o sustancias en descomposición y/o desechos.

Por todo lo desarrollado podemos resumir, en forma muy escueta, que las teorías sobre las causas de las enfermedades surgidas y sostenidas por los primeros epidemiólogos en el transcurso de los siglos XVIII y XIX, se dirimieron entre posiciones extremas sobre si la enfermedad era sólo de orden biológico individual o social y si respondían a una causa o era multicausal.

Siglo XX y Después...

Los epidemiólogos que estudiaron la distribución y la frecuencia de la morbimortalidad en la población en el siglo XX, incursionaron en observaciones que los motivaron a repensar e incorporar otras dimensiones para sus investigaciones. En sus estudios incluyeron otras categorías, además de las tradicionales de la salud pública -edad, sexo, lugar de residencia, mortalidad, morbilidad- para analizar cómo influían determinadas situaciones en las condiciones de vida y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas.¹⁰

Los aportes de McKeown (1990) sobre la relación entre el desarrollo de los modos de producción y formas de enfermar y morir de la población humana, son una contribución relevante a la hora de pensar la complejidad del fenómeno salud/enfermedad: *"...las enfermedades no contagiosas que han desplazado en gran parte a las infecciones en los países desarrollados son enfermedades nuevas que pueden atribuirse a condiciones de vida creadas por la industrialización (McKeown, 1990.pág 299)*

Durante el transcurso del siglo XX dando continuidad a la profundización de las exploraciones descritas, en el campo de la salud se desarrollaron y propusieron varios modelos para explicar los determinantes sociales como factores influyentes en la salud de la población. La mayoría de ellos consideraba como punto de reflexión la relación entre desigualdades sociales y desigualdades en salud, entre los que podemos destacar: H. Laframboise y M. Lalonde *'Modelo Holístico'* (Canadá, 1974); D. Black *'Black Report'* (Reino Unido, 1980)¹¹, G. Dahlgren y M. Whitehead *'Modelo Arco Iris'*¹² (Reino Unido, 1991); F. Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead 2001)¹³, J. Mackenbach (Países Bajos, 1994)¹⁴; M. Marmot y R. Wilkinson (Reino Unido, 1999)¹⁵. Estas propuestas influenciaron en la definición y el modo de abordaje sobre los DSS por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹⁰ Para ampliar y profundizar el contexto histórico del desarrollo de la epidemiología sugerimos ver el artículo de López Moreno Sergio y Col (2000)

¹¹ El famoso Black Report, editado por Black y Moris en 1980, que mostraba un gradiente notable de mortalidad entre los grupos socio-ocupacionales de la sociedad inglesa.

¹² Puede encontrarse también como 'Rainbow model' o 'Modelo Capas de Influencia' o 'Modelo Multinivel'.

¹³ Puede encontrarse como Modelo *estratificación social y producción de enfermedades*.

¹⁴ Puede encontrarse como Modelo *selección y la relación de causalidad*.

¹⁵ Puede encontrarse como Modelo *producción de inequidades en salud a lo largo de la vida o influencias múltiples a lo largo de la vida*.

La Organización Mundial de la Salud

Iniciado el siglo XXI, la OMS se cuestionó la meta de *Salud para todos en el año 2000*¹⁶, razón por la que en la 57ª Asamblea Mundial de Salud el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr. Lee Jong-wook, expuso la necesidad de abordar las relaciones entre la salud, la equidad y el desarrollo a través de la creación de una comisión encargada de recoger datos sobre las causas sociales y ambientales de las desigualdades en materia de salud y la forma de corregirlas, con el fin de reorientar los lineamientos para garantizar el derecho a la salud global.¹⁷

Esta comisión llevó el nombre de *Comisión de Determinantes Sociales de la Salud* (CDSS) y se creó en el año 2005. Definió a los DSS como:

...los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: *la distribución del poder*, los ingresos y los bienes y servicios; *las circunstancias que rodean la vida de las personas*, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; *sus condiciones de trabajo y ocio*; y *el estado de su vivienda y entorno físico*. La expresión «determinantes sociales» resume pues el *conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud*. (OMS,2008, p.1)

Su lema central giró en torno a la salud como una meta social y una responsabilidad concerniente a toda la sociedad, desarrollándose a partir de dar respuesta a tres objetivos:

- 1- apoyar cambios de las políticas sanitarias en los países mediante la elaboración y promoción de modelos y prácticas eficaces, y basados en la evidencia, que aborden los determinantes sociales de la salud;
- 2- apoyar a los países a hacer de la equidad en salud un objetivo compartido por los diferentes sectores de gobierno y al cual contribuyan distintos actores sociales; y
- 3- ayudar a la construcción de un movimiento mundial sostenible para actuar sobre la equidad en salud y los determinantes sociales, estableciendo relaciones entre gobiernos, organizaciones internacionales, centros de investigación científica, sociedad civil y comunidades. (OMS; 2006, p.6)

En el Informe final de la CDSS titulado ***Subsanar las desigualdades en una generación*** realiza las siguientes recomendaciones generales: 1) Mejorar las condiciones de vida, 2) Luchar

¹⁶ Cuando se planteó este objetivo, la comunidad mundial nucleada en Asamblea, tenía la intención de reducir la pobreza preservando y mejorando, a su vez, la salud de los pueblos, pero a lo largo del tiempo se encontraron con la inequidad de los sistemas de salud tanto en el interior de los países como entre ellos. Para ampliar véase Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 1978.

¹⁷ Documento (A57/3; 2004).

contra la distribución desigual del poder el dinero y los recursos y 3) Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. (OMS; 2008. Pág. 2)

La creación de la CDSS también contempló la participación de la sociedad civil, esta estrategia fue recibida con distinto grado de aceptación por las diferentes organizaciones sociales, políticas y científicas, quienes fueron invitadas para debatir y trabajar sobre el problema de las desigualdades en salud en el contexto de América Latina. Dentro de las cuestiones que se resaltaron, se abordó el impacto de las políticas neoliberales implementadas en la región a partir de los años 80. Estas reuniones, desarrolladas entre los años 2006-2007, tenían como finalidad colocar el tema de DSS, el derecho a la salud y la equidad en salud como parte de la agenda de análisis y acción política en la región latinoamericana.

El diagnóstico inicial sobre la situación de América Latina sostuvo que:

“La característica más importante en el continente latinoamericano es la enorme desigualdad económica que se traduce en una profunda inequidad social, que impacta negativamente a la salud. Esto ha traído como consecuencia grandes violaciones al derecho a la salud, profundizadas por la orientación dada a comienzos de la década del '90 por los organismos multilaterales para estructurar los servicios de salud desde una lógica de mercado. (OMS 2006. p.5)

Cabe destacar que es también en la década de los años '90 cuando el concepto de desigualdad fue deconstruido. De este modo, las desigualdades en salud fueron discutidas y analizadas a la luz de indagar otros aspectos e indicadores que la distinguen como sinónimo de diferencia o disparidad en salud. Se incursiona sobre otras dimensiones del mismo fenómeno, que muestran además que la desigualdad puede ser injusta, evitable y/o innecesaria. Estos conceptos asumen una dimensión central en la definición de inequidad y marcan la diferencia entre desigualdad e inequidad. El concepto de inequidad fue reeditado y reformulado por Margaret Whitehead en 1991¹⁸, en el contexto de auge de las políticas neoliberales que profundizaron las desigualdades sociales, principalmente en los países subdesarrollados como en el caso de Latinoamérica.

Las discusiones en los encuentros promovidos por la CDSS giraron alrededor de las orientaciones de los sistemas de salud. Algunas propuestas estuvieron en sintonía con los modelos hegemónicos, neoliberales y pro mercado como los casos de Chile y Colombia y otros con posturas contrahegemónicas en defensa de los sistemas públicos y del derecho a la 'salud para todos' como por ejemplo -aunque con diferencias entre ellos- Cuba, Brasil y Costa Rica. (OMS.2006-b.p.6)

¹⁸ El término **inequidad** tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además se consideran injustas. ... La **desigualdad en salud** es un término empleado comúnmente en algunos países para indicar diferencias sistemáticas, evitables e importantes. (Whitehead.1991:pag.3)

Estos debates no solamente enfatizaron efectos que subyacen en los sistemas de salud, sino que además promovieron **discusiones acerca de la influencia de los factores determinantes de la salud**. Una de las cuestiones centrales fue si bastaba identificarlos o si era necesario conocer cómo, cuánto, con qué dinámica participaban en el mejoramiento o no de las problemáticas del Proceso-Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado.

Mirada latinoamericana: Medicina Social /Salud Colectiva

Antecedentes

Latinoamérica tiene una larga trayectoria en estudios sobre la relación entre ciencias sociales y salud. Dentro de los pioneros del movimiento de la Medicina Social Latinoamericana (MSL) encontramos a Juan César García¹⁹ quién renovó, hacia fines de los años '60 principios de los '70 del siglo XX, la forma de analizar el Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA) en nuestro continente.

Este movimiento surgió del encuentro entre académicos y trabajadores del campo de la salud que cuestionaban la política económica desarrollista. Este grupo observó que contrariamente a lo que sostenía este modelo, la salud pública entró en crisis aún a pesar del sostenido crecimiento económico de las décadas anteriores. Las desigualdades ante la enfermedad y la muerte mostraron mayores diferenciales entre clases sociales y un aumento de la inequidad en el acceso a los servicios de atención. En ese contexto, y desde la perspectiva del pensamiento crítico basado en categorías de análisis marxistas, se consolidó la corriente de la Medicina Social Latinoamericana (MSL) (Iriart y col, 2002). Cabe destacar que el movimiento de Salud Colectiva nacido en Brasil, que pone el eje en la praxis en salud, confluye con las mismas líneas de abordaje conformando lo que hoy conocemos como Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana (MS/SC)

Desde sus inicios esta corriente realizó profundos debates sobre teorías, métodos y estrategias de cambio marcando su visión crítica y diferenciándose de la salud pública anglosajona. Esto trajo aparejada la introducción de nuevas dimensiones y categorías de análisis. Una de las cuestiones centrales tuvo que ver con la unidad de análisis: ***“La medicina social considera a la población y las instituciones como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que la componen”*** (Iriart y col. 2002. pág.130)

Es importante remarcar, en relación al tema que nos convoca este texto, que ***la MS/SC conceptualiza el fenómeno salud/enfermedad como un proceso dialéctico que se desarrolla en un contexto histórico determinado***. Los trabajos de Laurell (1982 y 1986) sobre la salud-

¹⁹ Para ampliar sobre la vida y trayectoria de Juan Cesar García, véase el artículo de Galeano y otros de 2011.

enfermedad como proceso social son contundentes a la hora de demostrar el carácter social de la enfermedad y la relación entre las formas de trabajo y la determinación del PSE.

El carácter histórico y social del proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta. Estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra. (Laurell,1986. p.2)

En ese mismo contexto y bajo esta línea de pensamiento, surge la **epidemiología crítica** que hace hincapié en las condiciones sociales que determinan las formas de vida que asumen los grupos humanos, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y las relaciones de poder.

Resumiendo podemos decir que, desde su surgimiento la corriente de MS/SC consideró las dimensiones políticas, económicas y socioculturales en clave histórica para profundizar el conocimiento y saber sobre salud. Así desde sus inicios la epidemiología crítica, que surgió al amparo de esta línea de pensamiento, tiene como una de las categorías centrales a los determinantes sociales de la salud. Los mismos se edificaron como el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública (Breilh, 2013), proponiendo un nuevo método de abordaje que permite comprender la dinámica de la relación dialéctica entre la reproducción social y los modos de vivir, enfermar y morir de los grupos humanos, acuñándose la terminología de **determinación social de la salud**.

La determinación social de la salud

Con una perspectiva similar a la desarrollada por la medicina social europea, en términos de que las condiciones sociales son determinantes de la salud, la MS/SC latinoamericana se diferencia de esa visión sosteniendo que las explicaciones monocausales, simplistas y lineales del origen de la enfermedad no son adecuadas para comprender en profundidad las condiciones que son determinantes en el desarrollo de las enfermedades. Incluso plantea que los modelos epidemiológicos multicausales que consideran la interacción entre huésped, agente y ambiente tampoco logran explicar los vínculos de la dinámica de las condiciones sociales que están presentes en el PSEC.

La década de los años '70 fue un punto de inflexión en el cuestionamiento de las formas que asume la hegemonía de la medicina científica. Desde Foucault (1968,1993), Illich (1974), Dubos (1975), Boltanski (1975), Menéndez (1990), entre otros, demostraron que el modelo de atención médica estaba íntimamente relacionado con las estructuras de poder al interior de la disciplina y vinculado con otras áreas del campo sanitario como la industria farmacéutica y el acelerado desarrollo la industria de equipamiento de tecnología médica.

Breilh (2010) nos recuerda que la MS/SC latinoamericana se había adelantado en tres décadas a la OMS, pero el pensamiento anglosajón invisibiliza la producción latinoamericana.

La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación estructural ligada a la lucha de los movimientos sociales, no la transformación de 'riesgos' aislados, o 'factores determinantes' ligada a las preocupaciones de la burocracia internacional (Breilh, 2010.p.99).

¿Cuándo y por qué comenzó a hablarse de determinación social? Esta conceptualización surge en el marco de **repensar las relaciones dialécticas entre condiciones de vida y el PSEC en la dinámica que asumen las políticas económicas e ideológicas en determinados contextos históricos sociales.**

Catalina Einbeschütz (2011) lo clarifica resumiéndolo de la siguiente manera:

Se comprende la determinación social de la salud de manera compleja, es decir, se reconocen los aportes que al respecto han hecho la MS y SC en cuanto va más allá de la causalidad y del sujeto moderno cartesiano; se la ubica como dinámica, en movimiento permanente, histórica y social. Así, la explicación se puede saldar con la multidimensionalidad, en la medida en que la explicación se da en los planos: ontológico, epistemológico y praxiológico. Lo anterior implica el reconocimiento de la no linealidad; la multiplicidad de las relaciones entre la reproducción y la generación, lo individual y lo colectivo; las jerarquías en relación con la autonomía y la subsunción, y las relaciones múltiples entre lo general, lo particular y lo singular. (Einbeschütz y otros; (2012.págs:274-275)

Determinantes y Determinación. Debates y Diferencias

Sin duda, introducir a las condiciones sociales como una dimensión clave que influye, condiciona y determina el PSEC, fue un gran avance para la comprensión de las problemáticas relacionadas con el campo de la salud. Sin embargo, el modo, la dinámica y los mecanismos que asumen los factores 'determinantes', encuentran diferencias sustanciales entre lo que propone la OMS y la epidemiología crítica de la MS/SC.

La CDSS de la OMS parte principalmente del abordaje de la epidemiología social europea, según la cual hay dos tipos de determinantes sociales. 1.- **Los estructurales:** a) contexto socioeconómico y político; y b) posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, 2.- **Los intermedios** que vinculan el anterior con los resultados en salud.

Como mencionamos anteriormente, la OMS define a los determinantes de la salud como:

El conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. (OMS,2008, p.1)

Por su parte, la epidemiología crítica cuestiona este abordaje y sostiene que esta propuesta asume una postura que busca influir principalmente sobre esos factores aislados, más que sobre los procesos estructurales que dieron lugar a las inequidades en salud. Este planteamiento puede resumirse con los argumentos de Breilh (2008), quien sostiene que la CDSS adoptó una posición neo-causalista porque los determinantes sociales son vistos como factores de riesgo dejando de lado el análisis de la determinación como procesos y modos históricos estructurados.

En este sentido, señala que la MS/SC latinoamericana ha avanzado en superar este enfoque por varias vías: *contextualizando la exposición dentro de modos de vida, estudiando la dialéctica entre lo individual y lo colectivo y a la salud como objeto complejo multidimensional.* (González Guzmán, 2009. Pág. 136)

Para la MS/SC:

La determinación social se refiere a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos en términos de su configuración histórica. Requiere la comprensión de las articulaciones entre estructuras y sujetos sociales con sus capacidades de acción y de sentido que se expresan en forma sintética en modos de vida y perfiles de salud de los colectivos humanos. (López Arellano. 2013.p 145)

La riqueza de las discusiones y los debates giran en torno al eje de la tensión entre la interpretación desde la causalidad lineal y el de la complejidad para la comprensión de los procesos de salud enfermedad.

En cuanto a la relación y diferencias entre los conceptos determinantes y determinación podemos decir que la MS/SC sostiene que:

- Los **determinantes** sociales son expresión de la **determinación** social.
- La determinación social **se configura en momentos particulares** de las sociedades y grupos específicos.
- La **determinación social no es un listado de condicionantes y /o factores** de aplicación general, ni se reduce a datos empíricos, estadísticos o indicadores.
- **La determinación social es intrínseca al PSEAC.**

Por último, otra de las cuestiones centrales que el MS/SC le critica a la OMS es la falta de consideración de los procesos medulares que influyen en la producción y reproducción de las inequidades sociales en salud. Así como también la no consideración de la interrelación dinámica entre diferentes dimensiones, como migración, género, interculturalidad, condiciones de vida, clase social, economías desarrolladas y subdesarrolladas, entre otras. (Borde,2015.pág.845).

El PSEC puede ser realmente comprendido en la complejidad de la multidimensionalidad que lo atraviesa sin descuidar el contexto sociohistórico y político donde transcurre.

Reflexiones Finales

La visión social que enarbó de forma estrecha la relación de las enfermedades con las condiciones sociales puede ubicarse hacia fines del siglo XVIII y principios del XIX, cuando el modo de producción capitalista emprende su vigoroso despegue.

Las posibles vinculaciones entre enfermedades, condiciones de vida y de trabajo en ese contexto fueron observadas por médicos y políticos estudiosos de las transformaciones que generaba la revolución industrial. No obstante, será recién en el siglo XX cuando las evidencias se hicieron manifiestas, con la aparición de enfermedades no infecciosas como las cardiovasculares, crónicas degenerativas, hipertensión, diabetes, entre otras -en gran parte porque el homo sapiens solamente había logrado controlar algunas las enfermedades infecciosas-.

Los avances de las ciencias médicas y la tecnología aplicadas a la medicina monopolizaron el discurso y el saber sobre las cuestiones de salud/enfermedad, subalternizando y despreciando aquellos saberes ancestrales y no occidentales.

La década de los años '70 del siglo XX fue un punto de inflexión en el cuestionamiento de las formas que asume la hegemonía de la medicina científica. Se analizaron los efectos iatrogénicos, no deseados y dañinos para la salud, que generaba la expansión de las prácticas médicas en la sociedad de consumo capitalista. Fue la época también donde la MS/SC comenzó a estudiar el impacto de las condiciones de trabajo y los estilos de vida en estrecha vinculación con los modelos económicos, observando profundas diferencias en las formas de vivir, enfermar y morir de las diferentes clases sociales según el contexto histórico. Es decir, que la MS/SC desde sus inicios estudió la *determinación social de la salud*, aspecto que invisibilizaron los epidemiólogos anglosajones.

Es recién a principios del siglo XXI cuando el principal organismo mundial de la salud, frente al fracaso de la estrategia de *Salud para todos en el año 2000* y al aumento de las desigualdades en salud, crea una comisión para estudiar los determinantes sociales (CDSS). Sin duda, fue un gran avance que la OMS incorpore otras dimensiones para la comprensión de las problemáticas relacionadas con el campo de la salud. Sin embargo, la propuesta de la CDSS, de los factores determinantes de la salud es criticada por la MS/SC latinoamericana.

Existen diferencias sustanciales entre ambas propuestas. En primer lugar MS/SC sostiene que las explicaciones monocausales, simplistas y lineales del origen de la enfermedad, lo que la OMS llama factores, no son adecuadas para comprender la totalidad de las condiciones y los mecanismos que determinan PSEC. En segundo lugar, sostiene que la CDSS adoptó una posición neo-causalista porque los determinantes sociales son vistos como factores de riesgo dejando de lado el análisis de la determinación como procesos de las dinámicas sociohistóricas.

Estas críticas también ponen de manifiesto la visión de la MS/SC y su construcción de sujeto, desde un punto de vista ontológico, como ser plausible de transformación y que al mismo tiempo transforma el sistema mundo del que forma parte a partir de las tensiones y disputas que se erigen, por ejemplo, alrededor de las denominaciones de salud-enfermedad y en su compleja multidimensionalidad expresada en el género, la etnia, la clase social, las representaciones sociales, entre otras.

Bibliografía

- Boltanski, L. (1972). *El descubrimiento de la enfermedad*. Ediciones Ciencia Nueva. Buenos Aires.
- Breilh, J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción basada en la determinación social de la salud. *Taller latinoamericano de determinantes sociales de la Salud. 29 de septiembre a 2 de octubre*. ALAMES. México.
- Breilh, J. (2010). La Epidemiología crítica una nueva forma de mirar la salud. *Salud Colectiva* 6(1) 83-101. Lanús.
- Breilh, J. (2010). Las Tres "S" de la Determinación de la Vida y el Triángulo de la Política. Diez Tesis para una Visión Crítica sobre la Determinación Social de la Vida y la Salud. *Conferencia en el Seminario "Rediscutiendo a questão da determinação social da saúde", organizado por el Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Salvador Bahía. Brasil*.
- Breilh, J. (2013). La determinación social como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (Salud Colectiva). Ponencia presentada en: *VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI*. Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
- CEBES-ALAMES (2011). El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud. *Documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES*. Rio de Janeiro. Brasil
- Dubos, R. (1975). *La búsqueda filosófica de la salud*. Págs. 158-181. En: *El espejismo de la salud*. FCE, México.
- Eibenschutz Hartman, C. y col. (2011). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? *Memoria del Taller Latinoamericano sobre. Determinantes Sociales de la Salud*. UAM. México.
- Eslava Castañeda, J. (2017). Pensando la determinación social del PSE. *Rev. Salud Pública*. 19 (3): 396-403. Bogotá. Colombia.
- Foucault, M. (1968). *El Nacimiento de la Clínica*. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Foucault, M. (1993). *La vida de los hombres infames*. Editorial Altamira. Buenos Aires.
- Galeano, D. Trotta, L. y Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva* v. 7(3):285-315. Buenos Aires. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/scol/2011.v7n3/285-315/es>
- González Guzmán, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión de determinantes de la salud. Organización Mundial de la Salud. En *Medicina Social*. vol 4(2):135-143. Disponible en: www.medicinasocial.info
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores, Barcelona.
- Informe de Chadwick sobre Condiciones Sanitarias (1842). *Extracto del Informe de los Comisionados de Leyes de Pobres en una investigación sobre Las condiciones Sanitarias de la Población trabajadora de Gran Bretaña*, Londres, 1842, pp. 369-372. Disponible en: <https://www.thornber.net/medicine/html/chadwick.html>
- Iriart, C. Waitzkin, Horward; Breilh, J. Estrada A. y Merhy, E. (2002). Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. v.12(2):128-136.

- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. En: *Cuadernos Médico Sociales* N°19:1-11. Rosario, Argentina.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud enfermedad en América Latina. En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 37:1-11. Rosario, Argentina.
- López Arellano, Oliva. (2013) Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En: *Divulgação em saude para debate*. N° 49:150-156. Rio de Janeiro. Brasil.
- López-Moreno S. Garrido-Latorre F., Hernández-Avila M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública Mex* [Internet]. 1 de marzo de 2000 [citado 23 de noviembre de 2022]; 42(2):133-4. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6221>
- Mc Keown, T. (1990). *Los orígenes de las enfermedades humanas* Introducción y conclusiones. Crítica, Barcelona.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial. México.
- OMS. Commission on Social Determinants of Health. (2006-a). *Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69350>
- OMS. (2006-b) Estrategias de participación de la sociedad civil de latinoamérica en la CDSS. Segunda Fase. Resumen ejecutivo. Comisión sobre determinantes sociales de la Salud, ALAMES, CLOC y RSST. Mayo de 2006.
- OMS (2008). *Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Resumen analítico del informe final. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- OMS. Consejo Ejecutivo, 124. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: informe de la Secretaría*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/2440>
- Ramazzini, Bernardino. (2011 [1743]). *Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores. De Morbis artificum Diatriba*. Versión traducida disponible en : <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/tratado-sobre-las-enfermedades-de-los-trabajadores>
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en salud. *Programas de Desarrollo de Política en Salud. Serie Traducciones OPS*. Washington.

CAPÍTULO 2

Género y Salud: aportes para pensar las prácticas

Virginia Michelli

En este capítulo se recupera la relevancia del concepto de género como eje transversal y categoría analítica de importancia para la Salud Colectiva.

Se parte del concepto de género y se consideran dos dimensiones derivadas del mismo como ordenadores sociales de las prácticas de las personas que transitan experiencias en torno al Proceso/Salud/Enfermedad/Atención/Cuidado (PSEAC): - las construcciones sociales de las identidades de género, - y las relaciones de poder en el campo de la salud. Se toma la articulación entre dicha categoría, la construcción de la identidad masculina y algunas implicancias para pensar la salud colectiva. Entendemos que aproximarnos a estas configuraciones de prácticas deviene en interrogantes para pensar las intervenciones profesionales.

Articulaciones Entre la Categoría Género, Determinaciones Sociales y Salud Colectiva

La corriente latinoamericana de Medicina Social / Salud Colectiva, se inscribe dentro de las perspectivas críticas y como alternativa al pensamiento hegemónico en salud. Cuestiona las relaciones de poder y desigualdad que participan en las condiciones de vida de los conjuntos sociales. Parte de pensar a la salud y la enfermedad como un proceso socio histórico, y busca con su enfoque teórico metodológico, reconstruir la totalidad social a partir de algunas categorías teóricas que se inscriben en el materialismo histórico. Se propone hacer visibles los procesos sociales esenciales y concibe como categoría central la determinación social de la salud, definiéndola como “la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de configuración histórica” (López Arellano, 2012, p.145)

Podríamos mencionar tres sistemas de opresión que hacen a la configuración de estas determinaciones sociales estructurales que asumen formas específicas en distintos momentos históricos: patriarcado, colonialismo y capitalismo. No es objeto de este trabajo desarrollar estos aspectos, pero sí mencionar que las articulaciones entre los mismos conforman los sistemas de

opresión más significativos de nuestras sociedades configurándose en matrices de dominación y que tienen en el campo de la salud colectiva expresiones concretas.

Para analizar el PSEAC, la corriente latinoamericana, toma algunas categorías analíticas como la clase social, las relaciones de producción y reproducción social, la cultura, la ideología y el género entre las principales. Las mismas configuran una trama que condiciona y afecta la salud individual y colectiva (Benach, 2009; Tajer, 2020; Iriart, 2000; Laurell, 1986). Estas categorías forman parte del acervo teórico – metodológico de la Medicina Social/ Salud Colectiva en los cuales se inscriben los determinantes sociales.

Los determinantes sociales son expresión de las determinaciones sociales estructurales y conforman una trama compleja de condiciones que afectan la vida de los distintos grupos sociales. De acuerdo a esta perspectiva, los conjuntos sociales, atravesamos los PSEAC de acuerdo a la desigual forma en que vivimos: dónde vivimos, con qué y cómo nos alimentamos, si trabajamos, dónde y en qué condiciones lo hacemos, si participamos en las tomas de decisiones, si existen las condiciones generales para el desarrollo de las capacidades vitales y para el ejercicio concreto de los derechos humanos por parte de los conjuntos sociales.

Las formas de la organización social incluyen a los modos de producción y reproducción social, comercialización y consumos, así como las lógicas redistributivas en donde el Estado tiene un rol clave.

Una primera aproximación al concepto de género como categoría, nos permite poner de relieve cómo las lógicas de poder y dominación, inciden en la producción de desigualaciones en los distintos grupos sociales a partir de la diferencia sexual.

Tomando las palabras de Débora Tajer, el género constituye una categoría analítica que nos permite

“Entender mejor los procesos de salud enfermedad- cuidados, incorporando tres niveles de análisis: 1) las diferentes maneras en que las personas tienen problemas de salud asociados a sus roles de género, 2) la manera distinta en que se proveen servicios como "disparidades de género" y 3) la manera en que los /as proveedores de servicios debieran considerar los roles de género y su impacto sobre la salud para dar una mejor atención.” (Tajer, 2018, p. 83)

¿Qué es el Género?

El concepto de género ha sido definido en diversos campos del conocimiento en las últimas décadas. Esta categoría y las distintas posiciones teóricas en cuanto al sistema sexo/género han sido (y son actualmente) un campo de problematizaciones en estrecha articulación con los movimientos feministas.

Desde su surgimiento en el Siglo XVII, en la lucha por el reconocimiento de la igualdad en los derechos de las mujeres en la época de la razón ilustrada y las luchas organizadas de las sufragistas, hasta la actual Cuarta Ola feminista.

Este movimiento lejos de ser homogéneo representa las tensiones, heterogeneidades y posiciones divergentes propias de un proceso dinámico en el que se configuran distintos sujetos políticos.

Para acercarnos al concepto de género podemos ubicar una primera utilización del mismo en la medicina y la psiquiatría cuando John Money utilizó "rol de género" para referirse a un aspecto de la identidad subjetiva de los individuos.

Este autor tomó este concepto de las ciencias del lenguaje y lo llevó a las ciencias de la salud para subrayar la determinación de la educación en la conducta de las personas en tanto varones y mujeres. Cuestionó la determinación biológica o genética. Señaló que son los modelos culturales los que moldean las formas de ser, vestirse, la elección de colores, juegos, intereses, actividades, etc., según la orientación identitaria diferenciada para varones o mujeres.

En 1966, Money crea la primera clínica de identidad de género en la Universidad de John Hopkins que se especializó en las intervenciones de modificación genital. Estas prácticas se proponían desde los primeros meses de vida a bebés intersex.

Entre los años 60 y 70, hubo un auge en el desarrollo de los primeros programas médicos y psicológicos para abordar las identidades de género que no se ajustaban a los cánones sociales. Se comenzaron a implementar distintos tratamientos hormonales y quirúrgicos que se multiplicaron por muchos países. Estas prácticas fueron denunciadas a partir de los años 90 por los graves padecimientos que estos procedimientos producían en las personas siendo al mismo tiempo punto del surgimiento del colectivo de la defensa de las personas intersex.

Por otra parte, Robert Stoler desarrolló una teoría muy influyente sobre las causas de la transexualidad y acuñó la expresión "identidad de género" que fue publicada por primera vez en el año 1968. Este psiquiatra profundizó la teoría de Money al proponer el concepto de identidad de género asociándolo a características psicológicas de las personas y tomando el rol de género como la expectativa social que se tiene sobre el género de las mismas.

En el mismo período, los feminismos de la Segunda Ola, desde los años 50, comenzaron a afirmar lo que posteriormente se denominó sistema sexo género, estableciendo una distinción entre el sexo como algo natural y el género como una construcción social e histórica, impulsando una serie de cuestionamientos a los roles asignados a cada género.

Estos cuestionamientos formaron parte de las luchas encarnadas por los movimientos sociales de los años 60, cuyo alcance global, tuvieron como protagonistas a las mujeres en la lucha por la igualdad en la participación política y por los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, a las protestas estudiantiles y de trabajadores por mejores condiciones de trabajo, y al surgimiento del movimiento LGBT en lucha por reconocimiento de sus derechos. Tanto la conformación de la familia tradicional como la matriz heterosexual fueron interpeladas, al mismo tiempo que fueron denunciadas las prácticas estigmatizantes y discriminatorias. De esta manera, en el año 1974, se sacó a la "homosexualidad" del Manual de diagnóstico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) incluido en la primera publicación, reparando una injusticia de décadas.

El género en las Ciencias Sociales:

En la década de los 70 estos debates ocupan un lugar importante en las ciencias sociales complejizando la mirada y disputando sentidos que las ciencias médicas tenían hasta el momento.

La socióloga feminista británica Ann Oakley usó la noción de sexo para diferenciar las determinaciones biológicas de las expectativas sociales y culturales del compartimiento sexuado de las personas.

La antropóloga Gayle Rubin, en 1975 define por primera vez el sistema sexo/género como “el sistema de relaciones sociales que transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana y en el que se encuentran las resultantes necesidades sexuales históricamente específicas”.

Este sistema conforma un conjunto de disposiciones que normatizan el sexo y la procreación a través de una distribución jerarquizada de roles y funciones para mujeres y varones. Se producen estereotipos para cada género y se establece una matriz política que ordena la heterosexualidad obligatoria fundada en la autoridad patriarcal.

Estas teorías abonaron los movimientos feministas para denunciar el lugar de subordinación y desigualdad histórica de las mujeres basadas en causas sociales y culturales y por lo tanto, políticas.

El concepto de género contribuye a visibilizar el sistema que jerarquiza al género masculino como el "normal", subordinado y dejando en situación de desigualdad a lo femenino. Lo masculino es el punto de referencia, lo femenino; se define por oposición y negación del primero.

Los estudios de género continuaron indagando en los procesos de construcción de los estereotipos basados en la dominación masculina, las desigualdades en torno a los roles diferenciales que pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado. Este interés por los estudios de género se multiplicarán rápidamente a partir de los años 80 y 90.

La historiadora feminista norteamericana, Joan Scott dice que el “género es una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado y fundante, en las sociedades, de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996, p. 16). Las producciones académicas en su gran mayoría, van a coincidir en que, el género como construcción social, constituye una realidad objetiva y subjetiva que se impone a los individuos y grupos. Esta es elaborada por las personas y reelaborada en base a sus experiencias y los significados que provienen del lenguaje, la cultura y las relaciones sociales de las que forman parte.

Estereotipos, roles y relaciones de género

Los estereotipos de género se refieren a las ideas existentes en las sociedades que definen cómo deberían ser y sentir las personas en función de su género. Es una imagen construida, una representación simbólica que se produce sobre un grupo de personas a las que se les atribuye unas pocas características que establecen cómo deben ser.

Estas cualidades son dicotómicas y van a ser legitimadas por diferentes ámbitos y campos del conocimiento. Van a establecer los roles de género, que son las expectativas creadas en

torno al comportamiento femenino y masculino en espacios bien diferenciados para las personas según la condición genérica, con implicancias significativas: en la división sexual y técnica del trabajo, en la distribución del trabajo remunerado y el no remunerado, la ocupación legitimada de los espacios públicos y de poder y la permanencia dentro del espacio doméstico con las responsabilidades de ese ámbito. Un estereotipo simplifica, reduce, y también responde a una configuración socio - histórica.

Para el género masculino, habría un modo de encarnar esa masculinidad: en un varón cis, con cualidades como la racionalidad, la dominación, la potencia, la valentía, la contención emocional, la fuerza, una agresividad legitimada y justificada. En el género femenino, estaría representada por una mujer cis, con vulnerabilidad y dependencia emocional y económica, sumisa y sostenida como carente.

De este modo, se habilitan las relaciones de poder que implican diferencias en el acceso y control de los recursos materiales y simbólicos en una sociedad. No se trata sólo de cualidades opuestas, sino que además están jerarquizadas. Es decir, las adjudicadas tradicionalmente a los varones se consideran superiores respecto a su par opuesto: la objetividad sobre la subjetividad, la razón, sobre la emoción, la vida pública prima sobre la vida privada.

Los estereotipos, los roles y relaciones de género, forman parte de la trama genérica con la que se producen las relaciones sociales validadas socialmente y reproducida por las instituciones. Es importante considerar que esta distinción dicotómica y binaria excluye, invisibiliza y desconoce otras formas genéricas que no se ajusten a las establecidas por el patriarcado.

Aportes de los Estudios Queer y Trans: Problematizaciones al Concepto de Género

El interés de las ciencias sociales por los alcances e implicancias de la categoría género también es objeto de debates a partir de la década de los 70, por parte de distintos activismos travestis-trans, lesbianas y gays, que por fuera y por dentro de las academias, cuestionaron la idea de sexo como natural y el género como producto de la cultura. Estas problematizaciones se complejizaron a fines de los años 80, con los aportes de los feminismos negros. La estadounidense Kimberlé Williams Crenshaw introdujo el concepto de interseccionalidad que refiere a las múltiples formas de opresiones y privilegios que los individuos viven en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales.

Es interesante señalar lo expresado por Mauro Cabral respecto a la categoría género en los años 70. Cabral alude al resurgimiento de esta categoría, en tanto “construcción social del sexo”, como condición predicable sólo de mujeres y hombres. Y como “categoría relacional”, del mismo modo: la relación de desigualdad entre hombres y mujeres. (Cabral, 2009)

Esta idea nos introduce al concepto de *binarismo de género* para nombrar al sistema de género que ha organizado los cuerpos desde la modernidad. Este es un sistema de organización social de los cuerpos en nuestras sociedades modernas, entre los siglos XVII y XVIII, a través

de una compleja trama de dogmas cristianos, saberes médicos, psiquiátricos, jurídicos y pedagógicos que constituyeron las sociedades disciplinarias (Foucault, 1976).

Las instituciones disciplinarias descritas por este autor catalogaron como anomalía, desvío, patología que hay que corregir o encauzar, normalizar. De este modo, se establece y naturaliza que sólo puede haber dos géneros y que estos deben coincidir con el sexo asignado al nacer.

Identidades de Género y Prácticas Discursivas

Desde los estudios Queer y Trans se plantea que vivimos en una cultura que normatiza y equipara identidad con genitalidad, y a partir de allí, toda nuestra vida se proyecta a partir de esa característica.

Mauro Cabral expresa que

“Desde el punto de vista de este paradigma identitario, que de tan naturalizado se nos ha vuelto carne, el único modo posible de crecer para convertirnos en hombres o en mujeres felices es contar con genitales que se correspondan con el sexo que nos fue asignado –y como la heterosexualidad es la medida normativa de esa felicidad, esos genitales deben ser capaces de encarnarla de manera efectiva” (Cabral, 2009,p.8)

Diana Maffia menciona que:

“Cuando se habla de dos sexos, masculino y femenino, se está abarcando en esta dicotomía un disciplinamiento de aspectos muy complejos de la sexualidad humana. Por supuesto el sexo anatómico, con el que a primera vista y al nacer se clasifica a casi todos los seres humanos. Tan fuerte es el dogma sobre la dicotomía anatómica, que cuando no se la encuentra se la produce. Cuando los genitales son ambiguos, no se revisa la idea de la naturaleza dual de los genitales, sino que se disciplinan para que se ajusten al "dogma" (Maffia, 2003, p.5).

Por otra parte, Judith Butler expresa que “la diferencia sexual nunca es sencillamente una función de diferencias materiales que no estén de algún modo marcadas y formadas por prácticas discursivas (2008, p.17). Aporta el concepto de performatividad para referir a una práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra (200,p.17) señalando la compulsión y la necesidad en la repetición de las normas que sostienen la matriz heterosexual. Y al mismo tiempo, para identificar la fragilidad y la inestabilidad de los mismos, que dejan intersticios para ser subvertidos, resignificados y transformados.

Esta autora hace referencia al concepto de matriz heterosexual para definir al modo discursivo /epistémico hegemónico de inteligibilidad de género por el cual para que los cuerpos sean coherentes y tengan sentido debe haber un cuerpo estable y un género estable que se define históricamente y por oposición mediante la práctica obligatoria de la heterosexualidad.

Esta matriz define lo esperable y lo normal. Se clasifican a las personas desde esos parámetros que incluso establecen lo humano y lo inteligible, de este modo construyen identidades binarias (hombre/mujer) atravesadas por el mandato de la heterosexualidad y las entiende como las únicas posibles.

Butler señala que hay cuerpos que importan más que otros al introducir la idea de que en la producción discursiva no todos los cuerpos llegan a construirse. Resulta necesaria una reflexión igualmente importante acerca de qué modo y hasta qué punto se construyen discursivamente los cuerpos, como también reflexionar acerca de qué modo y hasta qué punto no se construyen. Sólo aquellos que se constituyen respecto al apoyo necesario que se establece en relación a las normas, alcanzan la categoría de cuerpos que importan. (Butler, 1993, p.49).

Entonces el género no es natural, sino una construcción histórica, social y simbólica, del mismo modo que el sexo anatómico es también producto de una lectura discursiva y pre existente al sujeto. Como categoría de análisis, el género es siempre relacional en tanto involucra relaciones de poder y jerarquías entre los géneros e intragéneros, a la vez que se interseccionan con otras dimensiones que hacen a las configuraciones identitarias de las personas como la clase social, la cultura, la condición de migrante, la religión, entre otras.

El género trasciende el binarismo. Para esta perspectiva, existen tantos géneros como identidades y además, es posible transformarlo. Hay autores y autoras que hablan de cuerpos/sexualidades migrantes para aludir a la resistencia clasificatoria al mismo tiempo que no puede situarse por fuera del sistema de interrelaciones de las distintas identidades sexo genéricas.

Cisheteropatriarcado, Cissexismo

Las distintas expresiones del movimiento LGTBIQ+ han sido muy significativos para develar el mandato de la heteronormatividad que pone de manifiesto la imposición social sobre cómo debe ser la vinculación con el propio cuerpo, a quiénes se debe desear y con quiénes vincularse sexualmente.

Se denomina *cisheteropatriarcado* a las imposiciones sociales devenidas de la identidad de género y la orientación sexual articuladas con el orden patriarcal, que se traducen en estereotipos de género y prácticas discriminatorias y excluyentes de las personas: pensar que las personas gays son "afeminados", las mujeres trans "ultrafemeninas", las lesbianas "masculinas", que las personas trans son personas que nacieron en un cuerpo equivocado, hasta los femicidios, transfemicidios y travesticidios como expresiones más extremas.

La violencia contra las mujeres se ejerce dentro del paradigma de la subordinación a lo masculino, y las violencias ejercidas contra identidades sexo - genéricas que no responden a la heteronorma, son conocidas como crímenes de odio. En este caso no se trata solamente de sumisión de un género sobre otro, sino de suprimir la amenaza que implican al orden heteronormativo (Álvarez, 2017, p.80)

Producto de las luchas de este colectivo, la Ley de Identidad de Género es sancionada en nuestro país en el año 2012, respaldándose en la Declaración Internacional de Yogyakarta del año 2006. Esta declaración define a las identidades de género como:

A la vivencia interna e individual del género, tal como cada persona se siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (Principios de Yogyakarta, 2014, p.17)

Resulta interesante recuperar un señalamiento que hacen Radi y Pagani acerca de la perspectiva de género: “Todas las expectativas proyectadas sobre ella la convierten en una referencia ineludible en ciertos contextos académicos y políticos. No pasa lo mismo con el trabajo crítico acerca de sus supuestos ontológicos, su entramado epistemológico y sus implicancias prácticas”. (Radi y Pagani, 2021, p.3).

Con relación a la definición de identidad de género, enfatizan que alude a todas las personas y no sólo a las que se identifican con un género distinto al asignado al nacer, De esta manera, tal definición “supone el abandono de la base materialista que asume que existe una base física que es el dato duro de la realidad que el género refleja y desmantela la articulación normativa del binario de género y la diferencia sexual” (op.cit, 2021, p.4)

Lo anteriormente señalado se vincula con el concepto de cissexismo acuñado por Julia Serrano escritora estadounidense que propone “una crítica a fondo del privilegio cissexual -esto es, del doble estándar que promueve la idea de que los géneros de las personas transexuales son distintos y menos legítimos que los géneros de las personas cissexuales”. (Serrano, 2011, p.3).

La autora señala que “para que este privilegio cissexual prolifere hay dos procesos que permanecen invisibles, el de la generización y el sobreentendido cissexual” (op.cit.p.3).

El primero se vincula con el proceso activo e individual de asignar compulsivamente un género determinado a todas y cada una de las personas con las que nos encontramos, y el segundo es cuando una persona cissexual proyecta sobre otras personas su propia condición cissexual dando por sentado que es un atributo humano y por tanto aplica a todas las personas.

Sobre esta presunción se monta el sobreentendido de la heterosexualidad: la mayoría de las personas heterosexuales asumen que todas las personas con las que se encuentran también lo son.

Esta autora plantea que no hay expresión de género capaz de subvertir el sistema de género tal y como lo conocemos sino que el cambio podrá producirse a partir del desmantelamiento de nuestro derecho cissexual a la apropiación del género:

“Si de verdad queremos poner fin a toda forma de opresión basada en el género, entonces debemos comenzar por asumir la responsabilidad por nuestras propias percepciones y presunciones. Lo más radical que cualquiera de nosotros puede hacer es dejar de proyectar sus propias creencias acerca del género de los demás en sus comportamientos y en sus cuerpos.” (Serrano, 2011, p.30)

En la misma línea argumentativa, y pensando en las prácticas de los equipos de salud, An Millet sostiene que “...es necesario propiciar instancias de desaprendizaje del cissexismo... La dificultad mayor no es tanto la ausencia de formación profesional específica “sino más bien en el cissexismo imperante en todas las trayectorias educativas”. (Millet, 2020, p.63)

Género: Una Categoría Desde Donde Pensarnos y Repensar Nuestras las Prácticas

Afirmamos anteriormente que existe una experiencia diferencial en los modos en que se viven y transitan los PSEAC y con las instituciones sanitarias de acuerdo a la pertenencia genérica. Esta experiencia tiene diferentes dimensiones que incluyen el cuidado del propio cuerpo, el registro de síntomas y los comportamientos en el plano de la sexualidad. También es importante señalar que el conocimiento científico hegemónico en salud y la formación de profesionales se ha construido históricamente alineado con los intereses del patriarcado.

Es una versión masculina del conocimiento y de la práctica de la medicina occidental, en la que también replican los estereotipos, roles y relaciones de género.

En esta dimensión de la identidad de género también se juega lo referido al riesgo en salud y al concepto de cuidado. Es importante señalar que no se trata de categorías totalizantes, ni de encasillar en nuevas formas de estereotipos, se trata de identificar las formas hegemónicas que en cada momento representan las identidades sin desconocer otras formas subalternizadas y contra hegemónicas en que las mismas se expresan y que por razones de espacio no es posible abordar en este artículo.

Algunxs autorxs proponen que el proceso de construcción de la identidad masculina expone a los varones a la necesidad de enfrentar su cuerpo a riesgos en situaciones violentas no experimentadas por las mujeres. La identidad masculina tiene implicaciones para la percepción de signos y síntomas de padecimientos así como el ejercicio de presionar hacia comportamientos sexuales que pueden afectar su salud o las de sus parejas.

Sobre este aspecto, Szasz señala que en el caso de los varones cis, la construcción de la identidad masculina respecto a los comportamientos sexuales, se produce en base a la creencia

en una “necesidad sexual o impulso biológico irrefrenable de los varones que requiere ser satisfecho en forma más o menos continua y bajo cualquier circunstancia.

Por otra parte en lo atinente a las tareas de cuidado, habría una asignación a la identidad femenina de la capacidad relacional y de cuidado. Que de tan bien aprendida naturaliza y sella en esta identidad las tareas de cuidado y las redes de sostén, tan esenciales para la reproducción de la vida cotidiana y el sostenimiento de la economía familiar y al producto bruto interno de la economía nacional. Del mismo modo que invisible, naturalizado y no remunerado. También las identidades de género participan en los comportamientos sexuales, reproductivos y no reproductivos en la afirmación de las identidades y sus derivaciones en los PSEAC. En distintas culturas el mandato de la maternidad (a menudo temprana) y en algunos casos numerosa, más allá de los deseos personales y condiciones de vida.

En cuanto a las relaciones de poder y de salud, a menudo las relaciones sexuales y las negociaciones verbales y no verbales de intercambio establecen que ese valor intercambiable no sea el mismo (placer por placer).

En su revisión bibliográfica, la autora Szasz, recupera algunos aspectos vigentes a considerar que intervienen en los intercambios desiguales, a saber: los referidos a percepciones de necesidades eróticas diferentes en masculinidades y feminidades, normas divergentes de moral sexual para cada género, diferentes atributos sexuales definiendo las identidades de género y acceso desigual de recursos materiales y simbólicos, incluidos la posibilidad del ejercicio al derecho a una ciudadanía plena, comenzando por el derecho al nombre propio.

Con respecto a los atributos sexuales femeninos, la capacidad de atraer sexualmente, de proporcionar placer, de preservar la castidad, la fidelidad marital y de desconocer o de guardar silencio sobre el deseo y el placer sensuales son construidas en diversas culturas como atributos sexuales femeninos. “Estos atributos configuran importantes valores de cambio en las relaciones hombre - mujer.... El comportamiento sexual es un medio que les permite a las mujeres adquirir y mantener relaciones familiares adecuadas, en un entorno donde esas relaciones son el principal recurso al que acceden y donde tienen escasas alternativas de vida” (op. cit p.8)

Esto es importante, porque de este modo podemos pensar que el comportamiento sexual no responde solamente a normas y valores sino también a las condiciones materiales de vida y las opciones de acceso a recursos para las distintas identidades. Esto da lugar a poder pensar en cómo los atravesamientos en las formas de construir la sexualidad pueden restringir las posibilidades de prever o evitar relaciones sexuales, de usar medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual, de usar anticoncepción y de evitar consecuencias no deseadas en los intercambios sexuales.

Desde la dimensión del poder, en los estudios sobre las masculinidades son importantes porque los esfuerzos en la dominación y el control vinculados a la genitalidad aparecen presentes en prácticas como bromas, juegos de palabras y contactos corporales en espacios de hombres solos, “el poder aparece como una dimensión importante en las relaciones sexuales conyugales y en los encuentros eróticos ocasionales y las parejas no maritales entre hombres, y entre hombres y mujeres”. (op.cit.p.9)

Una Perspectiva Relacional para Pensar Articulaciones entre Género, Masculinidades y Salud

La masculinidad es un concepto relacional. Se trata de un conjunto de significados, atributos, valores, comportamientos que se consideran característicos de un hombre en una sociedad y en un momento histórico determinado. Si anteriormente señalamos que el género es un dispositivo de poder para la socialización de varones y mujeres, la masculinidad es la dimensión del dispositivo por el cual se educa a los varones en ciertos mandatos. Puede haber distintas formas de ser varones, diversas identidades masculinas, sean varones o no.

Luciano Fabri plantea que es necesario politizar las miradas sobre la masculinidad, y que no alcanza con usar el plural “masculinidades” atendiendo a las diversas identidades que se autoperceben masculinas, sino que es necesario verlo como un dispositivo de poder que produce y reproduce relaciones desiguales de poder.

Luis Bonino desarrolla esta idea de “los costes de la masculinidad” para la salud de los varones: sobre mortalidad masculina por enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio, digestivo, consumos problemático de tabaco y alcohol, causas externas vinculadas a conductas de riesgo propias de la omnipotencia masculinas, accidentes de tránsito, homicidios, traumatismos, uso de armas, mayor tasa de suicidios, mayor mortandad por causas asociadas a la actividad laboral, dificultades para advertir síntomas corporales y admitir dolores y malestares psicológicos, y dificultades de las instituciones sanitarias para identificar las necesidades masculinas.

Fabri señala que no sólo hay un déficit de la demanda de servicios de salud por parte de los varones cis, sino un déficit en la oferta de los servicios de salud de promoción, captación y retención de los mismos en el sistema sanitario, que redundaría en la reducción de la accesibilidad a la atención por parte de los varones. Expresa que de alguna manera el modelo patriarcal impregna de ideología a los profesionales, de modo tal que de mantener el mandato de arreglarse solo.

Menciona que es en la salud laboral y la sexual y reproductiva, es donde se concentran las consultas y es cuando la salud puede presentarse como un factor de riesgo para los mandatos masculinos de procrear y proveer.

Propone un enfoque relacional que posibilite un corrimiento de la mirada autocentrada y como primeras víctimas o damnificados por la masculinidad de los varones a una posición que los ubique en relación dialéctica con las prerrogativas, sería posible observar que todos esos déficits de cuidado y autocuidado – que la socialización supone para los varones- impactan nocivamente sobre la salud de las mujeres”. (op.cit. p. 118)

Propone un ejercicio de descentramiento de la mirada para preguntar entonces:

... ¿quienes pagan verdaderamente esos costes, además de ellos mismos cuando por ejemplo no asumen la responsabilidad del cuidado en la salud sexual y reproductiva, ¿quiénes ponen el cuerpo en los embarazos no desea-

dos?, y en las ETS? ¿Quiénes asumen el cuidado cuando se exponen a situaciones de riesgo? Si los varones son cuidados y no cuidadores, ¿Quiénes cuidan a quienes cuidan a ellos? (op. cit .p. 119)

Para este autor, ese desplazamiento de una mirada autocentrada hacia otra relacional sobre la articulación entre género, masculinidades y salud es un corrimiento con “mayor soporte ético político”, que no invisibilice los costos relacionales. Poder traspasar la reflexión dicotómica acerca de quienes cuidan y quienes son cuidados sino también “a quienes se les niega el derecho a ser cuidadas, que cuidan más de los otros que de sí mismas, que padecen, enferman y mueren por ello o al menos ven reducida su calidad de vida.” (op. cit.p. 120)

A modo de Síntesis

En este capítulo hemos puntualizado en algunas conceptualizaciones en torno a la categoría género y otras derivadas de este concepto, que en el devenir de las sinergias de los distintos activismos permean, complejizan, dinamizan y trastocan las relaciones sociales como expresión candente de un momento histórico bisagra, al calor de la Cuarta Ola feminista, con la marea verde y el Derecho al Aborto, Seguro y Gratuito, con el Ni Una Menos, con la vigencia de las pandemias de las deudas sociales históricas existentes y recrudecidas las desigualdades sociales, luego de la experiencia vivida a escala planetaria por el COVID 19. Se expresan más que nunca en actos de crueldad, discriminación y en muertes evitables

Pensarlo de este modo forma parte del ejercicio práctico de interrogar la realidad desde una perspectiva, sin perder de vista la trama socio histórica de las determinaciones sociales que hace a su totalidad y al núcleo central de nuestra perspectiva teórica. Porque además, lo atinente a las relaciones de poder y desigualdad son intrínsecas al campo de interés de la misma.

Reflexionar sobre las relaciones entre género y salud colectiva, reviste de singular importancia para poder comprender las prácticas de lxs sujetxs en torno al PSEAC pero también para interpelar los modos en que el Estado y las instituciones sanitarias son reproductoras o transformadoras de las mismas, porque de esto último dependerá la accesibilidad efectiva a la atención sanitaria y el ejercicio del derecho a la salud.

Por otra parte, nos parece importante recordar que la Salud Colectiva es una praxis social que busca la transformación de las condiciones existentes. Frente a modelos hegemónicos en salud, busca construir y darle visibilidad a las prácticas subalternas que habitan los espacios micro políticos, que son facilitadores de la “producción, apropiación, reelaboración, impugnación, e innovación o transformación” de las representaciones y las prácticas” existentes (Grimberg, 1993, p.27). Aproximarnos de este modo nos coloca en clave de poder re significar discursos y transformar las prácticas.

Bibliografía

- Álvarez, J.T. (2017). Crímenes de odio contra las disidencias sexuales: concepto, orígenes, marco jurídico nacional e internacional. *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*. Disponible en: https://www.palermo.edu/derecho/revista_juridica/pub-16/Revista_Juridica_Ano16-N1_03.pdf
- Benach, J y Muntaner, C. (2009). La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socioecológica del capitalismo. En: *Ecología Política: No. 37*, junio de 2009, Barcelona.
- Bonino, L. (2001). Salud varones y masculinidad. *Jornadas sobre Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud*. OMS - Europa/Instituto de la Mujer. Madrid. Septiembre de 2001.
- Butler, J. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós. Buenos Aires.
- Cabral, M. (2009). *Interdicciones. Escrituras de la Intersexualidad en castellano*. Editorial Anarrés. Buenos Aires.
- Fabrizi, L. (2019). Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas. En Barrancos, D. Balaña, S. Finielli, A. et. al (Comp.): *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires. Tinta Limón
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar nacimiento de la prisión*, México, Siglo Veintiuno Ediciones
- Grimberg, M; Margulies, S; Wallace, S. (1993). Construcción social y hegemonía. Representaciones médicas sobre el Sida. Un abordaje antropológico. En: Kornblit, A. *Simposio Internacional de Sida. Facultad de Ciencias Sociales*. UBA. Buenos Aires.
- Iriart, C.; Waitzkin, H. Breilh, J. et al (2002). Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. v.12 (2):128-136.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio del proceso salud enfermedad en América Latina. En: *Cuadernos Médicos Sociales* N° 37 – Septiembre, 1986
- López Arellano, O. (2013). Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En: *Divulgação em saude para debate*. N° 49:150-156. Rio de Janeiro. Brasil.
- Maffia, D. (2003). *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Editorial Feminaria. <https://www.flacsoandes.edu.ec/agora/los-sexos-son-o-se-hacen>
- Menéndez, E. (1990). Modelo Médico Hegemónico. Estructura, función y crisis. En: *Morir de Alcohol*. Capítulo 3. Editorial Patria, México.
- Millet, A (2020). *Cissexismo y Salud. Algunas ideas desde otro lado*. Colección Justicia Epistémica. Puntos suspensivos ediciones. Buenos Aires.
- Rubin, G (1996). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. En Lamas, M. (Comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, 35–98. México: PUEG UNAM, 1996.
- Scott, J (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico, en: Lamas, M. (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), Universidad Autónoma de México (UNAM). Disponible en

https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos_economicos_sociales_culturales_genero/EI%20Genero%20Una%20Categor%C3%ADa%20Util%20para%20el%20An%C3%A1lisis%20Hist%C3%B3rico.pdf

Serrano, J. (2011). *Whipping Girl. A Transsexual Woman On Sexism And The Scapegoating Of Femininity* Reeditado por el colectivo MTF (Misandres Terroristas Féministas) en francés en octubre de 2011. https://infokiosques.net/lire.php?id_article=884 como: La Chica del Látigo. Una mujer transexual opina acerca del sexismo y el chivoexpiatorio de la feminidad.).

Szasz, A. (1997). Género y Salud. Algunas reflexiones. *VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina*. México.

Débora, T. (2018). Identidad de Género y Salud Mental. *Revista Soberanía Sanitaria N°4* pp.84-88. ISSN 2618-1827 Año 2 · Número 4 · Junio 2018 Buenos Aires.

Tajer, D. (2020). *Género y Salud. Las políticas en acción*. Edit. Lugar. Bs.As.

Tajer, D; Reid, G; Cuadra, M.E et al. (2019) Varones adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires: barreras de género en la prevención y atención de la salud. En: *Revista Salud Colectiva Vol 15* (2019) UNLa.

Radi, B. y Pagani, C. (2021). ¿Qué perspectiva? ¿Cuál género? De la educación sexual integral al estrés de minorías. *Praxis educativa*, Vol. 25, n 1, pp. 1-12. <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/praxis/article/view/5351/pdf>

Principios de Yogyakarta (2014). Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. *Consejo de la Magistratura de la Ciudad de Buenos Aires*. Editorial Jusbares.

CAPÍTULO 3

Medicalización/biomedicalización: Apuntes para su Comprensión

Carina Scharagrodsky

Introducción

El presente capítulo tiene como objetivo realizar un recorrido en clave histórica de los procesos de medicalización, entendidos como la expansión y penetración del Discurso Médico (propio del Modelo Médico Hegemónico (MMH)) en la vida cotidiana de las poblaciones, impactando en sus prácticas sociales.

Para ello, sintetizaremos el MMH dado que no resulta posible desarrollar estos temas sin poner en evidencia su vinculación. Señalamos a su vez que dicho modelo se asienta en el paradigma filosófico positivista que surge en el siglo XIX, posibilitando determinado desarrollo de las ciencias basadas en la observación, experimentación, verificación y enunciación de leyes y principios generales “provisorios”.

Entendemos que los procesos de medicalización/biomedicalización configuran procesos histórico- sociales, que admiten transformaciones de sentidos.

En este trabajo entonces nos proponemos:

- Recuperar sus antecedentes y definiciones a partir de autorxs de habla inglesa (Conrad, 2007; Clarke & Shim, 2011) y española (Murguía, Ordorika & Lendo, 2016; Pfeiffer, 2015) y nos centraremos en aquellxs vinculados a la corriente latinoamericana de la Salud Colectiva (Stolkiner, 2013; Iriart & Iglesias Ríos, 2013)
- Abordar sus diversas manifestaciones en virtud de los contextos particulares (como el latinoamericano), en el marco de la tendencia global
- Reflexionar sobre su eficacia, siguiendo sus avances en complejidad hacia el proceso de biomedicalización. Este último involucra la idea foucaultiana de biopoder, quedando ilustrado con mayor claridad en los extremos del ciclo vital: infancia y vejez.

Por último, nos proponemos abordar aspectos relevantes vinculados a la expresión de la medicalización/biomedicalización en contexto de pandemia, advirtiendo algunos de sus riesgos en el campo de la salud mental.

El Modelo Médico Hegemónico (MMH)

Es importante precisar a qué nos referimos cuando invocamos el MMH para no dar por sentado el sentido de su definición y de sus rasgos estructurales.

En primer lugar, cabe aclarar el concepto de hegemonía acuñado por el filósofo, sociólogo y político marxista italiano Antonio Gramsci (1891-1937). Para él la hegemonía constituye una relación de dominación con consenso de la sociedad civil, es decir legitimada por la aceptación social de las clases subalternas. Se trata de una hegemonía cultural que trasciende los aparatos represivos del Estado y se ejerce a través del control del sistema educativo, de las instituciones religiosas y de los medios de comunicación. No podemos hablar de hegemonía sin situar las correspondientes subalternidades.

Menéndez (1990) toma este concepto de Gramsci y lo aplica al Modelo Médico, definiéndolo entonces como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la “medicina científica”. El MMH construye una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de otras posibilidades de atención y/o resolución de problemas que quedan ubicadas en relación de subalternidad. Hacemos referencia aquí a las “medicinas” denominadas “tradicionales”, “alternativas” o “complementarias”. El autor enfatiza el concepto de **modelo como instrumento metodológico**. Un modelo actúa como **referencia** y presenta **rasgos estructurales** que comprometen, no sólo la producción teórica, técnica e ideológica, sino la **participación de los conjuntos sociales**. Nótese entonces que hacemos referencia a un conjunto de actorxs y no sólo a lxs profesionales de la medicina.

Los rasgos estructurales del MMH son: **biologicismo, ahistoricidad, asocialidad, eficacia pragmática, la salud/enfermedad como mercancía, orientación básica curativa, relación asimétrica médico/paciente, no legitimación científica de otras prácticas, profesionalización formalizada y tendencia a la medicalización de los problemas.**

Medicalización

En este apartado, revisaremos los procesos de medicalización, y su franco avance hacia procesos más complejos de biomedicalización, con el objetivo de identificarlos y visibilizar su **eficacia** tanto en la **vida cotidiana** como en las **prácticas profesionales vinculadas a la salud**.

Es importante comprender que la medicalización **no es una abstracción**:

- 1) Es un proceso histórico que hay que poner en contexto
- 2) Presenta cambios y continuidades
- 3) Es un proceso que nunca es completo

Es un proceso histórico que es necesario ubicar en tiempo y lugar porque al hacerlo observamos las variaciones históricas que presenta toda construcción social. Podemos así analizar las características particulares que adquieren los procesos al situarlos en distintos momentos y territorios.

En nuestro continente, por ejemplo, algunxs autorxs como Murguía, Ordorika & Lendo (2016) afirman que:

Una de las maneras en que se extendió la medicalización en América Latina fue la marginación de modos alternativos de hacer frente a las dolencias, “incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de todo tipo de procesos que van desde el parto hasta la muerte” (Márquez, Meneu, 2007, p.65). En este proceso el papel del Estado ha resultado crucial en la medida en que el MMH se convirtió hasta muy recientemente en el único autorizado para hacer frente a la salud pública (Murguía, Ordorika & Lendo, 2016, p.641).

Además, concluyen lo siguiente:

En América Latina, los análisis existentes muestran que los procesos de medicalización adquieren características que se suman a las seculares desigualdades de la región: el derecho a la salud no se cumple porque grandes sectores de la población tienen un acceso limitado a servicios y medicamentos básicos. Al mismo tiempo, existe un sobreuso de fármacos y servicios por parte de los sectores económicamente más favorecidos y con mayor educación, sectores que replican el consumismo sanitario estadounidense (Alcántara, 2012), de manera que la medicina transita entre los extremos de la exclusión de algunos sectores y la sobremedicalización y el hiperconsumo de medicamentos de otros (Natella, 2008). Entre estas antípodas se mueven hoy en día las discusiones sobre la medicina, discusiones que involucran, de manera saliente, dimensiones económicas que son subrayadas por la investigación latinoamericana (Murguía, Ordorika & Lendo, 2016, p.642).

Los procesos de medicalización presentan cambios y continuidades. Como veremos más adelante, la biomedicalización constituye la radicalización de los procesos de medicalización en función de los cambios socioeconómicos producidos hacia fines del siglo XX y principios del XXI. Esto también pone en evidencia que no se trata de procesos completos ya que van reconfigurándose. Asimismo, podemos mencionar un proceso “a contramarcha” que, si bien es menos frecuente, es posible denominarlo “**desmedicalización**” de algunas condiciones. El ejemplo paradigmático sigue siendo la homosexualidad, que en 1973 dejó de ser considerada una patología por la American Psychiatric Association.

Antecedentes

Ya en 1923 podemos situar una obra teatral de tres actos escrita por Jules Romain llamada: “El Dr. Knock o el triunfo de la medicina”. La misma plantea la profecía cumplida de una “sociedad medicalizada” tal como la entenderíamos en la actualidad, en la cual los diagnósticos médicos y una gran variedad de opciones terapéuticas impregnaban la biografía de cada persona que vivía en Saint Maurice.

Muchos años más tarde, en la década del 70, Ivan Illich hablaba de la “**colonización médica**” y se refería al concepto de “**iatrogénesis social**” como el uso de categorías médicas para la comprensión y tratamiento de problemas de la **vida cotidiana** planteando que el sistema médico de las sociedades occidentales modernas **no sólo no cura**, sino que posibilita la **generación de enfermedades**. Por su parte, Michel Foucault en sus trabajos sobre la locura de esos años caracterizaba a la medicina como un **dispositivo de control social que ejerce una mirada vigilante y normalizadora sobre los sujetos**.

Conrad y Schneider a partir de los años 80 definen “**medicalización**” como el proceso por el cual **ciertos problemas de la vida social o individual -que hasta un momento no son considerados asuntos médicos- comienzan a ser entendidos y tratados como problemas médicos y definidos usualmente en términos de enfermedad o ausencia de salud (Conrad y Schneider, 1980; 1992)**. Conrad continuó desarrollando la categoría en sus escritos posteriores.

Recapitulando, definimos la medicalización como **proceso histórico que fue penetrando en la vida cotidiana de las poblaciones, recortando e interpretando eventos del ciclo vital y produciendo subjetividades sobre la base del Discurso Médico**.

Es importante señalar que al remitir al Modelo Médico Hegemónico en tanto “modelo”, no se trata de un asunto encarnado únicamente por médicos. Se trata de un **posicionamiento discursivo que trasciende cualquier disciplina profesional, inclusive extra sectorial, vale decir por fuera del Sector Salud**.

Son **procesos de alta eficacia al momento de construir representaciones y direccionar prácticas sociales**. De hecho, las mismas pasan inadvertidas en torno a eventos de la vida cotidiana. “El castigo a los niños, su nivel de atención o actividad, la cantidad de horas de trabajo de un obrero o un empleado, los horarios para exponerse al sol, la adopción o no de una mascota, la atracción sexual, los colores para pintar una casa, la vocación, la conveniencia o no de un duelo, son cuestiones medicalizadas” (Pfeifer, 2015, p.50).

Para entenderlo mejor, recordemos que las Representaciones Sociales (RS) hegemónicas que circulan aún en la actualidad sobre la Ciencia médica sugieren lo siguiente:

- 1) La medicina, por ser ciencia, puede predecir el futuro.
- 2) Prevenir es mejor que curar, y la predicción es la mejor prevención: “un sano es una persona que no ha sido suficientemente estudiada”.
- 3) Existe o puede llegar a existir un medicamento o un procedimiento curador para cada dolencia.

Estas representaciones son las que constituyen un terreno fértil para el desarrollo de los procesos de medicalización.

Inicios

Stolkiner (2013) señala que “los procesos de medicalización se iniciaron con el nacimiento de los estados capitalistas modernos occidentales cuando la medicina científica de base positivista hizo parte de la gubernamentalidad estatal incorporando la vida (“bios”) como objeto de la política, configurando la biopolítica (Foucault M, 2007, 2008)”.

Siguiendo a Foucault coincidimos con Stolkiner en lo siguiente: “analizar críticamente el proceso de medicalización indefinida no significa renunciar al saber médico sino someterlo a la arqueología y a la crítica, dado que (...) la medicina no debe ser rechazada ni aceptada como tal” (Stolkiner, 2013:15). No es necesario negar la eficacia pragmática que este campo tuvo en relación a algunas dimensiones de los procesos de salud-enfermedad-cuidado al señalar los procesos objetivantes y de dominio en que se implica en el marco de la mercantilización.

En este sentido queda claro que no hacemos referencia a un proceso anti medicina sino a la posibilidad de analizar desde una perspectiva crítica ciertas prácticas sociales.

Stolkiner (2013) habla entonces de un proceso de **medicalización-mercantilización-objetivación, dado que para mercantilizar la salud es necesario transformar al sujeto (siempre emergente de un colectivo) en un objeto.**

Manifestaciones

Los procesos de medicalización son procesos amplios y se expresan a través de múltiples manifestaciones:

La medicamentación

Es importante distinguir entre procesos de medicalización y la “medicamentación”. Esta última forma parte de un proceso mucho mayor.

La medicamentación es uno de los indicadores fácilmente identificables de los procesos de medicalización, pero no es el único. La utilización y consumo cada vez mayor²⁰ de medicamentos que se instalan en la vida cotidiana de las personas nos muestra el despliegue de dicho

²⁰ Cabe señalar el aumento del consumo de psicofármacos vinculado a la pandemia del COVID 19. Ver: <https://www.telam.com.ar/notas/202110/571019-coronavirus-ansioliticos-defensor-del-pueblo.html>

proceso. En la actualidad podemos encontrar medicamentos de todo tipo y de “venta libre” en carteras, mochilas, bolsillos, botiquines domésticos, etc. En este sentido queda clara la mercantilización de la salud y el desarrollo lucrativo de las industrias farmacéuticas tanto en la producción variada de medicamentos como en la instalación de la “necesidad” de su pronta utilización.

El lenguaje

Marc Angenot (2010) en su teoría del discurso social destaca entre sus postulados la consideración de la "**hegemonía discursiva**". El autor la entiende como un conjunto de mecanismos unificadores y reguladores que organizan los discursos de una época dada.

Las hegemonías discursivas permean el uso del lenguaje cotidiano, político, periodístico y bélico a través de metáforas biológicas del cuerpo humano como organismo. En ese sentido escuchamos con frecuencia el uso de expresiones como “el tejido social”, “el cáncer de las sociedades”, “hay que hacer cirugía mayor”, “es preciso erradicar la pobreza”, etc. Si prestamos atención, nuestro lenguaje coloquial cotidiano está teñido de tecnicismos provenientes de la medicina y diagnósticos apresurados. Todos estos fenómenos discursivos, resultan una expresión del mismo proceso de medicalización.

El cuerpo

Para el discurso médico el cuerpo es objeto y blanco de poder. En este sentido, la medicina opera no solo como el arte de curar sino como pilar de regulación social. El discurso médico, del que han sido portadores médicos junto con otros profesionales, “han sido piezas claves en el conjunto de dispositivos estratégicos a través de los cuales la sociedad produce a sus hombres y mujeres” (y hoy hablaríamos de “diferencias desiguales”).

Ana María Fernández (2021) ya en un escrito de 1986, cuyo título²¹ resulta más que sugerente, propone:

Aportar algunos elementos históricos que puedan dar cuenta de la inscripción de los discursos médicos en el dispositivo estratégico que comienza a organizarse en el siglo XVIII, para afirmarse definitivamente en el siglo XIX, a través del cual se produce la medicalización moderna del cuerpo de las mujeres y la alianza entre médicos y familias que cambiará radicalmente los criterios de crianza y educación de los niños y por consiguiente el lugar de la mujer en la sociedad industrial incipiente. En el marco de estos dos factores se desplegará el discurso médico de la naturaleza femenina: pasiva, frágil, emotiva, dependiente y predestinada a la maternidad. Este es el escenario que dará entrada

²¹ Nos referimos al escrito de la autora titulado: “¿Historia de la histeria o histeria de la historia?” que figura como capítulo 5 de su obra: Psicoanálisis. De los lapsus fundacionales a los feminismos del siglo XXI.

a la histeria como enfermedad nerviosa. Gran vedette, sin duda de la medicina del siglo XIX (Fernández, 2021, p.153-154).

La histeria entonces tendrá sus orígenes en la ausencia de relaciones sexuales y se construirá como la enfermedad de mujeres sin hombres, de niñas casadas muy tarde, de religiosas, viudas, etc.

Dirá la autora:

Cuando la maternidad entra dentro de la mirada médica, ese difuso y ambiguo conjunto de síntomas llamado "histeria" que en la Edad Media" recibía una explicación religiosa- en tanto subvertidoras²² del orden de Dios debían ser perseguidas y eliminadas- ingresa ahora al campo de los saberes médicos con absoluto estatuto de enfermedad (Fernández, 2021, p.174).

La Madre y la Histérica constituyen el anverso y reverso de una misma coerción social sobre la femineidad.

En suma:

La progresiva medicalización de las mujeres parecería formar un cambio de estrategia biopolítica, por la cual en el escenario del capitalismo naciente, mentalidades y costumbre van girando desde un derroche a una economía de los cuerpos" (Fernández, 2021, p.175). En este marco cobra relevancia la revisión de las diferentes cristalizaciones que el imaginario social de cada época construye no sólo en torno a las mujeres sino sobre la/s sexualidad/es femenina/s. Queda clara la eficacia del mito social de "la maternidad" como equivalente de "la mujer" que la ubica en tanto "reina y prisionera en el mundo doméstico, su trabajo altamente productivo en lo social, quedará por fuera de salarios y contratos porque su paga será el don del Amor. (Fernández, 2021, p.182).

"Nuevas" Categorías Diagnósticas

La capacidad de nombrar de una determinada manera y no de otra, es decir de diagnosticar a las personas es una característica propia del saber médico en su afán por brindar certezas. Por lo tanto, se transforma en una característica intrínseca a los procesos de medicalización que estamos abordando.

²² Según refiere la autora, las "brujas" del medioevo se distinguían de las "buenas mujeres". Por lo general se trataba de mujeres pobres, de ámbitos rurales que se encontraban fuera del sistema de alianzas matrimoniales. Su comportamiento resultaba diferencial desde varios aspectos: su ocupación (eran magas, parteras, sanadoras y conocedoras de plantas, hierbas, traumatología, obstetricia, psicología, ya que tenían a su cargo la medicina de los sectores populares); su sexualidad ("uso indebido de la sexualidad por fuera del matrimonio") y su inserción productiva (por fuera de la vida doméstico familiar).

Se construyen “diagnósticos” rotuladores que abarcan cada vez a más cantidad de personas, sobre viejas categorías o se inventan otras novedosas. Estas formas de nominar implican: recortar una situación definida como problema, caracterizarla como colección de síntomas, generar una respuesta preferentemente medicamentosa y gestionar su inclusión en la cobertura sanitaria tanto del Estado como de las aseguradoras (reivindicando un derecho que entra en tensión con el derecho a la no medicalización).

Volviendo entonces a nuestra categoría, “la medicalización es un analizador privilegiado de la articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividad, e igualmente en los procesos vitales de salud/enfermedad/cuidado” (Stolkiner, 2013, p.1). La autora señala un antagonismo propio de nuestros tiempos o una tensión entre la tendencia hegemónica de objetivación y la subjetivación, esta última sostenida por sujetos que desarrollan prácticas de ampliación de derechos. Asimismo, advierte que todo acto en salud invoca una intervención disciplinaria o técnica, **potencialmente objetivante**. *Pero se trata de generar prácticas en las cuales el componente de objetivación inherente a toda intervención disciplinar quede subordinado al reconocimiento del otro como sujeto con capacidad de innovación y como sujeto de derechos.*

Definición

Por medicalización entiendo a partir de los trabajos de Zola e Illich (1972; 1975), y dicho muy sintéticamente, la expansión de la jurisdicción médica sobre situaciones previamente no consideradas padecimientos, como por ejemplo el embarazo y el parto no patológicos. En este tema, los procesos de medicalización se consolidaron a partir de deslegitimar prácticas que no se realizaban bajo supervisión médica, instituyendo la necesidad de control médico ante el peligro de complicaciones. Esto a su vez implicó, el continuo agregado de procedimientos diagnósticos que los avances tecnológicos fueron aportando y cuyo uso se extendió a controles de rutina. De esta forma el embarazo y parto termina siendo visualizado como una condición médica, llegando al extremo que las compañías de seguro, cuando se consolida el modelo asegurador en la década del noventa, van a tratarlo como un “siniestro” (Iriart, 2014, p.4).

Biomedicalización

El texto de Iriart (2014) avanza sobre el concepto de biomedicalización. Este último parte de la profundización en torno a las reflexiones sobre la categoría medicalización, complejizándola y trascendiéndola. Por lo tanto, los antecedentes de la biomedicalización los situamos en los procesos de medicalización. Pero el contexto fundamentalmente temporal para su surgimiento es otro.

La biomedicalización es producto de disputas intercapitalistas muy diferentes al contexto de surgimiento de la medicalización y nos permite una mejor comprensión de los procesos que se instalan con fuerza en el nuevo milenio.

La autora reflexiona en torno al contexto de surgimiento y reconfiguración de los mencionados procesos haciendo referencia a las siguientes transformaciones:

El proceso de penetración del capital financiero en el sector salud introdujo nuevos actores sociales, cambios en la regulación del sector, y nuevos modelos de seguro que impactaron directamente la administración y la provisión de servicios. La masiva entrada de este capital y su lógica en el sector salud cambió no solo las reglas de juego a nivel económico, sino que introdujo también cambios en las subjetividades individuales y colectivas en relación a la concepción salud-padecimiento-atención... Decisiones profesionales fueron subordinadas a la de los administradores del sistema con el objetivo de maximizar ganancias, limitando la utilización de servicios, vía el control de prescripciones y derivaciones -encubiertas la mayoría de las veces- como decisiones sustentadas en lo que, también desde los noventa se dio en llamar medicina basada en evidencia... Las gerencadoras en salud avanzaron un paso más al no limitar su intervención a la captura del trabajo vivo de los profesionales de salud, sino que buscaron impactar la creación de nuevas subjetividades en los usuarios individuales y colectivos. Para ello capturaron el concepto de consumidor de salud, que en los sesenta había sido introducido, con una perspectiva de empoderamiento, por los movimientos de defensa del consumidor en los Estados Unidos. (Iriart, 2014, p.2).

Souza et al. (2007), Bahia (2006) y Tritter (2010) plantean respecto del concepto de consumidor, que el mismo es de carácter regresivo, ya que implica la posibilidad de ejercer poder a partir del acto de compra. Por el contrario, el de usuario/ciudadano lo hace desde una concepción de derecho social.

Definición:

La biomedicalización supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. No se trata solamente de definir, redefinir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de que la población esté informada y alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología. Se puede ver claramente con la emergencia de conceptos tales como prehipertensión, pre colesterolemia, prediabetes, etc.... Implica la gobernabilidad y regulación de individuos y poblaciones a través de la reconstrucción del discurso hegemónico en el campo sanitario, al que se presenta como la nueva verdad científica. (Iriart, 2014, p.5).

Si establecemos una comparación entre ambos procesos, resulta relevante señalar lo siguiente:

- ✓ **La biomedicalización incluye los procesos de medicalización y avanza en el marco de las transformaciones socioculturales, políticas y económicas propias del capitalismo actual.** Asimismo, tensa el concepto de **prevención al asentarlos sobre las bases de un “riesgo potencial de contraer enfermedades futuras” (aunque incierto), acentuando la responsabilidad individual de “cuidarse” para evitarlo y promoviendo todo tipo de prácticas de creación de categorías diagnósticas “novedosas”, consumo de estudios, tecnología y medicamentos.**
- ✓ La biomedicalización produce un deslizamiento que va del binomio **enfermedad/ curación** hacia el de **malestar/calidad de vida** a partir de la **masificación del consumo de biotecnología y el desarrollo de la computación y la comunicación.**
- ✓ Si el proceso de medicalización tiene como actorxs principales a lxs profesionalxs **prescriptorxs** de estudios y medicamentos, la biomedicalización desplaza el eje hacia lxs propixs **consumidorxs** “empoderadxs” que a través de las redes pueden prescindir de la intervención profesional para “responsabilizarse individualmente” por su diagnóstico, los estudios necesarios para evitar los riesgos potenciales de enfermar (“envejecer”) y consumir “datos y tecnología de uso doméstico”.

Refiere Iriart: “Con la biomedicalización se pasa de un creciente control de la naturaleza (el mundo alrededor del sujeto) a la internalización del control y transformación del propio sujeto y su entorno, transformando la vida misma” (Iriart, 2014, p.5).

La autora pone en evidencia los distintos focos que distinguen medicalización de biomedicalización:

Mientras la medicalización se centra en el padecimiento, la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación, la biomedicalización se enfoca en la salud como un mandato moral que internaliza el autocontrol, la vigilancia y la transformación personal. Esto es lo central, porque claramente la biomedicalización implica el concepto de medicalización, pero lo radicaliza. Supone también la apropiación de problemáticas que estaban fuera del ámbito médico y que se van a leer como problemas de salud, pero lo central es la ampliación de las definiciones de patologías ya existentes, la institucionalización de nuevas definiciones y la expansión del concepto de riesgo para abarcar a casi toda la población, a partir de correr la curva normal hacia la izquierda (Heath, 2006). (Iriart, 2014, p.6).

Williams, Martin & Gabe (2011) hacen referencia al componente de farmaceuticalización que comprende no solo el consumo de medicamentos, sino la compra de aparatos de uso doméstico a saber: tensiómetros, oxímetros, pulsímetros y todos aquellos aparatos que permiten hacer

pruebas en sangre (medición de glucosa, y otros valores sanguíneos). Estos diminutos artefactos se incluyen en la lista de “electrodomésticos” que no pueden faltar en cada hogar.

A fines exclusivamente didácticos presentamos el siguiente cuadro comparativo que sintetiza lo planteado hasta el momento:

Comparación entre medicalización/biomedicalización

	Medicalización	Biomedicalización
Contexto de surgimiento	Estados capitalistas modernos	Disputas intercapitalistas: capital financiero sobre la salud (Fines del siglo XX y principios XXI)
Mecanismos de control social	Normalización	Biopoder: gobernabilidad
Concepción de Salud	Salud como objeto mercantil de intervención médica (Enfermedad, cuidado y rehabilitación sobre eventos cotidianos de la vida).	Salud como un mandato moral que internaliza el autocontrol
Rol protagónico	Profesionales de la salud como prescriptoxs	Consumidorxs
Expresiones	<ul style="list-style-type: none"> -Medicamentación -Hegemonía discursiva -Creación de enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> -Consumo de aparatos de uso doméstico (“farmaceuticalización”) -Ampliación de “patologías existentes” -Expansión del riesgo potencial e incierto a “toda la población”. -Cooptación de la Prevención.

Fuente: *Elaboración propia.*

A principios de 2020 se duplicó la apuesta a partir de la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2). La misma ubicó en el centro de la escena un rasgo muy característico del MMH: el biologismo. Aprendimos que la “etiología” del covid era un tipo de virus denominado “coronavirus” y con el tiempo practicamos algunas medidas de prevención (si es que las mismas estaban a nuestro alcance...).

Se ha escrito bastante en relación a la patologización de la infancia a través de la utilización del trastorno de déficit atencional con o sin Hiperactividad (TDHA) como una expresión concreta de los procesos de medicalización. Este tema atrajo la atención de investigadorxs desde hace tiempo (autorxs), alertando sus riesgos sobre lxs niñxs, sus familias y sus comunidades.

Recordemos además que la pandemia presentó una forma de abordaje común en la mayoría de los países del mundo: la cuarentena y esta mostró un alto impacto en la salud/salud mental de las poblaciones.

En este contexto, hemos señalado el aumento en el consumo de psicofármacos. Autores como Molina, Rubio y López Muñoz (2020) nos advierten sobre los riesgos de acentuación de los procesos de medicalización/biomedicalización vinculados a las respuestas emocionales tras la cuarentena por COVID 19. Mencionan la ansiedad, la tristeza y las dificultades para conciliar el sueño como las respuestas más habituales junto con el estrés. A esto hay que sumarle las dificultades en confinamiento para elaborar duelos por las pérdidas sufridas y los diversos malestares psicológicos provocados por la paralización o pérdida del trabajo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) destaca que “Desde la perspectiva de la Salud Mental, una pandemia genera toda una serie de factores estresantes que puede exceder la capacidad de adaptación de la población afectada. De hecho, se ha estimado que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta a una pandemia puede sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo a la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad”. Molina, Rubio y López Muñoz (2020, p.268) nos recuerdan que “no todos los problemas psicosociales que se presenten podrán calificarse como trastornos mentales”; la mayoría serán reacciones “normales” ante una situación “anormal”²³ y concluyen que no sólo se trata de utilizar psicofármacos. Es preciso escuchar las demandas y ayudar a quienes consultan a encontrar sus “propias recetas” enfatizando que la construcción de redes de apoyo social fortalece el tejido social como posible respuesta frente a la pandemia.

Nos cabe una reflexión final para lxs integrantes de cualquier equipo de intervención profesional de la mano de una filósofa argentina:

La tarea de los profesionales de la salud es poner límites a esta hegemonía de la medicina sobre los cuerpos y sobre la vida, para evitar que la medicina en cualquiera de sus formas sea un instrumento de alienación de las personas, impidiendo mantener cautivos a los hombres al posibilitar su uso y su intercambio como mercancía. La tarea de la ciencia y de los profesionales que la ejercen debe ser liberadora: que los seres humanos sean cada vez más libres es un compromiso que los que tienen entre sus manos mayor conocimiento para lograrlo están obligados a poner en práctica. El triunfo de la medicina no debería ser el logrado por el Dr. Knock²⁴, sino el que permitiera a los hombres vivir vidas más plenas, más libres, más solidarias en la creación de mundos mejores. (Pfeiffer, 2015, p.57).

²³ El entrecomillado para las palabras: “normales” y “anormal” es nuestro.

²⁴ Jules Romains (1923). “El Dr. Knock o el triunfo de la medicina”. Obra teatral que plantea la profecía cumplida de una sociedad en la cual los diagnósticos médicos y una gran variedad de opciones terapéuticas impregnaban la biografía de cada persona.

Referencias

- Angenot, M. (2010). *El discurso social. Los límites de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bianchi, E., Rodríguez Zoya, P. G. (2019). *(Bio) medicalización en los “extremos” de la vida. Tecnologías de gobierno de la infancia y el envejecimiento*. *Athenea Digital*, 19(2), e2309. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2309>.
- Clarke, A., Shim, J. (2011). Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and transformations of health, illness and american Medicine. En Bernice A. Pescosolido, Jack K. Martin, Jane D. McLeod & Anne Rogers (Eds.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing. A Blueprint for the 21st Century* (pp. 173-195). New York: Springer.
- Conrad, P., & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. San Luis: The C.V. Mosby Company.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter (2013). Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts. En William Cockerham (Ed.), *Medical sociology on the move: new directions in theory*, (pp. 195-214). New York: Springer.
- Conrad, P. (2015). Foreword. En Susan Bell & Anne Figert (Eds.), *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements* (pp. vii-ix). New York-London: Routledge.
- Conrad, P. (2018). Prefacio. En Silvia Faraone & Eugenia Bianchi (Comps.), *Medicalización, salud mental e infancias: Perspectivas y debates desde las Ciencias Sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 11-14). Buenos Aires: Teseo.
- Fernández, A. M. (2021). *Psicoanálisis. De los lapsus fundacionales a los feminismos del siglo XXI*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Iriart, C., & Iglesias Ríos, L. (2013). La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia. En Cecilia Azevedo Lima Collares, María Aparecida Affonso Moysés & Mônica Cintrão França Ribeiro (Orgs.), *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos trans-tornos*, (pp. 21-40). Campinas: Mercado de Letras
- Iriart, C. (2014). Medicalización, Biomedicalización y Proceso Salud-Enfermedad-Atención. Disertación en la XI Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población del Instituto Gino Germani. FSOC.UBA. Buenos Aires. Disponible en: http://xijornadasdesaludypoblacion.sociales.uba.ar/files/2014/11/Iriart_Celia.pdf
- Menéndez, E. (1990). Modelo Médico Hegemónico. Estructura, función y crisis. En: *Morir de Alcohol*. Capítulo 3. Editorial Patria, México. P
- Molina, Juan; Rubio, Gabriel; López-Muñoz, Francisco (2020). Riesgo de la medicalización de las respuestas emocionales tras la cuarentena por la COVID-19. En *Revista de Humanidades Médicas*, 2020;20(2):262-272

- Murguía, A.; Ordorika, T.; Lendo, L. F. (2016) El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.3, jul.-set. 2016, p.635-651
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación (THS/MH). Protección de la Salud Mental en situaciones de epidemias. Washington, D.C.: 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
- Orueta Sánchez, R. et al. (2011). Medicalización de la vida. En *Revista Clínica Médica FAM* 2011; 4 (2): 150-161.
- Pfeiffer, M. L. (2015). Medicalización de la vida. En *Revista Brasileira de Bioética* 2015;11 (1-4):30-59.
- Stolkiner, A. (2013) Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Lerner Hugo Compilador. Editorial FUNDEP.

CAPÍTULO 4

El Sistema de Salud Argentino Breve recorrido histórico político desde mitad del siglo XIX hasta la actualidad

Susan López

Introducción

En este capítulo se propone realizar una descripción histórica y cronológica del sistema de Salud Argentino haciendo hincapié en la conformación de la organización político administrativa de los tres subsectores que lo componen. Subsectores: público, seguridad social y privado.

La configuración actual de la organización política y administrativa del campo de la salud argentino tiene sus antecedentes después de la mitad del siglo XIX. Sin embargo, la consolidación de la organización tripartita data de mitad del siglo XX. En primer lugar, cuando el Estado adquiere un papel activo en la organización y administración de la salud pública. Esto ocurre en el primer gobierno de Perón con la creación del Ministerio de Salud que tendrá como primer protagonista al Dr. Ramón Carrillo. Cabe resaltar que la fortaleza que adquirió el subsector público fue y es tan relevante que resistió a los embates de varios intentos por privatizarlo, sea por las dictaduras cívico-militares o los gobiernos de corte neoliberal.

En cuanto a la forma que adquirió el subsector de la seguridad social, si bien tiene antecedentes en el siglo XIX el funcionamiento, organización y normalización de las llamadas Obras Sociales data del 1970 con la creación de la ley 18610. Las Obras Sociales se conforman como el seguro social para la protección social de salud y otros beneficios para los asalariados y sus familiares. Estas nacieron y se fortalecieron en relación directa con las organizaciones de trabajadores.

Pocos años después surgieron las entidades de la medicina prepagas, que muchas crecieron al calor de modelos de salud mercantiles importados de los países del hemisferio norte.

Cabe resaltar que la existencia de los hospitales de la comunidad, que surgieron al amparo de las migraciones del siglo XIX, modernizados a los tiempos que corren, también conforman el actual subsector privado. La tendencia a la mercantilización de la medicina de la mano de las políticas neoliberales ofreció un buen plafón para la creación de sus propios prepagos. Además

son proveedores, mediante convenios, de servicios de internación y prácticas médicas de muchas obras sociales.

Cabe resaltar que desde la organización administrativa y desde la oferta de servicios, el sistema de salud argentino cubre, en teoría, a toda la población. Sin embargo, la garantía de la accesibilidad para todos no responde a parámetros lineales sino que están determinados por relaciones complejas entre los diferentes agentes que conforman el campo de la salud en cada momento histórico político. La pugna ideológica, política y económica juega un papel central en el entrecruzamiento de la financiación y prestaciones para garantizar la efectiva accesibilidad a la atención a la enfermedad para toda la población.

Antecedentes del Sistema de Salud Argentino²⁵

De un modo muy general puede decirse que, como en la mayoría de los países del mundo, los sistemas de salud surgen para dar respuestas a las amenazas de las epidemias, como por ejemplo de fiebre amarilla, cólera, tuberculosis, viruela, fiebre tifoidea y tifus. En este sentido, Argentina no fue una excepción aunque su condición de exportador de materias primas le imprimió un sesgo de predominancia de las medidas sanitarias en relación al puerto de Buenos Aires.

De allí que, en sus inicios, en Argentina existía un Departamento Nacional de Higiene (creado en 1880) que principalmente se dedicaba al cuidado de los puertos que era el lugar de intercambio con otras naciones, fronteras y limpieza general de municipios. Anteriormente eran acciones aisladas, por ejemplo los primeros servicios de salud estaban destinados a atender la salud de los soldados en las campañas del desierto y la Guerra del Paraguay. También con la creación de este Departamento se produjo un pasaje de atribuciones del poder local al nivel central.

El financiamiento del mismo era con recursos del Estado, provenientes de impuestos implementados por normas legales. La forma de gestión predominante se puede caracterizar como descentralizada y anárquica, respondía a la demanda puntual y de corto plazo.

Hasta la mitad de los años 40 del siglo XX el sistema estaba conformado por una multiplicidad de instituciones, casi todas de beneficencia y algunos hospitales de comunidad.

El rol del Estado era prácticamente subsidiario y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial.

La concepción de salud dominante (paradigma) de esa época sostenía que el cuidado de la salud era de responsabilidad individual y objeto de la caridad.

Hacia fines del siglo XIX se evidenció un crecimiento urbano. El mismo se explica en gran parte por las corrientes migratorias, principalmente europeas, y esta situación explica a su vez las nuevas orientaciones que asumió el Estado en materia de salud pública. Las epidemias de

²⁵ Para ampliar sobre los antecedentes véase a Isuani y Mercer , 1986.

Cólera y luego Fiebre Amarilla aceleraron los procesos del saneamiento urbano en la zona del puerto. Pocos años después se incorpora una Comisión de asilos y hospitales y en 1888, se crea el servicio de sanidad escolar.

Todas estas incipientes medidas de salud pública estuvieron acotadas en algunos aspectos que tenían vital importancia para el comercio internacional. La transformación más importante ocurrió recién a partir de 1943, con la organización de los servicios de salud estatales.

Hasta ese momento, el Departamento de Higiene dependía del Ministerio del Interior, pero a partir de 1943 se convierte en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Conjuntamente con la Secretaria de Trabajo y Previsión Social a cargo del entonces Coronel Perón, y se generó una política tendiente a consolidar el apoyo de los sectores populares al Gobierno satisfaciendo mejores condiciones de vida. En 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública la cual luego se convertirá en Ministerio de Salud con el Dr. Ramón Carrillo como el primer Ministro al frente de esa cartera.

Conformación de los subsectores del Sistema de Salud Argentino

La organización del sistema de salud argentino está conformado por tres subsectores. Los mismos a su vez se diferencian en su forma de **financiamiento** (de donde provienen los recursos económicos), de **cobertura- beneficiarios** (para quién es) y de **prestación** (con cuales prestadores-efectores). A continuación se ilustra en el cuadro N°1.

Cuadro N°1

SUBSECTORES DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO			
	PÚBLICO	SEGURO SOCIAL (OO.SS.)	PRIVADO
FINANCIAMIENTO	Presupuesto vía impuestos	Aportes de trabajadores y empleadores	Pago de bolsillo
COBERTURA	Universal y gratuito	Para los trabajadores y su grupo familiar	Para quién realiza el pago
PRESTACIÓN	Efectores públicos (Hospitales, centros de salud)	-Efectores propios -Convenio con efectores privados y públicos	-Privado -Efectores propios en el caso de Hosp./santuario con prepagas

Fuente: *Elaboración propia*

Hay que tener en cuenta, que en cada uno de estos subsectores hay diferentes actores que participan para ofrecer servicios de atención a la enfermedad en todo el país. Dentro de los principales actores encontramos al Estado, las entidades médicas y de profesionales de la salud, las

organizaciones gremiales y sociales, las empresas prestadoras sean de internación o de diagnóstico-terapéuticas, la industria farmacéutica, etc., que interactúan y pujan por mejores condiciones dentro de cada subsector y en las distintas jurisdicciones del país.

Por otra parte, en cada subsector hay diferencias en relación a la población destinataria, los servicios que brindan y también los recursos con que cuentan. Esta es una de las principales razones por la que se sostiene que nuestro sistema se caracteriza como heterogéneo, fragmentado y desigual.

Heterogéneo por la cantidad de prestaciones y prestadores que coexisten, fragmentado por la falta de articulación que se observa en muchas oportunidades entre las distintas jurisdicciones, y desigual porque, para los casos de la seguridad social y medicina prepaga, las coberturas de las prestaciones suelen ser de diferentes calidades, dependiendo del tamaño y los recursos financieros de las mismas.

1. Subsector Público

La actual organización política administrativa tiene una organización vertical coordinada por el Ministerio de Salud a nivel nacional. A su vez cada jurisdicción provincial también tiene un organismo rector y cada municipio una secretaria.

Figura N°1



El Gobierno Nacional fija sus objetivos y políticas en el campo de la salud a través del Ministerio de Salud que cumple una función de conducción y dirección. A su vez este ministerio, cuenta con organismos descentralizados como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO) y el Instituto Nacional de Microbiología Dr. Carlos Malbrán, entre otros.

En 1981 se creó el Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por las principales autoridades de salud de las 24 provincias del país. Este Consejo constituye el espacio donde se

observan las problemáticas de salud comunes a todo el país, se establecen metas y se adoptan decisiones compartidas entre las diferentes jurisdicciones.

Cabe aclarar que los Ministerios de Salud Provinciales son quienes tienen la gerencia y gestión política y técnica de todos los establecimientos y programas de salud, además los Municipios suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para realizar acciones de salud en forma independiente.

Como se dijo anteriormente el subsector público se financia con recursos provenientes del tesoro nacional vía la recaudación de impuestos. Los prestadores de servicios asistenciales se realizan a partir de efectores públicos: Hospitales, centros de salud, dispensarios, postas sanitarias. Las distintas problemáticas de las enfermedades pueden ser resueltas en establecimientos de diferentes complejidades. El sistema ofrece los centros de salud como el primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema. Los hospitales de segundo nivel cuentan con varias especialidades médicas y el tercer nivel ofrece atención especializada de alta complejidad para patologías específicas (Salud Mental, Infecciosas, Gastroenterología, Quemados, etc. o para grupos específicos, por ejemplo hospital de niños)

Figura N°2



Fuente: Elaboración propia

Origen y desarrollo del Subsector Público

La consolidación de la organización político administrativa y el crecimiento de la infraestructura del sistema público se dieron en la gestión del Dr. Ramón Carrillo. A modo de ejemplo, se

puede ilustrar con la ampliación del número de camas hospitalarias que se duplicaron, en estrecha relación con la construcción y adecuación de establecimientos de salud. El hospital público se convirtió en el eje de la atención y el ministro Carrillo pretendió una estrecha vinculación entre las instituciones de la seguridad social y el hospital público, dejando el sector privado para los sectores más pudientes.

Con la gestión de Ramón Carrillo frente al Ministerio de Salud se expresó una fuerte voluntad de regulación de la atención de la enfermedad por parte del Estado, como así también el propósito de garantizar la accesibilidad a los servicios de atención médica a los sectores menos recursos. Esta meta es una de las principales razones de la creación de centros de salud y establecimientos para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación del recurso humano en salud pública. Durante la gestión de Carrillo, la esperanza de vida aumentó en 5 años, la tasa de mortalidad infantil descendió a la mitad, y la tuberculosis en un 75%.²⁶

Esta gran capacidad asistencial fue un gran instrumento de legitimación del gobierno peronista²⁷, pero además la atención hospitalaria se había incorporado en el comportamiento colectivo del cual, aún hoy, no es fácil retroceder porque allí se asentaron las bases del derecho a la salud.

Por esa razón, caído Perón hubo intentos de descentralización para disminuir el papel central y coordinador que se había tenido desde el Estado con el accionar del Ministerio de Salud Pública y Acción Social. Desde ese momento, puede observarse un claro cambio de modelo de estatista y garantizador e incluyente hacia uno desconcentrador y excluyente.

Con el gobierno de Illia, se intentó recomponer el protagonismo del Estado recuperando su rol orientador pero la puja que sostuvo el Ministro Oñativia con la industria farmacéutica empujó e interrumpió el proceso democrático.

Hasta entonces el financiamiento de este subsector fue exclusivamente por rentas generales, proveniente de impuestos. La idea de establecer un mecanismo financiador de las prestaciones fue propuesta durante el gobierno de facto de Onganía para constituir un seguro de salud. Hacia fines de la década del 60 la conflictividad social se incrementó y se desencadenó el estallido social conocido como el Cordobazo. En ese contexto surge el Pacto Sindical Militar que dará lugar a la creación de la primera ley de Obras Sociales hacia fines de 1969.²⁸

Después de asumir la presidencia Héctor Cámpora, en 1974, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ley 20.748). Con esta ley, el Estado recobraba su rol protagónico y pugnaba por hacer efectivo el derecho a la salud. Este debía actuar como financiador y ser garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario. A su vez permitía la incorporación de provincias, universidades y del sector privado por medio de convenios. El SNIS, no

²⁶ Pigna 2020.

²⁷ Véase Cendali 2009.

²⁸ Para ampliar véase Belmartino 1994.

prosperó en general por falta de apoyo de las organizaciones sindicales y del sector privado, sólo lo adoptaron las provincias de San Luis, Chaco y Formosa. Pero fue desapareciendo de las partidas presupuestarias hacia 1977.

A partir de la dictadura cívico militar del año 1976 se agudizó la descentralización, se debilitó claramente el protagonismo del Estado y se desfinanció. Desde entonces el Estado fue transfiriendo sus establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios.²⁹

Al mismo tiempo que se comenzó el camino hacia la privatización, se permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud, consolidándose el modelo prestador de servicios sumamente tecnologizados.

Con la llegada de la democracia en 1983, el gobierno de Raúl Alfonsín intentó recomponer el rol del Estado y avanzó hacia la creación de un Seguro Nacional de Salud (SNS). Los enconados debates con la dirigencia sindical se recuerdan con los 13 paros que Saúl Ubaldini, Secretario General de la CGT, le realizó al gobierno radical. La mayor resistencia estuvo dada por los gremios que no querían perder el manejo de los fondos de sus obras sociales. Esta ley establecía que las Obras Sociales eran agentes prestadores del SNS.

La Ley del SNS se aprobó después de muchas idas y vueltas, al inicio del gobierno de Menem desdoblándose en la Ley de Obras Sociales N° 23.660 y la del SNS N° 23.661. Si bien ambas leyes comenzaron a regir a principios de los años 90, el sistema no registró un cambio significativo hasta las reformas impulsadas por el gobierno de Menem. Ya en la década de los '90 se profundizaron las medidas tendientes a la descentralización y el Estado se fue debilitando. La lógica imperante a partir de ese momento vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal, donde el protagonismo pasó al mercado.

Para poder comprender este giro, se debe entender que esta transformación responde a toda una reforma en el Estado. Las reformas en este sector corresponden a las reformas de “segunda generación” impulsadas por los organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Estas reformas fueron impulsadas para dar sustentabilidad a las reformas macroeconómicas, es decir, a las políticas de ajuste estructural.³⁰

Las medidas fueron de recorte administrativo financiero, por ejemplo la nueva modalidad de gestión financiera de los hospitales, profundización de la **descentralización, privatización** de servicios de salud y la puesta en marcha de **programas focalizados**, por ejemplo el primero fue el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN).

La descentralización ya estaba bastante consolidada hacia 1991, pero la medida más relevante fue la creación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93), que proponía transformarlos en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener recursos a través del recupero de las prestaciones realizadas a beneficiarios de OO.SS, Prepaga y del posible aranceamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud. La atención

²⁹ Para ampliar véase Róvere 2011,

³⁰ Para ampliar véase Laurell 1997.

médica gratuita quedaba así, restringida a los sectores de más bajos ingresos que demostraran no tener cobertura de Obra Social y/o de seguro privado.

El modelo de autogestión no llegó a consolidarse totalmente porque el arancelamiento de los servicios hospitalarios tuvo una aplicación muy limitada. En parte por la falta de pago por parte de las Obras Sociales de "sus afiliados" que usaban las instalaciones del subsector público y por la baja capacidad de contribución de los usuarios. Este es un claro ejemplo de subsidio encubierto por parte del sistema público al sistema de seguridad social. Además, la reorganización y subcontratación se fueron desvirtuando a medida que se verificaba la ausencia de un adecuado gerenciamiento.

Asimismo, y al mismo tiempo que decaía la atención médica gratuita en los hospitales, crecía su demanda como consecuencia del incremento del desempleo con la consiguiente pérdida de cobertura de Obra Social. En ese contexto, los efectores públicos cada vez más desfinanciados atendían a un número creciente de personas.

Las políticas de salud neoliberales que se impulsaron en este período, bajo la égida bancomundialista, se caracterizaron por la reducción del gasto público social, la descentralización, la focalización y la privatización.

Otra innovación que trajo aparejada esta reforma fue la intención del Ministerio de Salud de trasladar paulatinamente el "*subsidio a la oferta*" por el "*subsidio a la demanda*". En sentido general significaba dar el servicio según la demanda. Esto implicó que además se exigieran, por los sucesivos planes de ajuste, cada vez más condiciones para poder acceder a estos beneficios.

Después del cambio de gobierno en octubre de 1999, el régimen de Hospitales de Autogestión fue reemplazado por el de Hospitales de Gestión Descentralizada. Sin embargo, no existieron modificaciones sustantivas respecto del mecanismo de cobro.

El impacto de estas políticas, con priorización del mercado y minimización del Estado, se tradujo en retrocesos en las condiciones de vida de la mayoría de los argentinos profundizándose la brecha de desigualdad social, con un fuerte deterioro del tejido social que terminó con el estallido de diciembre de 2001 y con el país subsumido en la peor crisis que haya registrado la historia argentina y en el enriquecimiento de unos pocos.

La recuperación del protagonismo estatal regresó de la mano del gobierno popular de Néstor Kirchner a partir de 2003. La política pública de los gobiernos Kirchneristas se caracterizó con un activo rol del Estado en el campo de las políticas sociales, marcada por la transversalidad de las acciones y un fuerte trabajo territorial. Destacándose la direccionalidad de políticas de inclusión, acompañado por un amplio marco jurídico que le dio sustento y consolidación al considerar a todas las personas como sujetos titulares de derechos. Las leyes de Matrimonio Igualitario, Identidad de Género, Salud Mental, Derechos del Pacientes, Protección Integral a las Mujeres, etc. Como así también la creación de nuevos hospitales, la ampliación del calendario de vacunación, la Asignación Universal por Hijo (AUH), son algunos ejemplos de estas acciones.

En 2015, con la asunción de la alianza Cambiemos observamos un corrimiento hacia la disminución del protagonismo estatal en cuestiones sociales y de protección social, con un claro regreso de los lineamientos de las políticas neoliberales. Desde la degradación de los Ministerios

de Salud y Trabajo a Secretarías, pasando por la reducción del calendario nacional de inmunización, la disminución de la cobertura de medicamentos para jubilados y pensionados, desinversión en ciencia y tecnología y producción pública de medicamentos, el retiro de equipos territoriales, hasta la fuerte tendencia de la atención a la salud centrada en la enfermedad haciendo hincapié en la atención hospitalocéntrica, con eje en la guardia emergentológica. El impulso dado a la Cobertura Universal de Salud (CUS) con el tramposo lema “*llegar a los 15 millones de argentinos sin cobertura*”, fue un claro ejemplo de cómo incorporar el aseguramiento y mercantilización de servicios de salud.

Hacia fines de 2019 asume al gobierno el Frente de Todos, se recupera el Ministerio de Salud y se refuerza el accionar del Estado. Dentro de las principales políticas de salud se observa la organización y reorganización con prioridades de asistencia en los establecimientos de internación, equipamientos y vacunación para enfrentar la pandemia de COVID-19. Cabe destacar que el gobierno puso a disposición alojamientos en hoteles o centros sociales y culturales para cumplir con el período de aislamiento para los enfermos que no tenían condiciones para realizarlo. Además se desarrollaron varios programas con la finalidad de prevenir y cuidar la salud. Por ejemplo, centros de testeos, campañas de comunicación, prevención, vacunación, etc.

2.- Subsector de Seguro Social (Seguridad Social)

Este subsector se constituyó como un seguro social para la protección y asistencia a la enfermedad de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de un porcentaje de la nómina salarial tanto del trabajador del 3%³¹ como del empleador 6%³². La ley que dio sustento a esta conformación fue la N° 18610/69. La misma además, creó el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) que se encargaba de coordinar e integrar las actividades de las obras sociales. Entre sus acciones estableció un Fondo de Redistribución para compensar las desigualdades entre OO.SS.

Históricamente, el rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio para todo trabajador en relación de dependencia. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Las características centrales que le otorgaron, desde su creación, una singularidad única a las Obras Sociales Argentinas son: la obligatoriedad de la adhesión, el principio de solidaridad, acotadas al trabajador asalariado y la pertenencia por rama de actividad.

³¹ Con excepción de las OOSS provinciales o regímenes especiales, que tienen un porcentaje mayor de aporte.

³² Con excepción de las OOSS provinciales o regímenes especiales, que tienen un porcentaje mayor de aporte

Se resalta el carácter solidario. El mismo queda establecido a partir de la constitución de un fondo común para ser usado por quien lo necesite independientemente del valor absoluto del dinero aportado.

La otra característica es la rama de actividad. Esto se comprende por la forma en que surgió cada una de las obras sociales. La relación directa con la pertenencia a una asociación gremial de trabajadores de una rama de actividad laboral. Por ejemplo: Ferroviarios, Construcción, Industria del Vidrio, trabajadores Metalúrgicos, Docentes, Camioneros, Panaderos, etc., etc.

Figura N° 3



Fuente: Elaboración propia.

Origen del Seguro Social. Las Obras Sociales

Las asociaciones de ayuda mutua, las asociaciones obreras, principalmente mutuales son los antecedentes de nuestras obras sociales.

La primera asociación mutual fue la Sociedad Topográfica Bonaerense de 1857. Hacia fines del s.XIX se comenzaron a registrar las primeras huelgas, y empezaron a adquirir características de organizaciones de negociación y lucha gremial. Aún frente a estas modificaciones estas organizaciones no perdieron su carácter mutualista.

Es a partir del gobierno peronista, hacia mediados de los años 40, cuando estas mutuales comienzan a tener dinámica de obras sociales. Por ejemplo, el gremio de los ferroviarios, con el apoyo del Ministerio de Trabajo construyó establecimientos hospitalarios para sus trabajadores en varias localidades del país.

El subsector de Obras Sociales está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

El sistema de Obras Sociales se consolidó como tal, recién en 1970 y después de que se aprobara la ley 18610 como resultado del pacto sindical-militar en el gobierno del general Onganía. Esta ley dio el marco regulatorio que permitió la extensión de manera obligatoria a toda la población trabajadora y a los jubilados y pensionados. Aunque estas existían desde mucho antes, la modalidad que tenían era muy diferente a la que conocemos. Durante las décadas del 50 y del 60 formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas sólo en parte a través de servicios propios, es a partir de esa ley se unificaron algunos criterios de prestaciones y obligaciones.

Desde sus inicios, las Obras Sociales han sido una fuente de poder económico para el liderazgo sindical y contribuyeron al mismo tiempo a sostener su poder político.

La expansión de las obras sociales respondió a dos fenómenos:

A la voluntad estatal de fortalecer las estructuras sindicales y transformarlas en los pilares de su proyecto político

A las demandas de los dirigentes sindicales, para quienes las O.S. constituían una fuente de poder económico y legitimación frente a sus bases.

Existen diferentes tipos de Obras Sociales predominando las relacionadas con: sindicatos, empresas del Estado, administración mixta como el caso del PAMI, y otras específicas, FF.AA, universidades, empresas, etc. Esta conformación actualmente se ha modificado en consonancia con las políticas implementadas para el sector, y particularmente a partir de las reformas neoliberales de los años '90.

Las Obras Sociales provinciales (IOMA – Pcia de Bs.As., IAPOS -Pcia de Santa Fe, APROSS -Pcia. de Córdoba, etc), son 24 instituciones que otorgan cobertura a casi el 30% de esta población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependencias

A modo ilustrativo véase el Cuadro N°2 para observar la cantidad de OO.SS. que existían en 1985 y los beneficiarios de cada tipo. Este cuadro demuestra el claro predominio de beneficiarios de obras sociales sindicales.

En la dictadura cívico militar del período 1976-1983, las obras sociales no disminuyeron de modo significativo las prestaciones aunque los sindicatos habían sido intervenidos. La dictadura intentó quitarles poder y propuso una nueva organización a partir de la Ley 22.269 de 1980, pero la misma nunca fue reglamentada.

Cuadro N°2
Población beneficiaria por categoría institucional. 1985

Naturaleza Institucional	Beneficiarios titulares	%	Cantidad de O. S.	%
Sindicales	2.194.661	12,68	199	68,39
Estatales	287.060	1,66	16	5,5
Por Convenio	77.974	0,45	31	10,65
Personal directivo	264.346	1,53	24	8,25
Administración mixta	4.389.300	25,36	12	4,12
Por adhesión	25.858	0,15	3	1,03
Ley 21.476	16.998	0,10	5	1,72
De empresas	7.302	0,04	1	0,34
Total	7.263.499	41,97	291	100,00

Fuente. Elaboración con datos de Isuani, Mercer. 1986

En la década de los años 90, y como vimos anteriormente el sistema de salud fue sujeto de la reforma neoliberal. Recordemos también, que hacia fin de los años 80 y con el gobierno de Alfonsín, el intento de la creación del Seguro Nacional de Salud (SNS) que pretendía unificar los fondos para garantizar el financiamiento del sistema encontró una gran resistencia por parte de los sindicatos. El resultado de esa disputa se dirimió con dos leyes que se sancionaron en el inicio del gobierno de Carlos Menem.

La creación del SNS, ley N° 23661 y la ley N° 23660 para las OO.SS. La nueva norma que desde entonces regula las OO.SS. mantenía el manejo de los fondos por parte de cada OO.SS. y las convirtió en agentes prestadores del SNS, bajo la coordinación de la Administradora Nacional del Seguro de Salud. (ANSSAL).

Las Obras Sociales con más de 300 instituciones a comienzos de la década del '90, eran los agentes centrales del seguro de salud, daban cobertura al 50,2% de la población con seguro obligatorio. A partir de 1996 estuvieron bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), entidad que reemplazó a la ANSSAL.

Cabe resaltar que en general, salvo casos contados como Ferroviarios, Bancarios y algún otro, estas entidades no contaban con provisión directa de servicios, con lo cual para proveer los mismos realizaban convenios con establecimientos privados de internación, diagnóstico y tratamientos.

Por eso cuando se reguló el funcionamiento de las OO.SS. se afianzó la tendencia (ya existente) de que las OS concretaran contrataciones con el sector privado. Esa es la razón por la que se sostiene que el subsector privado creció a expensas de las OO.SS.

Isuani y Mercer (1986) relevaron que entre 1969 y 1980, los establecimientos asistenciales de las Obras Sociales representaban solamente el 4% de los establecimientos del sistema de

salud. Mientras que entre 1980 y 1995, se observó un descenso de esta participación que alcanzó tan sólo el 1%.

Durante la década de los años noventa, y en el contexto de las reformas, el gobierno abrió el juego al sector privado y conjuntamente con las organizaciones de empleadores y el Banco Mundial propuso con insistencia la necesidad de mejorar la eficiencia de los servicios de salud para los asalariados. La pretensión por implementar la libre competencia entre los seguros privados y las obras sociales para que ofrecieran servicios en forma conjunta no prosperó. Sin embargo, sí fue una medida de presión para que las organizaciones sindicales accedieran a la flexibilización laboral.

El Decreto 9/93 habilitó a los trabajadores a optar por una Obra Social que no perteneciera a la actividad económica de empleo. Esto permitió el desplazamiento de las afiliaciones hacia aquellas Obras Sociales donde, aprovechando algunas ambigüedades de la legislación, los sindicatos habían acordado con empresas de medicina Prepaga la transferencia de contribuciones patronales y personales. Por otra parte, se legisló la libre elección entre Obra Social y seguro privado para el personal jerárquico. En la práctica, la conjunción de estos factores permitió la ampliación de la participación del sector privado en el sistema de cobertura de salud de los asalariados. Este proyecto de desregulación de las Obras Sociales erosionó el monopolio de los sindicatos en la provisión y financiamiento de la cobertura de salud de los asalariados.

Una referencia particular merece el Programa Médico Obligatorio (PMO), creado por la Resolución 247/96, y que conforma un extenso y completo listado de prestaciones a cubrir por los prestadores y agentes del sistema. .

A través del PMO se estableció la obligación de cubrir los tratamientos psiquiátricos, del HIV y problemas de drogadicción, que en general quedaban excluidos de la cobertura.

No Pueden establecerse períodos de carencia, es decir tiempos mínimos de espera para poder gozar de determinadas prestaciones, ni cargos adicionales fuera de los expresamente indicados en el PMO.

La empresa no puede negar una cobertura, con independencia de lo que se disponga en el contrato, si es de cumplimiento obligatorio por el PMO.

Cabe resaltar que en la mayoría de los países las reformas bancomundialistas impulsan un paquete o canasta mínima de prestaciones. Sin embargo, e PMO en Argentina toma como referencia o piso al Nomenclador Nacional que es un listado extenso codificado de patologías y prácticas. Que a su vez está en constante ampliación, dado que la aprobación por ley de cualquier problema de enfermedad, automáticamente ingresa al PMO y deberá ser cubierto por los tres subsectores. La superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es la entidad responsable de velar por el cumplimiento de las normativas que rigen para las OO.SS. como así también el traspaso de los afiliados.

Programa de Atención Médica Integral (PAMI)

Una mención especial merece la OO.SS. de los Jubilados y Pensionados. El Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

En el contexto de regulación de las obras sociales sindicales se creó en 1971, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INNSJyP) mediante el Decreto Ley 19.032, con el propósito de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria.

Así se instrumentó el conocido PAMI, la OO.SS. más grande y también la prestadora de servicios que en la actualidad brinda sus servicios también a los familiares, Veteranos de la Guerra de Malvinas, alcanzando alrededor de cinco millones de beneficiarios.

El PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral) cubre al 91% de la población mayor de 65 años. En cuanto a la población cubierta por el PAMI debe destacarse que ésta no ha sido siempre la misma, sino que se han ido incorporando nuevos sectores. Al conjunto de jubilados y pensionados, se sumaron mediante el Decreto 28/74 los beneficiarios de pensiones por vejez, invalidez y leyes especiales. En 1988 se sancionó la Ley 23.569 que estableció la incorporación a la nómina de beneficiarios del INSSJP de toda persona mayor de 70 años que no fuera titular o adherente a otra obra social. En 2005 se incorporó a los veteranos de guerra por la Resolución 191/2005. Así, en la actualidad la población beneficiaria del PAMI está compuesta mayoritariamente por jubilados, pensionados y sus familiares, además de discapacitados y veteranos de guerra.

El financiamiento es a través de impuestos sobre los salarios de los trabajadores activos y sobre los ingresos de los jubilados además de subsidios de emergencia realizados por el gobierno.

El PAMI cubre aproximadamente al 9.2 % de la población total. En comparación con el PMO los afiliados del PAMI reciben, teóricamente, mejor atención que la exigida a las obras sociales. El PAMI brinda servicios médicos, cuidado hospitalario, prescripción de medicamentos, odontología y geriatría. No existen copagos o deducibles, excepto en caso de medicamentos y cuidados especiales. El INSSJP también provee una variedad de servicios sociales que incluye asistencia financiera y alimentación a los beneficiarios pobres.

La provisión de los servicios médicos fue hasta marzo de 2022 por intermedio de proveedores capitados. Anteriormente el beneficiario tenía asignado un médico de cabecera y lugares de internación, actualmente puede elegir libremente dentro de los médicos del sistema. El PAMI también provee atención primaria y especializada y cuidado con internación domiciliaria además de establecimientos de atención médica sean de la clínicas, sanatorios u hospitales. Hace unos pocos años el sistema comenzó a tener prestadores propios y hoy -marzo de 2022- los *beneficiarios pueden elegir un médico dentro de la lista de los que ofrece el sistema*.³³

³³ Véase nota de la página web del PAMI. <https://www.pami.org.ar/novedades/novedad/1052>

3.- Subsector Privado

Este subsector se caracteriza por brindar prestaciones de atención médica personalizada, sea en consultorios privados de profesionales médicos y/o en establecimientos sanatoriales.

El financiamiento de este subsector es a partir del aporte voluntario y anticipado de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos o altos ingresos.

Actualmente existen beneficiarios del sistema de OO.SS que trasladan sus aportes a una empresa de medicina prepaga, en general con un costo adicional.

La prestación es brindada por efectores privados y la cobertura es para aquellos que para obtenerla pagan por los servicios, o sea es individual y está en relación directa con el pago.

Origen y Desarrollo del Subsector Privado

Los antecedentes históricos se remontan a barberos, cirujanos, boticarios que atendían la demanda personal. Hacia fines del s. XVIII comienza el ejercicio de la práctica médica, pero la elevada proporción de médicos por habitantes comienza a partir de 1960.

Las primeras instituciones privadas fueron muy modestas y en su mayoría pertenecían a las colectividades. El primero fue el Hospital Francés 1832, luego el Británico 1844, le siguieron el Alemán, Español, Italiano. Gran parte de ellos se establecieron antes de 1920 en Capital Federal. Además estaban los establecimientos privados de propiedad de particulares y las sociedades de socorros mutuos.

Mucho más tarde y en consonancia con lo que ocurría en otras partes del mundo surgieron los sistemas prepagos, esto se dio en Argentina hacia fines de los años 70. Iniciaron sus actividades sin capacidad instalada propia, subcontratando servicios a sanatorios y clínicas.

Bajo la denominación generalizada de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos, mucho mayor que el de las Obras Sociales.

Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina (CIMARA) y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP) (que representa a las empresas sin servicios propios). Las cámaras agrupan a la totalidad de las empresas que más de dos tercios de las mismas están radicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó. Mientras que a fines de la década de los años sesenta, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50%. A su vez, la capacidad instalada del subsector se duplicó entre 1969 y 1995 como así también, el número de camas.

Finalmente, cabe señalar que a pesar de que el gasto anual de este sector en valores absolutos es menor en comparación con el subsector público y las Obras Sociales, su gasto per cápita es el más elevado.

Asimismo, este subsistema está conformado por un conjunto de instituciones muy heterogéneas, con gran número de entidades, costos de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor. Por otra parte, en los últimos años, las condiciones económicas nacionales e internacionales contribuyeron a la aparición de capitales externos que ingresaron al campo de los servicios privados.

Para comprender el funcionamiento de este subsector hay que tener en cuenta que, la intervención regulatoria por parte del Estado ha sido mínima. La resolución 2181 del año 1980 de la Secretaría de Comercio establecía las condiciones a registrar en los contratos, pero éstas se refieren a características de los convenios (individual o colectivo); porcentajes de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos; normas aplicadas a la provisión de servicios y; formas de pago de las primas y reintegros.

Con la reforma de los años 90 las empresas fueron consideradas agentes del SNS y debían cumplir, según la ley 24754, con el Plan Médico Obligatorio (PMO), igual que las OO.SS.

Existieron varios proyectos para tratar de regular sus prestaciones, situación que se alcanzó recién en 2011 con la ley 26682. Entre las principales medidas estaba la eliminación del periodo de carencia, la exclusión por patología preexistentes y el aumento del valor de la cuota por edad.

Algunos Datos del Sistema de Salud

El gasto en salud representa el 9,7 % del PBI. (Valor para 2018).

- El gasto del subsector público en salud es de 2,52% (Como % del PBI,2018).
- El gasto del subsector de la Seguridad Social es de 3,55% (Como % del PBI),2018).
- El gasto del subsector privado es de 3,62 % (Como % del PBI.2018).

Población cubierta por tipo de cobertura

Cantidad y porcentaje. 2021.

Tipo de cobertura	Población cubierta	Participación % en población
Subsistema Público (1)	16.500.000	36,00%
Subsistema de la seguridad social	27.928.471	60,97%
Subsistema privado	6.218.032	13,57%
Total	50.750.833	110,54%
Población Argentina	45.808.747	100,00%
Población con más de una cobertura (2)	4.942.086	10,54%

(1) Estimación a 2021 sobre la base del Censo 2010-INDEC, concordante con EPH

(2) Estimación basada en la diferencia entre población proyecta a 2021 y sumatoria de población cubierta

FUENTE: OPC, en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud e INDEC

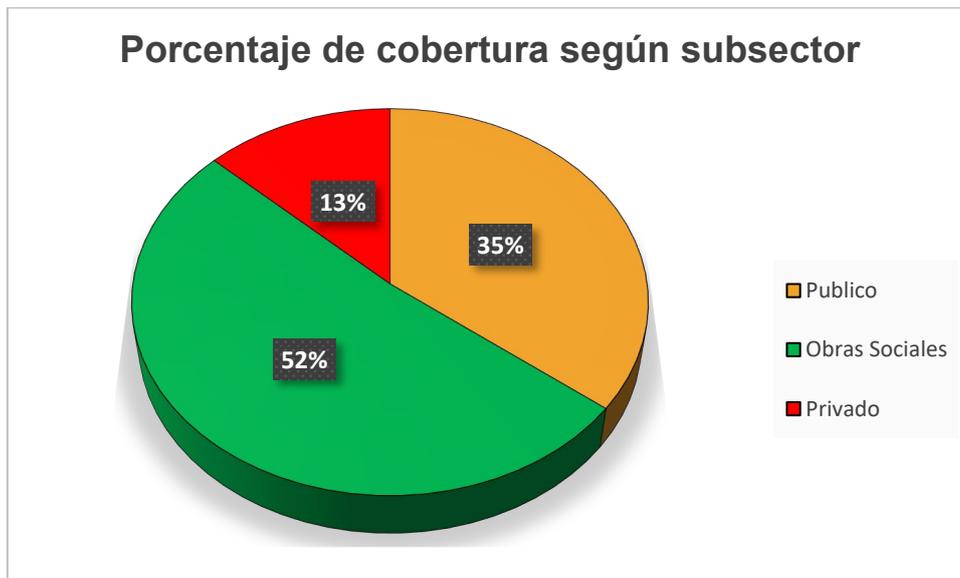
Fuente: Oficina de Presupuesto del Congreso (OPC) 2021

El cuadro anterior revela con claridad que toda la población tiene cobertura para la atención de la enfermedad. Sin embargo también nos muestra que muchos beneficiarios tienen más de una cobertura. Esto puede deberse a una elección propia, por ejemplo incorporar una prepaga, o ser beneficiario de diferentes seguros de salud, situación que viene dada por la estructura familiar donde los cónyuges comparten beneficios de diferentes OO.SS.

A modo ilustrativo se grafican los porcentajes de cobertura según la naturaleza del subsector.

Cabe aclarar que para el subsector de Obras Sociales se incluyen a las Obras sociales sindicales, provinciales y el PAMI:

Gráfico N° 1



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y DEIS. 2018-2020

Conclusiones

El sistema de salud argentino se caracteriza como heterogéneo, fragmentado y desigual por su complejidad dada por las múltiples relaciones y disputas de intereses entre actores, financiadores y prestadores tanto al interior como entre subsectores.

Asimismo, la historia del formato actual se remonta a la década de los años cuarenta y a la constitución de un sistema sustentado en un modelo de desarrollo económico basado en el mercado interno y en el pleno empleo. En ese contexto, el subsector público se conformó como tal, bajo una fórmula universalista de atención que encuentra, con el paso de los años, serias limitaciones en su impacto real.

Simultáneamente a este proceso, se fue consolidando el subsector del seguro social (Obras Sociales) que es un elemento central y constitutivo del sistema de salud argentino. Este subsector, que tiene antecedentes que datan del siglo XIX, logra convertirse en un actor central del sistema durante el siglo XX. La fortaleza y consolidación de los sindicatos, columna vertebral del

peronismo, pugna por la cobertura de salud para los trabajadores y familiares dejándolo sujeto a la rama de actividad. El principio que rigió fue la solidaridad, que se observó principalmente al interior de los gremios.

Entonces, tenemos un sistema de salud conformado por un sector público que brinda cobertura médica a toda la población y con una constante búsqueda de llegar a los sectores más carenciados. Un subsector de OO.SS. que pretende dar cobertura a los trabajadores asalariados pero que no asegura a aquellos que engrosan el creciente grupo de los desempleados y, sobre todo, de trabajadores informales. Aunque cabe resaltar la incorporación en los últimos años de los monotributistas. Y, por último, un subsector privado, que apunta a los estratos sociales con mayor capacidad de adquisitiva, pero que -como consecuencia no buscada de la acción/inacción de las OO.SS. - está logrando una cada vez mayor inserción como prestador del subsector de OO.SS, por lo que se desdibuja como competidor.

En este contexto, la reforma del área que se llevó a cabo a partir de los noventa con una clara búsqueda de la mercantilización del sistema de salud, se centró en los subsectores públicos y de OO.SS, aunque el impacto esperable sobre el conjunto del sistema será consecuencia, fundamentalmente, de la reforma de este último subsistema. Esto fue así porque, en relación al sector público, la reforma -basada en el proceso de descentralización-, no era realmente un elemento novedoso ya que desde la década de los años setenta se vienen impulsando este tipo de transferencias desde la Nación hacia las provincias. En el caso del subsector de OO.SS., la desregulación, la libre elección de los beneficiarios y la obligatoriedad de cumplir con el PMO fueron tal vez los rasgos prioritarios que asumió el sistema de salud argentino.

Asimismo, el espíritu que guió estas reformas fue más bien de corte fiscal y no priorizó una reconversión de las capacidades institucionales y de gerenciamiento de los hospitales. La atribución de capacidades decisorias a los niveles subordinados de las organizaciones (desconcentración), por un lado, y la descentralización con transferencia de funciones a los niveles regionales, provinciales o locales de gobierno, por el otro, implicaron una redefinición del papel normativo y orientador del Ministerio de Salud.

En todo ese periodo, la autogestión de los hospitales públicos, la descentralización, la focalización de los planes y programas de salud y la tendencia a la mercantilización del sistema fueron rasgos que perduraron en el tiempo.

Podemos concluir entonces, que los gobiernos que sostienen y sostuvieron políticas públicas inclusivas pensadas en el beneficio de la mayoría de la población impulsaron un rol activo del Estado en la garantía del derecho a la salud. Mientras que los gobiernos que impulsaron la reducción del gasto público en favor del mercado y priorizaron las acciones que minimizaron el acceso a los servicios de atención y prevención de enfermedades, excluyen a muchos sectores del derecho a la salud.

Bibliografía

- Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial (1993). *Invertir en Salud*, Washington D.C, Julio de 1993.
- Belmartino, S. (1994). Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. En: *Cuadernos Médico Sociales* N°68:5-27; Rosario.
- Cendali, F. (2009). Políticas de salud en tres peronismos, En: *Cuadernos para la emancipación. Salud y Educación.* Año 5, No 5, abril de 2009. Córdoba.
- Cetrángolo, O, Devoto, F. (1998). *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a equidad.* En: *Nexo. Rev. del Hospital Italiano de Bs.As.* v.18(3). 1998 y v.19(1) 1999.
- Escudero, J. C. y López, S. (1998). La construcción de una hegemonía: el Banco Mundial en la salud argentina. En: *Salud, Problema y Debate* N°20. Buenos Aires.
- ISAG-UNASUR (2012). Sistema de salud de Argentina En: *Sistemas de salud en Suramérica. Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.* Ligia Giovanella y col. Organizadores. Págs. 72-163. Rio de Janeiro.
- Isuani, E. y Mercer, H. (1986) La Fragmentación Institucional del Sector Salud en Argentina. ¿Pluralismo o Irracionalidad? En: *Boletín Informativo Techint* N° 244.
- Laurell, Asa C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa.* México: Fundación Friedrich Ebert. Ediciones Era.
- López, S. (2015). El sistema de salud argentino en los 90 y en los 2000 ¿Qué cambió y qué continuó? *Ficha de cátedra. Medicina Social/Salud Colectiva. FTS UNLP.* La Plata
- López, S. (2006). El sistema de salud Argentino. *Ficha de cátedra de Medicina Social.* FTS-UNLP. Disponible en: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez_el_sistema_de_salud_argentino_%20El%20sistema%20de%20salud%20Argentino.pdf
- OPC. (2021). Disponible en: <https://www.opc.gob.ar/evaluacion-politicas-de-gobierno/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/>
- Pigna, F. (2020). Ramón Carrillo, Precursor del sanitarismo argentino. Disponible en : <https://www.elhistoriador.com.ar/ramon-carrillo-precursor-del-sanitarismo-argentino/>
- Rovere, M.. (2011). La salud en la Argentina. Alianzas y conflictos en la construcción de un modelo injusto. Facultad de Ciencias Sociales UNER. Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
- Superintendencia de Servicios de Salud (2022). *Estadísticas.* Disponible en: https://www.sssa-lud.gob.ar/index.php?page=estad_ben
- Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario. En: *DPP 108. CIPPEC.* Buenos Aires.

CAPÍTULO 5

Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia Aún Posible y Deseable en el Campo de la Salud³⁴

Jimena Lafit

Introducción

A partir de la declaración de Alma Ata, (1978) apadrinada por organismos internacionales como la OMS y UNICEF y la participación de más de 100 ministros de salud de todo el mundo, quedó establecido que para llevar a cabo la política de “Salud para todos en el año 2000” era necesaria una estrategia específica.

La **Atención Primaria de la Salud** (APS) conquistó ese lugar obteniendo un amplio consenso internacional en pos de garantizar el derecho a la salud en forma universal. Su principal objetivo fue alcanzar el mayor nivel de salud posible con base en la equidad, la solidaridad y la participación entre otros principios básicos.

En el presente trabajo intentaremos situar algunas complejidades que la estrategia genera en su andar. Comenzaremos el desarrollo de sus postulados iniciales, principios, metas y propósitos, así como también su giro conceptual y práctico hacia una propuesta de atención selectiva. Por otro lado, retomaremos la proclama de su renovación hacia el 2007, e intentaremos contextualizar su llegada a nuestro país, para concluir con algunos interrogantes como aporte a los procesos de intervención profesional del Trabajo Social que se desarrollan en el campo de la salud.

Desde Alma Ata hasta el Siglo XXI

Los Comienzos

La conferencia internacional de Alma Ata, en la capital de la República Socialista Soviética de Kazajstán, impulsó el reconocimiento internacional de la estrategia de APS. La misma era vital para alcanzar la meta “*Salud para todos en el año 2000*” (Alma Ata, 1978)

³⁴ Este artículo fue escrito en el año 2016 y revisado en el año 2020.

Es importante contextualizar algunos elementos que nos permitan comprender por qué esta estrategia sucedió en esas coordenadas espacio -temporales e histórico-sociales específicas.

La conferencia de Alma Ata transcurre en un momento de tensión bipolar, ideológica y económica, dentro del bloque socialista entre la URSS y China. Esto explicaría la ausencia de esta última en la misma. Por otro lado, había iniciado la crisis económica de mediados de los años 70 que luego derivaría en propuestas pro mercado de las sociedades capitalistas. Wilner y Stolkiner (2007) mencionan que la estrategia de APS apareció más como un momento culmine en la etapa de los llamados Estados Sociales y la entrada a otro tipo de Estado denominado Neoliberal.

En América Latina hacia la década de los 60 del siglo XX se observó la caída de la tasa de mortalidad general pese al incremento del costo de la atención de la enfermedad. Una década después y sumado a la situación de sub-desarrollo de los países dependientes se presenta una marcada crisis económica. Es en ese momento cuando comienza a ser fuertemente cuestionado el Modelo Médico Hegemónico (MMH) en los países capitalistas centrales y luego en países dependientes. (Menéndez, 1988)

Antecedentes

Si bien Alma Ata genera un gran impulso a la estrategia de APS, es cierto que la misma no surge de un vacío conceptual ni práctico sino de múltiples y fértiles experiencias que para ese entonces dejaban ver su potencial y carácter progresista. En la década de los 60 existían numerosas iniciativas con base en la comunidad, como por ejemplo, la experiencia Rusa con los Feldsher o los médicos descalzos en China. También la experiencia de promotores de salud y organizaciones de la comunidad que comenzaron a establecer las bases de los programas de salud basados en la comunidad en regiones como Nicaragua, Costa Rica, Guatemala, México, Sudáfrica, India, Bangladesh y Filipinas.

A mediados de los 70 algunos especialistas y planificadores del desarrollo al observar como el modelo occidental de atención de salud no había podido mejorar las estadísticas sanitarias de muchos países del tercer mundo, decidieron examinar con detalle los modelos que parecían tener más éxito. Las impresionantes mejoras en la salud de China programas de salud basados en la comunidad de Filipinas y otros sitios destacaban en total contraste con los decepcionantes resultados de la mayoría de los programas nacionales de salud de orientación occidental. Pese a las críticas que los tachaban de «no profesionales» o «de segunda categoría», los planificadores de la salud comenzaron a estudiar la posibilidad de usar los principios de los PSBC³⁵ en los servicios

³⁵PSBC Significa programas de salud basados en la comunidad.

nacionales de salud. Esto supondría un cambio revolucionario desde la clase médica dirigente hacia la participación intensa de la comunidad, dando prioridad a la prevención, a las zonas rurales y a un planteamiento que situara la enfermedad en su contexto social. Esto significaba literalmente poner el sistema boca abajo, de un sistema verticalista (desde arriba) a un proceso hecho desde abajo. (Werner & Sanders, 1989 p.9)

La mayoría de estos programas se lanzaron para dar respuestas a las necesidades de las poblaciones en situación de pobreza y ante la crisis de un modelo de atención orientado a lo biológico, costoso y altamente tecnificado. Principalmente incluían *la participación comunitaria*³⁶ como motor para mejorar la situación de salud de las poblaciones.

Los mismos autores plantean que muchas de estas iniciativas de base comunitaria generaban un poder contra hegemónico ante el monopolio del saber y la curación, que fueron neutralizadas y absorbidas por las novedosas propuestas de APS. Entendemos que la participación es siempre tierra fértil para despertar conciencias, manifestarse, crear y consolidar fuerzas, vale decir, para el ejercicio de la ciudadanía. Pero lo cierto es, que más allá de su complejo, intrincado y algunos dirán, fallido derrotero, en ese momento histórico, la estrategia de APS se constituyó en una declaración esperanzadora y motivadora de un cambio necesario y posible que requería de un compromiso político animoso.

En la entrevista realizada a Mahler en 2008 y frente a la pregunta: ¿Qué significó para las personas? ¿Qué repercusiones inmediatas tuvo la Declaración, tanto en lo que a las operaciones de la OMS se refiere como en el contexto internacional más amplio?

R: "Para la mayoría, fue una verdadera revolución de pensamiento. La salud para todos es un sistema de valores, cuyo componente estratégico lo constituye la atención primaria de salud. Las dos van unidas. Uno ha de saber adónde quiere que le lleven sus valores, y ahí es donde teníamos que aplicar la estrategia de atención primaria. Inmediatamente después hubo una especie de júbilo. Algunos sugieren que no se hizo nada después de aquello, pero eso es terriblemente injusto si uno ve qué hicieron las regiones y los Estados Miembros de la OMS en los primeros años que siguieron.

Por ejemplo, varios Estados Miembros de la OMS progresaron de forma sustantiva. Pero disponían de más recursos. También África había puesto en marcha algunos de los ejemplos más asombrosos de atención primaria de salud, por ejemplo, en Mozambique, mientras que los esfuerzos de otros países se vieron lentamente erosionados por el clima político y económico que imperaba. Años más tarde, la OMS registró y siguió ejecutando el consenso de Alma-Ata,

³⁶A nuestro entender, las nociones de participación y comunidad precisan de análisis rigurosos para repensar sus usos, abusos y los sentidos que se le han atribuido en el devenir histórico. Aunque muy importante es este tema, no podremos extendernos en esta ficha ya que excede sus propósitos.

obteniendo diversos resultados positivos en diferentes regiones y países.”
(Mahler, 2008, p. 2)

Sus Metas y Propósitos

En principio definiremos qué es la APS:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Alma Ata; 1978, p.1).

La meta principal fue: “Salud para todos en el año 2000” y su propósito: “Alcanzar el mayor nivel de salud posible al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema” (Alma Ata; 1978) ¿Qué significó este lema?

La salud para todos significa que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo en un país determinado. Por salud ha de entenderse un estado personal de bienestar, es decir, no sólo la disponibilidad de servicios sanitarios, sino un estado de salud que permita a una persona llevar una vida social y económicamente productiva. La salud para todos obliga a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud (malnutrición, ignorancia, agua no potable y viviendas no higiénicas), así como a resolver problemas puramente médicos, como la falta de médicos, de camas de hospital, de medicamentos y de vacunas. (Mahler; 1981, p.3)

"La salud para todos" requiere un esfuerzo múltiple de variados sectores para llevar a cabo su meta. Estimulando una mejor calidad de vida.

En palabras de Mahler, en aquel entonces director de la OPS (1973/1988): La iniciativa de adoptar un *enfoque mucho más orientado hacia los sistemas de salud provino de muchos países*. Numerosos documentos procedían de organizaciones no gubernamentales (ONG). También fue importante una publicación de la OMS titulada *La salud por el pueblo*, basada en información facilitada

por distintos países, ONG e instituciones. Después de su creación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prestó durante muchos años gran atención a las enfermedades transmisibles. Eso fue durante la guerra fría, cuando las superpotencias competían siempre para ocupar el primer puesto. Los Estados Unidos de América apoyaron la erradicación del paludismo y la Unión Soviética abordó la erradicación de la viruela.

Muchos de los miembros de la Secretaría de la OMS eran grandes partidarios de prestar mayor atención a las enfermedades transmisibles. Entonces, en el decenio de 1960, los Estados Miembros empezaron a recriminar a la OMS la falta de apoyo por su parte a sus servicios de salud. En el decenio de 1970, la Secretaría de la OMS comenzó, por fin, a buscar un equilibrio entre los programas verticales (centrados en una sola enfermedad) y el enfoque horizontal (centrado en los sistemas de salud). (Mahler, 2008, p.2)

Sin embargo, “Este lema ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi exclusivamente en la enfermedad.” (Tejada; 2003)

A partir de aquí podemos retomar algunas cuestiones. Por un lado, no podemos dejar de mencionar el concepto de salud que sustenta la estrategia de APS, formulado por la OMS en 1948, entendiendo a la misma como *el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.* (OMS; 1948). Este concepto ha sido revisado y particularmente desde Latinoamérica se han presentado propuestas que entienden el proceso salud enfermedad atención y cuidado (PSEAC) como complejo, dialéctico, multidimensional y multideterminado. La salud y la enfermedad son parte de un mismo proceso y un producto histórico y social que adquiere ciertas particularidades en cada época. (Breilh, 2010) (Laurell, 1982) (Berlinguer, 1994) (Menéndez, 1994). Por ejemplo, Weinstein (1985) propone pensar la salud como un *proceso dinámico*. como una *meta colectiva* y un *valor universal*, afirmando que la salud no es la ausencia de enfermedad ni tampoco algo estático, sino que conlleva variaciones en el devenir del ciclo vital. A su vez propone que la salud como una meta puede integrarse a esfuerzos mayores de cambio en la sociedad.

Consideramos que reflexionar en torno al concepto de salud permite que podamos desarrollar prácticas tendientes a transformar las situaciones de salud.

Por otro lado, la declaración también menciona la necesidad de una *acción urgente* para frenar la *desigualdad inaceptable* entre países y al interior de los mismos

Se establecen como prioridades para alcanzar el objetivo de salud para toda la equidad, la eficacia y la eficiencia (Bianco y Grigaitis, 2005: 15). De forma más específica, y siguiendo a Bengochea (2001: 9), las características centrales de una estrategia basada en la APS son “integral (bio-psico-social), integrada (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social), continuada y permanente, activa, accesible, trabajo en equipo, comunitaria y

participativa, programada y evaluable, docente e investigadora” (Freidin, Ballesteros, Krause, Wilner, Vinitzky, 2020,p.35).

Es interesante recordar estos elementos que estructuran la propuesta inicial para comprender las tensiones que se presentaron en la posibilidad/imposibilidad de concretarlos.

También podemos decir que si bien no se menciona la categoría de *determinantes sociales de la salud*³⁷, la declaración alude a ellos enumerando una serie de cuestiones que deben ser contempladas, como la provisión de alimentos, agua potable, vivienda, entre otros. Afín con un derecho inclusivo que contempla no sólo la atención oportuna en los servicios de salud sino también las principales condiciones económicas, sociales y políticas como el acceso al agua potable, soberanía alimentaria, vivienda adecuada, trabajo digno, un medio ambiente sustentable, el poder de participar en las decisiones que afectan nuestra salud, entre otras.

Por todo lo expuesto y a nuestro entender recuperamos los principales pilares en que se asienta la APS.

Los mismos son:

- **Derecho a la salud Universal**³⁸
- **Intersectorialidad**³⁹
- **Participación**⁴⁰
- **Integralidad/Multidimensionalidad de la salud**⁴¹
- **Costo y Eficacia**⁴²
- **Equidad**⁴³

Esclarecerlos como categorías analíticas nos permite tensionar las propuestas actuales denominadas de APS para clarificar si efectivamente se ajustan a estos principios en sus dos dimensiones, tanto en su proclamación formal como en su operativización concreta. Así también

³⁷Los determinantes sociales conforman un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente la salud individual y colectiva, a la Salud Pública. (Benach y Mountaner, 2009p. 2).

³⁸El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Contemplando sus cuatro elementos disponibilidad- accesibilidad-aceptabilidad y calidad. (OMS, 2007)

³⁹Desde el principio de integralidad las acciones enmarcadas en la APS exceden al sector específico de salud incorporando a otros sectores a las respuestas.

⁴⁰ Ver Grodos y Bethune, 1988 p.76

⁴¹ Para Integralidad ver: Ver Grodos y Bethune, 1988 p.75. Multidimensionalidad: “La salud es una construcción histórico social compleja. Se encuentra multideterminada y comprende distintas dimensiones: social, psíquica, cultural, biológica.

⁴² Ver Grodos y Bethune, 1988 p.77

⁴³ Ver Grodos y Bethune, 1988 p.76

identificar en determinadas coyunturas históricas los desafíos y tensiones que se movilizan en el campo de la salud pública.

Es cierto que no podemos desconocer el carácter idealista⁴⁴ de la meta “Salud para todos” y la vaguedad en algunos de sus enunciados que dieron lugar a simplificaciones e interpretaciones disímiles. Sin embargo, admitiremos que la propuesta inicial intenta un enfoque integral y multi-dimensional de la salud el cual consideramos necesario ante las problemáticas actuales. En su impulso significó la posibilidad de un giro en la realidad política de cada país, puesto que superaba ampliamente al sector específico de salud e implicaba iniciar una transformación más amplia. Pensada y sentida como una estrategia que logrará implementarse **transversalmente** en todos los niveles de atención a la vez que proponía dar una respuesta integral a los problemas de salud. Afrontar las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud sería consecuencia de promover una distribución más justa de los recursos.

Sin embargo, como toda proclamación general, la misma fue adoptada en los escenarios más diversos y complejos, donde las tensiones y luchas de poder no se harían esperar. En otras palabras, la misma propuesta desencadenó divergentes procesos en su implementación y en su devenir ha dejado huellas discursivas en las instituciones que podemos reconocer en las representaciones y prácticas que los servicios desarrollan.

En las luchas de poder mencionadas es importante señalar el rol que jugó el Modelo Médico Hegemónico (MMH) con un enorme potencial analítico (Menéndez, 1988). El mismo comienza a ser cuestionado en la década de los 60 y alcanza su máxima expresión en la década de los 70 por su carácter tecnocrático, individualista y de alto costo tecnológico.

Entendemos que la propuesta APS intentó tensionar el campo hacia una mirada social e histórica que contemplara los determinantes sociales de los perfiles de salud y enfermedad para encaminarse hacia una transformación social.

La propuesta de APS propone garantizar el *derecho a la salud*, desde una perspectiva *integral, multidimensional, desde la equidad e intersectorialidad, y la participación como piedra angular*. Principios que superaban ampliamente las directrices de un modelo de atención basado en la enfermedad y que supone el impulso hacia procesos de democratización de todas las instituciones de salud y de la sociedad en general.

Mirando a la distancia la pregunta que nos hacemos es: ¿Era o es posible echar a andar este proceso de democratización? ¿Era posible dislocar el eje puesto excesivamente en la enfermedad para comprender la salud y la vida en términos más amplios? ¿Era posible generar condiciones para la participación de todos, acompañando procesos de democratización? ¿Era posible recuperar saberes situados territorialmente y producidos a partir de racionalidades sociales y culturalmente distintas? o ¿Cuánto de esto es posible hoy?

⁴⁴En ese momento los directores de la OMS Y del UNICEF se encontraban vinculados a iglesias protestantes.

Las Críticas

En términos de geopolítica mundial, fue en el marco de la recesión económica hacia fines de los años 70 y principios de los 80, cuando se comienzan a impulsar políticas de ajuste económico. Sus principales objetivos eran la reducción del déficit fiscal y la propuesta de achicar el protagonismo y financiamiento del Estado. Esta tendencia apuntaba a desmembrar todo lo que en políticas sociales significaba el Estado de Bienestar, impulsando la caracterización de un estado neoliberal.

Como mencionan Werner y Sanders (2000) aquellos organismos⁴⁵ que en un primer momento apoyaron esta propuesta integral, luego terminaron incentivando propuestas selectivas (APSS selectiva) que priorizaban acciones destinadas a grupos específicos de la población – programas específicos-aunque aseguran que el mayor ataque hacia la APS vino del interior del sistema de salud pública.

Por ejemplo, hacia 1979 la fundación Rockefeller manifiesta que la versión de APS era costosa y poco realista y en ese mismo año promovió un encuentro sobre salud y población convocando a las principales agencias financiadoras, sentando las bases de la APSS. Luego, en 1982 Unicef aprobó el programa GOBI⁴⁶ una nueva estrategia diseñada para lograr una «revolución en pro del desarrollo y la supervivencia infantil», a un coste accesible para los países pobres.

Los pilares de universalidad, integralidad y multidimensionalidad para comprender y actuar en los procesos de salud y enfermedad, perdían fuerza ante propuestas que planteaban una acción urgente y eficaz en términos de soluciones técnicas encaminadas a bajar los índices de mortalidad infantil “*Soluciones técnicas a problemas sociales*” que tuvieron un amplio consenso. (Werner, Sanders, 2000 p. 21)

No podíamos negar que la APSS tenía en ese entonces un impacto real en los indicadores generales de mortalidad infantil. Pero también mostraba la decisión de no modificar las relaciones sociales de poder que son constitutivas a las formas de vivir, enfermar y morir de las poblaciones.

⁴⁵En este juego de fuerzas sociales existen actores estratégicos, como los organismos internacionales, que promueven orientaciones y definiciones hacia los países nombrados como subdesarrollados. Un ejemplo de ello fue en 1993 el documento “Invertir en salud” publicado por el Banco mundial, que postulaba salidas a la crisis de endeudamiento proponiendo la reducción del Estado en materia de salud pública y una mayor diversidad y competencia en el financiamiento. Principalmente, en la reducción del rol activo y de intervención estatal en las políticas sociales para dar lugar al protagonismo del mercado. Dichos actores juegan un papel fundamental para comprender las relaciones de fuerza al interior del campo.

⁴⁶El acrónimo GOBI significa: -Monitorización (control) del crecimiento (*Growth Monitoring*) -Terapia de rehidratación oral (*Oral rehydration therapy*)-Lactancia materna (*Breast feeding*) -Inmunización (*Immunization*)

¿Atención o Cuidado?

Antes de caracterizar la operativización de la APS en nuestro país nos parece importante plantear breves apreciaciones en relación a los términos “Care” y “Primary”. Partimos de la necesidad de deconstruir la APS para volver a pensarla como una propuesta situada para nuestros contextos regionales, locales y territoriales latinoamericanos. Según Mario Rovere (2012) la mala traducción del término “Primary Health Care” como atención primaria de la salud en vez de cuidados (Care) integrales de salud, contribuyó a una interpretación medicalizada en América Latina. Como también, el concepto de primario puede suponer algo primitivo o de lo contrario aquello que es esencial y primordial en orden de grado.

David Tejada (2003) ya nos advertía sobre la equivocada traducción del término “*Primary health care*”

La versión original en inglés utilizó el término ‘cuidado’ (care) “El ‘cuidado’ tiene una connotación mucho más amplia e integral que la ‘atención’. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos” (Tejada de Rivero, 2003, p.5).

Esto que puede parecer sin demasiada importancia, es, por el contrario, de suma relevancia en términos de pensar la salud pública, como un campo de generación de prácticas y hegemonía discursiva por los sentidos que se le atribuyen a los procesos de salud y enfermedad. Se trata de conceptualizaciones que todo el tiempo están constituyendo el campo y que es necesario pensarlas críticamente.

Operativización de la APS en Argentina

Intentaremos a grandes rasgos contextualizarlas circunstancias en las cuales emerge la propuesta de APS en nuestro país.

La operativización de la APS surge en un momento en el cual la mayoría de los países latinoamericanos se encuentran atravesados por gobiernos dictatoriales. También coincide con un momento crucial de desmantelamiento del sistema sanitario nacional y de la transferencia de servicios y responsabilidades a las provincias (Bertolotto et.al (2012). Lo paradójico se manifiesta en que uno de los principios que se promueven desde la APS es la “participación comunitaria”. Por lo cual, se comprende cómo en aquellos contextos, este principio quedará abiertamente deformado.

Desde el año 1955 hasta la década de los 90 se socavaron las bases de un modelo universalista que había comenzado con el gobierno Peronista. Tal es así que en los años 90 presentamos la implementación de un modelo neoliberal con cuatro características principales: la privatización, la descentralización, desregulación y la exclusión.⁴⁷

...la mayoría de los países latinoamericanos, en el marco de programas de ajuste estructural, renunciaron a los principios universalistas e igualitaristas propios de la propuesta teórica original y han implementado políticas de APS con una concepción selectiva y focalizada en los grupos poblacionales más desprotegidos, operativizada mediante la definición de una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención pero sin integración con los niveles de mayor complejidad asistencia". (Iván Ase; Jacinta Burijovich; 2009 p. 28)

Todos estos elementos fueron configurando un proceso que duró varias décadas originando la caracterización actual de nuestro *sistema de salud*⁴⁸ donde la fragmentación, heterogeneidad, segmentación, y descoordinación son sus características centrales. (Arce, 2012) (Freidin et al. 2020) (Belmartino, 2005). Nuestro sistema de salud se compone de tres sub sectores: Público, Privado y de obras sociales. Por ejemplo la heterogeneidad "*Se funda en la existencia de normas particulares para cada organización, que suponen diferencias en la captación de recursos, en las formas de utilización y en los derechos reconocidos a la población a cargo (Citado por Wilner y Stolkiner, 2007 p. 4)*

El término APS reviste una considerable polisemia, de forma tal que, bajo su paraguas, en Argentina "se han cobijado un conjunto de dispositivos de atención provenientes de diferentes tradiciones de la salud pública, entretejidos a su vez por los disímiles modelos políticos que se sucedieron en Argentina antes y después de 1978". Bajo el nombre de APS, durante las décadas de 1980 y 1990 se realizaron políticas focalizadas en determinados grupos poblacionales a partir de programas sanitarios, centradas únicamente en el primer nivel de atención, sin garantizar su conexión con el resto del sistema sanitario (Ase y Burijovich, 2009: 35) y desvinculando la salud de los determinantes sociales

⁴⁷Para ampliar la información ver: Cendalí, Florencia (2009). "Políticas de salud en tres peronismos", En: Cuadernos para la emancipación. Salud y Educación. Año 5, No 5, abril de 2009. Córdoba.

⁴⁸El sistema de salud argentino se encuentra fuertemente fragmentado y desarticulado y esta circunstancia se constituye en una de sus principales características. Asimismo, la historia del formato actual se remonta a la década de los años cuarenta y a la constitución de un sistema sustentado en un modelo de desarrollo económico basado en el mercado interno y en el pleno empleo(...)Entonces, tenemos un sistema de salud conformado por un sector público que pretende dar cobertura médica a toda la población y no logra llegar a los sectores más carenciados, un subsector de Obras Sociales que pretende dar cobertura a los trabajadores pero que no asegura a aquellos que engrosan el creciente grupo de los desempleados y, sobre todo, de trabajadores informales. Y, por último, un subsector privado, que apunta naturalmente a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva, pero que -como consecuencia no buscada de la acción/inacción de las Obras Sociales - está logrando una cada vez mayor inserción como prestador del subsector de OS, por lo que se desdibuja como competidor. López Susan. **EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO**. Caracterización y conformación del sistema de salud. Año 2006

(Bertolotto et al., 2012: 363). En este sentido, cabe señalar que, desde el año 2003, la estrategia de APS ha sido fuertemente promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, retomando la propuesta de integralidad (OPS, 2005; 2007; 2010; OMS, 2008; véanse también Haggerty et al., 2009: 377; Ase y Burijovich, 2009: 38) (Betina Freidin et al. 2020, p 36).

Es importante tener en cuenta el carácter federal de nuestro país lo cual imprime una particularidad ya que a cada provincia le corresponde su autonomía en materia de salud y esto conlleva a la implementación de diferentes políticas según jurisdicción.

Por ello la operativización de la APS adquiere ciertas particularidades ya la misma no logra implementarse desde una versión ampliada de APS, pensada como una estrategia que reorienta todo el sistema de salud y propone un cambio profundo en la sociedad. Más bien se desarrolló en el sub-sector público tanto en los centros de atención primaria (Puerta de entrada) y en programas Nacionales como el programa de equipos comunitarios (Ex Médicos comunitarios) o el programa Remediar, entre otros, que aparecen desde el 2003 en el Ministerio de Salud como experiencias nacionales de APS.

También es posible constatar la complejidad de las estructuras institucionales que se han encontrado a merced de la implementación de políticas con orientaciones muy diferentes en cada período de gobierno y en ocasiones terminarían colaborando aún más con la desarticulación, descoordinación y fragmentación del sistema.

Por todo lo dicho anteriormente es que la implementación de APS como un paquete mínimo de intervenciones focalizadas, logró sustraer la reflexión de fondo que proponía dicha estrategia. Se trataba de reflexionar sobre las determinaciones sociales, económicas, políticas y culturales de los procesos de salud y enfermedad. Quedó así anclada en el subsector público, destinada a la atención de la población con mayores desventajas socioeconómicas. Esta característica imprime en nuestro país una particularidad significativa en términos de comprender su derrotero, sus límites, alcances, propuestas y agendas a futuro. No obstante *“A pesar de estas contradicciones ocurrió una expansión significativa del recurso humano que se desempeña en el primer nivel de atención y en el marco de la descentralización política desde las provincias y municipios se abrieron centros de salud que impulsaron un verdadero collage de modelos de impacto cruzado”* (Rovere; 2012 p. 364)

Entonces podemos decir que la APS desde su inserción hace más de 40 años en el campo de la salud pública, ha generado múltiples debates sobre su origen y fundamentos, así como también sus formas de implementación. Menéndez (1988), Rovere (2012), Bertolotto (2012), Wilner; Stolkiner (2007) Tejada (2003). El significado de APS ha sufrido modificaciones propias al insertarse en un campo de disputas por los sentidos acerca del proceso salud y enfermedad. Por ello la ambigüedad de sus postulados iniciales dio lugar a variados y disímiles significados, constituyendo un amplio mosaico que fue dejando huellas en las instituciones donde se insertó.

Algunos Antecedentes en Nuestro País

Con base en los principios de APS se consolidaron experiencias muy importantes en nuestro país. Las primeras se encuentran en las provincias de Salta (1980), Neuquén con el Programa de Salud Rural, en la Provincia de Buenos Aires, la experiencia del ATAMDOS (Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud), que llevó adelante entre 1988 y 1989 Floreal Ferrara. Estos constituyen algunos de los principales ejemplos de nuestro país antes de los '90.

Siguiendo a Alicia Stolkiner,abordando la historia del desarrollo de la APS en nuestro país, existen antecedentes de iniciativas que incluyen a la estrategia como fundamento, como por ejemplo el caso de las experiencias de Alvarado en Jujuy y Salta – aún en forma previa a la declaración de Alma Ata -; estas experiencias se demostraron de gran efectividad en la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones, logrando erradicar, por ejemplo, al paludismo como enfermedad endémica en dichas provincias. Por otro lado podemos plantear que debido a que la Conferencia Internacional de Alma Ata se desarrolla en el año 1978, período durante el cual la Argentina era gobernada por una dictadura militar que obturaba claramente cualquier iniciativa promotora de la participación comunitaria, la APS se conceptualizó como un programa más que como una estrategia, y por lo tanto dio lugar a experiencias cuyo objetivo era el de la ampliación de la cobertura de servicios, así podemos citar como ejemplo de estas iniciativas al Programa de Salud Rural en la provincia del Neuquén.(Stolkiner;2007, p.6)

Encontramos también como antecedente en nuestro país el desarrollo de las jornadas de APS desde el año 1986 a 1992 donde se compartieron, pensaron y debatieron una multiplicidad de experiencias. En este siglo otro antecedente relevante lo encontramos en la implementación del Plan Federal de Salud *en el año 2004*. El mismo se asienta en la estrategia de APS con el objetivo de “*Construir un sistema federal y flexible de salud, más integrado, más justo, mejor regulado y que respete las diferencias regionales y provinciales*” (Ministerio de salud de la Nación, (PSSYC; 2004). Ejemplos de esta implementación son: el programa Remediar, Programa materno infantil (PROMIN), el programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Programa de Médicos Comunitarios y el Plan Nacer entre otros.

Después de observar a grandes rasgos la llegada y devenir de la APS en nuestro país nos surge una pregunta:

¿Por qué luego de casi tres décadas volvemos a postular que la APS es la mejor opción para mejorar la situación de salud de nuestros pueblos?

La Renovación de la APS

Casi tres décadas después en el documento de posición de la OPS y la OMS sobre el 25° aniversario de la conferencia de Alma Ata, se decidió realizar una renovación de los principios que inspiraron la declaración, a fin de formular futuras orientaciones. En el mismo la directora de la OPS, Mirta Roses Periago manifestaba:

El documento de posición define los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque renovado de APS, en lugar de describir un modelo rígido al que deban ajustarse todos los países. Cada país tendrá que encontrar su propio camino para crear una estrategia sostenible con el fin de basar sólidamente su sistema de salud en la APS. (OPS; 2007).

Se planteaba, que un sistema de salud basado en APS implicaría:

- **Valores cómo:** Derecho al mayor nivel de salud posible, Equidad y Solidaridad.
- **Principios:** Dar respuestas a las necesidades de la población, orientación hacia la calidad, respuesta y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.
- **Elementos:** Recursos humanos adecuados, recursos adecuados y sostenibles, acciones intersectoriales; cobertura y acceso universal; primer contacto, atención integral, integrada y continua; orientación familiar y comunitaria; énfasis en la promoción y prevención, cuidados apropiados; mecanismos de participación activa; marco político legal e institucional sólido; políticas y programas pro-equidad; organización y gestión óptima. (OPS; 2007).

Esta perspectiva se funda en una visión que contempla el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad, entre otros valores esenciales; y asienta su misión en formular las orientaciones estratégicas que permitan alcanzarlos.

El documento antes mencionado, evidenció que aún hoy la APS representa una fuerte inspiración y esperanza, no sólo para los sistemas de salud sino para la comunidad en general. El propósito es

Servir de referencia a todos los países que pretendan fortalecer sus sistemas de atención de salud, acercando la atención de salud a las personas que viven en áreas urbanas y rurales, independientemente de su género y edad, grupo étnico. Situación social o religión. (OPS; 2007)

Existen variadas iniciativas y antecedentes como la Carta de Ottawa, la Declaración del Milenio, la Comisión sobre Determinantes Sociales conformada en el año 2005, y una cantidad de experiencias colectivas que sirven de sustento para una nueva apuesta estratégica en este sentido.

Según las particularidades de cada región el documento de renovación señala cuatro categorías principales: APS Selectiva, Atención Primaria, Atención Primaria de la Salud Ampliada y enfoque de salud y derechos humanos. (Ver tabla 1 de OPS,2007.p4)

Tabla 1
Enfoques de la Atención Primaria de Salud

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS Selectiva (Países en desarrollo)	Se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres
Atención Primaria (Países desarrollados, Europa y otros países industrializados)	La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.	Un nivel de atención de un Sistema de Salud
Alma Ata. APS Ampliada (Algunos países)	La declaración de Alma Ata define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud
Enfoque de salud y DDHH	Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud éste debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas "inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros" que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales

Fuente: OPS/OMS (2005/2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Documento final 2007. Washington, D.C.*

Como se observa en el cuadro anterior, desde la declaración de Alma Ata la APS se ha operativizado de diversas formas de acuerdo a la coyuntura de cada país o región. Y por otro lado, se han dado desde entonces complejos procesos que conjugan cambios en los perfiles epidemiológicos de las poblaciones, asociados a las condiciones económicas, políticas, culturales y medio ambientales de cada país, como también a escala global.

En síntesis, dicha renovación implicaría una deconstrucción de la APS para reformular articulada a las particularidades de nuestro país.

Articulaciones entre APS y un Enfoque de Derechos

Considerar la salud como un derecho, implica situarnos desde la noción de indivisibilidad y progresividad de todos los derechos humanos. El criterio de progresividad nos permite pensar en el desarrollo de una base/piso de derechos que luego necesita ampliarse y alcanzar mayores grados de equidad.

Desde este eje matriz, el derecho a la salud es fundamental para garantizar las trayectorias vitales de cada persona y colectivo en la trama social e histórica. Dicho enfoque permite ponderar el derecho a la salud y constituir un pilar en el cuál situarse para la ampliación del mismo en sentido progresivo. Entendemos entonces que *la APS se articula a una concepción de derecho a la salud, potenciando la capacidad de ejercerlos*.

A fin de despejar algunas confusiones y ambigüedades que frecuentemente se observan sobre la APS, entendemos, como expresa Silva Jairnilson Paím (2006) que la APS:

No es una forma primitiva, empírica y elemental de atención, cuidado de segunda o tercera categoría para los pobres ni se sustenta sólo en tecnologías que no incorporan los mayores avances del desarrollo científico.

No es una acción exclusiva de los servicios de salud o de algunas instituciones del sector, ni es un programa independiente y paralelo a las demás actividades de salud.

No es un nivel de atención dentro de un sistema de servicios de salud ni se reduce a lo que podría considerarse como el nivel más periférico.

No se reduce a la utilización de personal no profesional, ni puede circunscribirse a miembros de la comunidad capacitados para prestar una atención elemental.

Algunos autores brasileños, al objetar la concepción de APS como asistencia simplificada, y de bajo costo para problemas simples de gente pobre, enfatizan que las demandas en este nivel exigen para su adecuada comprensión y efectiva transformación, una sofisticada síntesis de saberes y una compleja integración de acciones individuales y colectivas, curativas y preventivas, asistenciales y educativas.

La APS como estrategia que transforma el campo de la salud hace hincapié en los determinantes sociales, culturales, políticos, económicos e históricos que ubican a la salud como un

producto socio-histórico. Donde vivir, desarrollarse, enfermar y morir son procesos que se gestan en el devenir histórico y se constituyen en tensión con los proyectos societales en pugna.

No sólo implica una transformación en el sector salud, sino que también incluye una mejora en las condiciones de trabajo y seguridad social, de vivienda, educación como también es necesaria una planificación en torno a la sustentabilidad de los recursos naturales con un impacto en el medio ambiente y la salud. En este sentido, *el lugar asignado a los sujetos es de vital importancia como co-constructores de su propia salud.*

A modo de cierre provisorio....

Por todo lo expuesto nos preguntamos ¿Por qué es importante seguir apostando a la estrategia de APS y fortalecer sus principios?

En principio necesitamos un análisis profundo de sus avances y retrocesos, alcances y limitaciones, así como también particularidades en la coyuntura actual que nos permitiría precisar ¿Qué es la APS? ¿Qué fue de la APS? ¿Qué podría ser la APS en nuestro país?

Poder reconocer las huellas que ha dejado en su andar por el campo de la salud pública Argentina. Huellas que se dejan ver en discursos institucionales que muestran lo que se intentó hacer, lo que se pudo hacer y los límites que encontró en su derrotero. Para ello la historia es un recurso ineludible para esclarecer, explicar y despejar las brumas que aparecen en el sendero.

Dicho análisis histórico constituye un insumo fundamental para nuestra práctica profesional en términos de problematizar las propuestas que se enuncian como APS. Nos encontramos ante la necesidad de un cambio que opere en múltiples dimensiones y pueda reflejarse en nuestras prácticas cotidianas, potenciando iniciativas que permitan construir respuestas lo más integrales posibles a los problemas de salud y enfermedad desde un enfoque de derechos. Entonces, esta propuesta es pensable, deseable y asumiremos la inevitable encrucijada de encontrar caminos posibles.

En este sentido, será necesario un análisis crítico y fecundo, ya que no es posible actuar en escenarios complejos y multideterminados históricamente desde una ingenuidad analítica.

Analizar críticamente las potencialidades de la atención primaria de la salud con asiento en los DDHH posibilitaría la búsqueda y modificación de determinantes sociales, políticos, culturales y económicos que constituyen a los procesos de salud y enfermedad, estaría encaminada a identificar el cambio de estructuras de poder necesarias para reorientar los sistemas de salud en este sentido.

Como trabajadorxs en el campo de la salud nos hallamos frente a innumerables desafíos cotidianos, entre ellos, sostener la tensión entre fortalecer los derechos humanos inherentes a las personas y la avanzada de despolitización, deshistorización y mercantilización de la salud, que permea constantemente el campo. Nuestro sistema de salud no sólo se encuentra fragmen-

tado en tres subsectores sino que al interior del subsector público donde se insertan las propuestas de APS la lógica de fragmentación, vaciamiento del sector, y condiciones laborales desfavorables atentan contra la calidad en la atención, la universalidad y la accesibilidad de la salud.

Surgen interrogantes que se desprenden de la indagación y análisis expuesto. ¿Qué posibilidades existen de pensar enfoques integrales para abordar las problemáticas de salud? ¿Qué posibilidades históricas de operativizar el derecho a la salud?

Como ya mencionamos, en su origen el enfoque desde la estrategia de APS plantea un cambio que moviliza estructuras de poder con un impacto directo en las formas de reproducción cotidiana de toda la población. Esta postura teórica, política, ética y metodológica conlleva implicancias que superan la somera apuesta hacia cambios espontáneos y desarticulados. Entonces ¿Qué significa la renovación de APS? Entendemos que es una renovación de los valores éticos que se encuentran plasmados en la esencia de aquella lejana declaración en 1978. Cada día como trabajadorxs de la salud, profesionales o como ciudadanxs debemos renovar nuestro compromiso con los derechos humanos, que implica valores éticos necesarios para vivir en sociedad. Las coyunturas son otras y ha pasado mucho desde aquella proclamación en Alma Ata, pero el horizonte hacia la ampliación y concreción de todos los derechos humanos es una certeza constante.

El cotidiano de la intervención profesional nos interpela y sumerge en profundos interrogantes e inquietudes, posibilitando el esclarecimiento de finalidades y propósitos, aquellos explícitos en el andar institucional y aquellos que quedarán en la opacidad en el marco del desarrollo de estrategias de intervención.

En nuestra indagación y análisis del tema, se perfila un camino colmado de interrogantes más que certezas. A nuestro entender es necesario incorporar la perspectiva de Salud Colectiva/Medicina Social Latinoamericana para iniciar un análisis más acorde a nuestras realidades y profundizar sobre la determinación social de la salud y la enfermedad. Así como también un riguroso análisis desde la perspectiva de género como constitutiva de las relaciones sociales.

Reconocemos que la motivación por el tema surge de visiones colmadas de ideas de transformación que tocan nuestras fibras más íntimas. Realizamos un sobreesfuerzo para no caer en idealismos románticos sobre la APS, aunque a veces resulta difícil. Intentamos, en un esfuerzo consumado, lograr una síntesis que nos permita un punto de partida para reflexionar, aprehender y deconstruir para volver a construir con mayor claridad, toda la que podamos encontrar en momentos donde se requieren nuevas miradas y prácticas.

En otras palabras, la transformación es esperable, deseable y también posible en un horizonte que supone el respeto a los derechos humanos de todas las personas. El compromiso es insoslayable, el camino es arduo y transcurre en el inevitable acontecer histórico que va marcando los pasos necesarios hacia la construcción de una salud colectiva.

Bibliografía consultada

- Arce, H. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. En: *Medicina* v.72: 414-418
- Ase, I., y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? En: *Salud Colectiva*, 5(1): 27-47. UnLa. Bs. As.
- Benach, Joan. (2015). Toda salud es política. En: *Ideas y debates* http://www.laizquierdadia-rio.com/ideasdeizquierda/wp-content/uploads/2015/04/30_32_Benach.pdf
- Belmartino S. (1992). El sistema de salud en Argentina: perspectivas de reformulación. *Cuadernos Médico Sociales N° 61*. Asociación Médica de Rosario. Argentina. Setiembre
- Bertolotto, A.; Fucks, A., y Rovere, M. (2012). Atención primaria de salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 36(94): 327-342
- Entrevista a Halfdan Mahler. (2008) Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/>
- Freidin, B; Ballesteros, M; Krause, M; Et al (2020). *Atención Primaria de la Salud en tiempos de crisis. Experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires*. Editorial Teseo Press. Bs. As.
- Grodos, D., Bethune, X. (1989). Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. En: *Cuadernos Médico Sociales N°46: 71-85*; Rosario Jornadas de APS que se desarrollaron durante los años 1987 y 1992. Ver en: <http://www.unla.edu.ar/index.php/cedops-fondos-y-colecciones-jornadas-de-atencion-primaria>
- López, S. (2006). El Sistema de Salud Argentino. Caracterización y conformación del sistema de salud. *Ficha de cátedra de Medicina Social*. FTS-UNLP.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? .En: *Revista Alteridades* 4 (7): pág. 71-83.
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464. Ver en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- OMS (1978). *Declaración de Alma Ata*. Ginebra.
- OPS/OMS (2005). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).2005. Washington, D.C:
- OPS/OMS (2007). *La renovación de la APS en las Américas*. Washington. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49660/9275326991_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Posgrado en salud social y comunitaria. *Plan Federal de Salud*. Ministerio de Salud de la Nación. Módulo 5. Unidad N° 3.
- Róvere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, 36(94): 327-342.
- Paim, Jairnilson, S. (2006) *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI*. Ed: Lugar Editorial.

- Stolkiner, A. y Wilner, A. (2007). Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina. En: *Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur - Red ISSS*. Mayo de 2007
- Testa, M. (1985). Atención primaria o primitiva de salud. En: *Cuadernos Médico Sociales* N°34: 3-13. Rosario

CAPÍTULO 6

La Intervención del Trabajo Social en el Campo de la Salud. Apuntes Para la Introducción a una Mirada Compleja

María Cecilia Nogueira y Galia Analía Savino

En el siguiente capítulo nos interesa hacer foco en la relación que existe entre la intervención profesional del Trabajo Social y la promoción y la restitución de los derechos en el campo de la salud desde una mirada compleja.

Entendemos a la salud como un fenómeno socio histórico y complejo, que atraviesa todos los aspectos de la reproducción social. Siguiendo el enfoque de la Medicina Social/ Salud Colectiva MS-SC consideramos fundamental pensar la salud vinculada a los determinantes sociales, que explican las formas desiguales de vivir, enfermar y morir de los sujetos y las poblaciones.

Las demandas de las personas y colectivos en relación a los procesos de salud enfermedad, atención y cuidado (PSEAC) de los que son protagonistas no se agotan en sus expresiones en instituciones abocadas a la salud. Organismos estatales y comunitarios dedicados a la niñez, la violencia de género, la asistencia directa, al abordaje de las problemáticas de las personas en situación de calle, espacios educativos, quienes están privadas de su libertad, son algunos de los escenarios en los cuales los padecimientos y las desigualdades sociales se manifiestan.

Trabajo social y salud como un campo complejo

Como profesionales del trabajo social desarrollamos nuestro ejercicio profesional en espacios complejos conformados por la interacción de múltiples dimensiones. La diversidad de los procesos visibles en las distintas matrices teóricas, los saberes acumulados a partir de nuestras experiencias profesionales, la capacidad de reflexión acerca del espacio disciplinar, nuestro objeto de intervención múltiple son algunas de las dimensiones a tener en cuenta para afirmar que el ejercicio del trabajo profesional del trabajo social tiene lugar en un campo complejo. Cazzaniga, S. (2020) expresa que el Trabajo Social interviene, junto a distintas disciplinas, en los obstáculos presentes en las condiciones materiales y simbólicas para la producción y reproducción individual y colectiva de la población, en aquello que llamamos: *lo social*. Por otrolado la intervención de

les trabajadores sociales se da en instituciones público - estatales y público societales que intentan administrar la sociedad. En este territorio se expresan las demandas de quienes pugnan por ser reconocidos.

Las trayectorias de pobreza y de falta de acceso a derechos son algunas de las características principales de las personas y colectivos con quienes trabajamos. La desigualdad es una de las expresiones de la injusticia social, es causa de malestar y de exclusión y sus consecuencias son devastadoras. Les profesionales que trabajamos en políticas de restitución de derechos vemos consumida la nuestra energía personal e institucional en el actuar sobre los resultados que requieren de intervenciones urgentes. Entendemos que son acciones imprescindibles, pero obturan a veces, la lucha de fondo que se da por abajo, en la base de la sociedad en relación a la injusta distribución de la riqueza y la desigualdad social.

La desigualdad social tiene su correlato, entre otras, en la desigualdad en salud. Entendemos a la salud a partir de las consideraciones de Floreal Ferrara sanitarista y político argentino para quien

La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esa lucha logra resolver tales conflictos, aunque con ello deba respetar su situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos. (F, 1975 en W, 1988)

En este sentido, en el marco de esta perspectiva, la salud y la enfermedad no se consideran de forma separada ni opuesta, sino como parte constitutiva de un mismo fenómeno del ciclo vital basado en una relación dialéctica e inseparable.

Es por ello que consideramos prioritario reflexionar sobre la salud como un campo. La noción de campo implica una perspectiva relacional, una red de relaciones objetivas entre las diferentes posiciones que en dicho campo ocupan los agentes o instituciones, las cuales se hallan atravesadas por la distribución de poder o capital que se encuentran en juego en cada campo en cuestión "el funcionamiento de las relaciones sociales, además de no ser transparentes, dota a las personas de ideas y percepciones que las convierte en receptores sumisos por vía de la naturalización espontánea de las estructuras de dominación" (B, 2008: 28). Pensar la noción de campo, nos permite pensar la complejidad de la posición de Trabajo Social dentro del campo de la salud, que con intereses específicos disputa por la apropiación, manejo y sentido del capital en juego en este campo. Esto es posible identificarlo, por ejemplo, en las distintas concepciones sobre salud, sobre todo luego de la crítica de la medicina social hacia el paradigma del Modelo Médico Hegemónico (MMH), caracterizado por su biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros

rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normalización, de control y de legitimación. Aquí, podemos dar cuenta de distintos procesos sociales que pugnan por intereses contrapuestos, donde aquellos que resultan ganadores de esta disputa intentan mantener la jerarquía (Cazzaniga, 2020). El predominio disciplinar de la profesión médica pretende la colonización hacia otras profesiones y notablemente al trabajo social. No obstante, desde el trabajo social se han generado estrategias de legitimación de la acción profesional. De esta manera, es posible reconocer, en el posicionamiento actual de la profesión, una clara defensa por la autonomía profesional, de la puesta en el juego de capacidades de actuar por uno mismo y no de ser actuado.

Nebra y Heredia (2019), reflexionan en torno a las características e interrogantes que surgen en la búsqueda de la jerarquización del Trabajo Social, desde una perspectiva de género y tomando como punto de partida dos elementos: la historia del trabajo social como profesión feminizada como una explicación a la subalternidad, (asociando la profesión al voluntarismo, la caridad, la filantropía y sesgos de género); y las condiciones materiales de precarización de nuestros escenarios laborales, en tanto profesionalización altamente precarizada.

La asimetría de poder existente entre los saberes, ubica al Trabajo Social como un saber femenino, y por ende, con menos prestigio, lo que se traduce en desigualdad de las condiciones laborales; agravadas por las desigualdades propias de la división sexual del trabajo y del saber, impuestas por la sociedad androcéntrica. El carácter feminizado del trabajo social, destaca la participación de las mujeres con un componente voluntarista (vinculado también al rol que juegan la Iglesia y el Estado) y, por otro lado, destaca un componente subalterno en cuanto a la relación de auxiliaridad técnica y social que se le destina a la fuerza de trabajo femenina. Las condiciones laborales subalternas también son un elemento característico de la profesión, al estar el Trabajo Social históricamente asociado con saberes vinculados a lo femenino lo cual en el sistema patriarcal lleva a menor prestigio académico y laboral. Existe entonces una estrecha relación entre los dos elementos antes mencionados.

El entramado de conflictos en el campo, tiene que ver con un conjunto de relaciones asimétricas que se dan no solo en la relación agentes-usuarios, sino también entre los agentes. Cabe destacar que, para intervenir en los procesos de S/E/A es necesario incluir los componentes sociales, simbólicos y culturales cuyas diferencias y subalternidades se encuentran naturalizadas.

Desde la perspectiva de Eslava Castañeda (2017) la idea de determinación social de la salud implica la discusión acerca de las relaciones entre individuo y sociedad, pero que además presupone como central la cuestión de la historicidad de los procesos y la forma en la que devienen los fenómenos. Y desde la propuesta dialéctica y relacional de la medicina social latinoamericana se sume que la sociedad actúa como totalidad que determina la acción individual. En suma, el planteo desde los aportes teóricos del autor es que “las condiciones materiales de existencia determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos. Y estas condiciones están dadas por los patrones de producción y reproducción social y por ello estos son considerados determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad” (C, 2017: 399). Lo

cual debe entenderse como un proceso dinámico y contradictorio. López Arellano (2013), por su parte, sostiene que tanto la categoría de determinación social de la salud como de los determinantes sociales, forman parte del paradigma contra hegemónico de la salud colectiva y la medicina social, al conformarse la determinación social de la salud como una perspectiva, y los determinantes sociales de la salud como sus expresiones concretas, centradas en un marco teórico-metodológico que ha permitido, a partir de profundizar en el conocimiento, comprensión e interpretación de la multidimensionalidad de estas determinaciones, trazar la reconstrucción compleja de la totalidad histórico-social que atañe a los procesos salud enfermedad de los colectivos humanos.

No incluir a los determinantes sociales que tienen incidencia en los procesos antes mencionados, amplía de forma notoria las desigualdades en el acceso a los derechos y entre ellos a la salud. Encontramos autores (López: 2016, Hernández: 2012) quienes realizan un aporte muy interesante para pensar acerca de la desigualdad y la inequidad en salud

Cabe resaltar que las desigualdades en salud hacen referencia sólo a la descripción de las diferencias o disparidades entre indicadores, pero nada nos dicen acerca si éstas son injustas o no. De hecho, no todas las desigualdades en salud son injustas porque, y como nos recuerda Berlinguer, no podemos negar las imprevisibles combinaciones genéticas, las biografías de los sujetos y las libres elecciones de individuos que nacen y crecen diferentes (Lopez, 2016,p. 23)

No obstante cuando estas desigualdades son evitables, injustas o producto de trayectorias de subordinación tanto de los colectivos como de los sujetos, esas desigualdades pueden ser consideradas como inequidades.

La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay injusticia cuando se identifica una inequidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad (Hernandez, 2012 en Lopez, S., 2016, p.20)

Las causas dinámicas, históricas sociales y culturales de estas inequidades pueden ser comprendidas a partir de las determinaciones y los determinantes sociales. En este sentido, entendemos a los determinantes sociales, a partir de los aportes epistemológicos de Benach y Muntaner (2009) como aquellos que “conforman un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva, a la salud pública” (p. 22). Los autores advierten que el concepto reconoce que “enfermamos y morimos en función de la desigual forma en la que vivimos, nos alimentamos y trabajamos” (Benach y Muntaner, 2009,p.

22). Por ello resulta importante interpelarnos sobre estas cuestiones que se presentan en nuestras intervenciones profesionales para la puesta en marcha de una tramitación político institucional profesional en el abordaje de la problemática.

Políticas sociales, accesibilidad y pandemia: tensiones en el ejercicio profesional

La irrupción de la pandemia no hizo más que activar y cristalizar una estructura de conflictividades políticas acumulada por varios años. En los primeros meses del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) se generaron una serie de problemas en relación a la gestión de la provisión del dinero y su uso efectivo. Si bien es importante remarcar que hubo un intento por parte del gobierno por desplegar medidas de transferencia de ingresos y garantía para enfrentar la crisis, estas respuestas llegan a destiempo y son insuficientes para cubrir las necesidades básicas y garantizar derechos. Sabemos que las políticas sociales que parecen meras transferencias monetarias, están cargadas de connotaciones morales negativas y estigmatizantes, que al mismo tiempo legitiman o deslegitiman formas de vida “(...) este tipo de clasificación de las poblaciones meta de las políticas sociales, al mismo tiempo en que las divide y fragmenta, tiene como objetivo controlarlas y etiquetarlas, de esta forma las aísla y las caracteriza como tal” (F, 1980:37-38). Dicho esto, son precisos los aportes de Fernández Soto y Tripiana (2009) las autoras enfatizan en que las intervenciones por parte del Estado “se realiza bajo un fuerte proceso de parcialización, residualización y fragmentación de la cuestión social que se traduce en múltiples programas específicos” (p. 127).

El Ingreso familiar de emergencia (IFE) de 10.000 pesos para trabajadores informales y monotributistas, junto con bono adicional de 3.000 pesos a los trabajadores que percibían planes sociales y un bono equivalente a una asignación para quienes perciben la Asignación Universal Por Hijos para la Inclusión Social (AUH), las tarjetas alimentarias, el congelamiento de alquileres y la suspensión de desalojos de viviendas, el postergamiento de los créditos de ANSES, han sido medidas acertadas, sin embargo fueron iniciativas que apenas permitieron la supervivencia. La tarjeta de asistencia alimentaria AlimentAR presentó dificultades, fundamentalmente asociadas a la aceptación de este medio de pago por parte de los negocios “de cercanía” muchos de los cuales habían ya remarcado precios de bienes de consumo básico.

Cabe considerar, que la implementación de dichas políticas, conllevó un esfuerzo por parte de organismos del estado y organizaciones sociales en los territorios para garantizar la accesibilidad.

Nos parece importante generar una aproximación a la definición de accesibilidad, entendida por Stolkner y Comes (2004) como un concepto relacional, sobre la idea de la existencia de actores, usuarios y el sistema de salud, en la que, tanto unos como otros, tienen la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. En la misma línea de análisis, Landini (2014) recupera la noción de accesibilidad entendiéndose como “un proceso de articulación conflictiva entre demanda y oferta en salud” (p. 231). El autor hace foco en la noción de accesibilidad cultural, la cual es

analizada como un espacio conflictivo en el que se articulan prácticas y marcos de sentido diferentes: el de los profesionales y los usuarios. Es en este sentido que entendemos a la accesibilidad como un concepto relacional ya que se refiere “al vínculo que se establece entre los sujetos y los servicios de salud, siendo imposible plantearse el acceso sin considerar la articulación entre ambos.” (p. 232). Es por ello fundamental identificar las barreras de acceso entendiéndolas como los factores (psico-socio-culturales) que pueden obstaculizar la relación entre los usuarios y los servicios que demandan.

En relación a la pandemia por Covid-19, los sectores más vulnerables, una vez más, vieron obstaculizado el acceso a la gran mayoría de las políticas sociales puesto que era necesario un dispositivo digital e internet. Como consecuencia de ello se visualizaron aún más las desigualdades de los sectores más empobrecidos

El nivel de ingresos es una barrera importante porque a menor capacidad económica el aislamiento digital es mayor. Aún cuando se tiene conexión, los dispositivos que se suelen usar en sectores en situación de vulnerabilidad son frecuentemente de baja calidad, además de que disponen de unidades muy limitadas con respecto al número de integrantes de los hogares (Ageitos; López; Savino, 2022, p. 2)

En cuanto a las barreras geográficas, podemos identificar que, pueblos y ciudades pequeñas quedaron aisladas durante el ASPO, sin poseer cajeros con fondos disponibles para hacer uso de los recursos económicos que el Estado había puesto a disposición.

Las políticas sociales se presentan como compensaciones a las mejoras en las condiciones de vida de la población. Es interesante en este sentido compartir las reflexiones de López, X. (2022)

la noción de concesiones estatales implica orientar las intervenciones en una relación bipolar donde el estado brinda un “beneficio” a aquella porción de la población que sufre alguna carencia y/o que no logran satisfacer sus necesidades materiales de reproducción – parcial o totalmente- por la compra/venta de los bienes y servicios en el mercado. (...) Este proceso oculta la trama de relaciones complejas que se articulan en torno a los intereses antagónicos entre las clases (López, X. 2022.p. 37).

Para la autora las estrategias estatales dirigidas a la de la población bajo la línea de indigencia están marcada por la asistencialización y la combinación de políticas de ajuste.

Sabemos que cuando en los grupos sociales esas distintas dimensiones de desigualdades se superponen, los niveles de discriminación y exclusión son mayores: pobre, negro, mujer, colectivo LGTBQ+, migrantes, personas con discapacidad, personas de la tercera edad, etc. Y, generalmente son estas personas las que demandan las intervenciones de Trabajo Social. En este aspecto los trabajadores sociales conocemos de primera mano las condiciones de vida y muchas de las estrategias que estas poblaciones realizan diariamente para vivir - sobrevivir.

Los usuarios nos consideran como quienes pueden ajustar la brecha que los separa de los recursos que necesitan, materiales, simbólicos y económicos. Por otro lado, destacan la capacidad de escucha y valoran los encuentros respetuosos que promueven derechos y expresan necesidades habitacionales, asesoramiento, de alimentación o de diferentes elementos. De alguna manera, al presentar la demanda, los usuarios consideran que la institución y la sociedad cuentan con los recursos para cubrir las necesidades y en ocasiones suelen trasladar esta demanda convertida en exigencia a los profesionales quienes los reciben en los diferentes servicios

Es en este contexto y en la singularidad de cada situación de intervención, donde el sujeto que emerge no es el esperado por los viejos mandatos institucionales. Ese otro, que muchas veces recibe la mirada asombrada e interpelante de la institución que lo ratifica en el lugar de un objeto no anhelado. (Carballeda A. 2008 citado en González Seibene A., 2011)

Las personas que llegan a la institución tienen que parecerse al sujeto esperado por esta. Debe tener cierto perfil, cumplir con ciertas características y llegar con demandas muy específicas que responden a la misión institucional. Esto resulta en constantes prácticas de derivaciones institucionales que terminan por fragmentar aún más al sujeto y a los colectivos: en estos procesos la mirada compleja parece estar ausente. Por otro lado quienes están en situación de pobreza deben serlo de forma extrema, además de ser agradecidos, dóciles y receptivos de todas las sugerencias, muchas veces violentas y los sectores medios quienes, producto de un modelo de país excluyente y expulsivo vieron cercenadas sus posibilidades de una vida digna, son vistos como esos sujetos no esperados. No hay un espacio para ellos: la institución que con sus cimbronazos funciona les dice que allí no hay lugar para hospedarles.

Entendemos que la relación entre los trabajadores sociales y usuarios no es transparente ni simple: está vinculada de la representación que tienen en torno al trabajo social, a quienes demandan, a las competencias institucionales y a la propia construcción en términos de exigibilidad de derechos. Si acordamos en relación a que somos la última cara de estado: en el imaginario está el hecho de que somos quienes vamos a resolver los problemas de acumulación de desigualdades a las que han estado expuestos. Pero por otro lado es interesante mencionar las precarias condiciones sociolaborales en las que encuentran colegas que asisten a personas en extrema situación de vulnerabilidad y de exclusión.

Acordamos con Patricia Digilio (2020) quien manifiesta

Nadie puede tampoco decir con autenticidad que este virus de la revelación ha venido a mostrarnos lo despiadado, desigual y cruel de un mundo que es nuestra responsabilidad. Ciertamente que el anuncio de este descubrimiento no es más que el gesto de impostura de quienes se han servido de esa desigualdad. Se hacen los sorprendidos, en plan de impunidad, al contemplar su propia obra. Porque ya lo sabíamos, y lo sabíamos muy bien. Conocemos las injusticias y

las desigualdades con las que habitamos un cotidiano abrumador. Las conocemos, las tenemos presentes ya por atravesarlas con mayor o menor intensidad ya porque es una canallada soslayarlas. (Digiglio, 2020, p. 55)

Es indudable que nuestra profesión históricamente ha cumplido un papel en defensa, en promoción y en restitución de los derechos. Por su parte, el Trabajo Social es una profesión que interviene de cara a la realidad, donde la urgencia de las demandas sociales y el tipo de estructura institucional en el que se inserta configuran un escenario contradictorio que se muestra excesivamente simple si las respuestas profesionales son inmediatas y a la vez acríticas.

Es nuestro quehacer profesional abocarnos al tratamiento de políticas sociales desde un enfoque de derechos. Este es objeto de avance y retroceso en el abordaje de las múltiples problemáticas de los sectores vulnerados. El diseño de las políticas sociales, concebidas como parte de obligaciones estatales para el cumplimiento efectivo de los derechos, posibilita enfoques más amplios a la intervención del Trabajo Social.

Algunas Reflexiones para Seguir Pensando(nos)

Reconocer la protección social en el sentido más amplio como derecho humano fundamental supone dejar entrar por la puerta grande a la asistencia que tienen que ser colocadas y sometidas a discusión en términos de derechos. El enfoque de derechos desde el cual interviene el trabajador social impacta en su práctica profesional y en las prácticas de los distintos actores del campo

Tal vez el proceso de la pandemia nos permita hacer un lugar para poner en discusión nuestros saberes advirtiendo quizás que muchas de las categorías y de los conceptos con los que trabajamos ya no son suficientes para explicar y comprender el arrasamiento de situaciones individuales y colectivas en el contexto global.

Recorrer la incertidumbre y reconocer nuestra vulnerabilidad puede posibilitarnos la identificación de algunos puntos de partida y ejes de intervención para lo que viene luego de la pandemia. Compartir dudas y problematizaciones pueden ser elementos valiosísimos que nos habiliten espacios para pensarnos y para no ser pensados por otros. Reconocer el derecho a la asistencia en un sentido integral es más urgente que nunca e implica comprender que quienes demandan asistencia no cuentan, por las características de un sistema social escandalosamente desigual, con las posibilidades para un profundo despliegue de sus potencialidades que, entre otras cosas, les permita satisfacer autónomamente sus necesidades y vivir la vida que para las personas tiene valor.

Referencias Bibliográficas

- Ageitos, P.; López, S.; Savino, G. (2022). Reflexiones acerca de la accesibilidad de las Políticas Sociales, el rol de la organización institucional con anclaje comunitario. En: *Red Interuniversitaria de Posgrados en Políticas Sociales (RIPPSO). Primer congreso argentino de políticas sociales*. En prensa
- Benach, J. y Muntaner, C. (2009). La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socioecológica del capitalismo. En: *Ecología Política: No. 37*, junio de 2009, Barcelona.
- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico*. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Cazzaniga, S. (2020). La intervención profesional de las y los trabajadores sociales. Posiciones y problematizaciones para el debate. En González, D. (comp.) *Actuaciones profesionales en trabajo social*. Paraná: Editorial Fundación La Hendija.
- Digiglio, P. (2020). Apuntes sobre otros escritos.El pensamiento que se llevó la pandemia. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social - Artículos Centrales*. Año 10 - Nro. 20
- Eslava Castañeda, J. (2017). Pensando la determinación social del PSE. En: *Rev. Salud Pública*. 19 (3): 396-403. Bogotá. Colombia.
- Faleiros Vicente de Paula (1980). A Política Social do Estado Capitalista. Cap. IV. En Borgianni, E. y Montañó, C. (Orgs.) 1999. *La Política Social hoy*. São Paulo, Cortez Ed, Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social.
- Fernández Soto, S.; Tripliana, J. (comp) (2009). *Políticas Sociales, trabajo y trabajadores en el capitalismo actual. Aportes teóricos y empíricos para una estrategia de emancipación*. Bs. As.: Espacio Editorial.
- González Seibene, A. (2011) Conocimiento, intervención, transformación. En: Cazzaniga Susana (comp) *Entramados conceptuales en Trabajo Social. Categorías problemáticas en la intervención profesional*. Paraná. Fundación la Hendija ISBN 9 8 -987 -180-9-0
- Jelin, E.; Motta, R.; Costa, S. (2020). *Repensar las desigualdades*. 1ra ed. –Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI.
- Landini, F. y col. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. En *Cad. Saúde Pública* 30(2):231-244. Rio de Janeiro.
- López Arellano, O. (2013). Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En: *Divulgação em saude para debate*. Nº 49:150-156. Rio de Janeiro. Brasil.
- López, S. (2016) De qué hablamos cuando decimos Medicina Social-Salud Colectiva Cap.1. En Libro de Cátedra *Problematizando la Salud*. EDULP. Disponible en : <http://se-dici.unlp.edu.ar/handle/10915/57874>
- López, X. (2022) Trabajo Social y Política Social: itinerarios de su relación en Ximena López (comp). *Política Social y Trabajo Social: Fundamentos y Debates Actuales*. Colección Debates en Trabajo Social. Colegio de Trabajadores Sociales. Pcia. de Bs. As.
- Nebra, J. y Heredia, C. (2019). ¿Por qué nos proponemos jerarquizar el trabajo social? Reflexiones sobre la profesión desde una perspectiva de género. En *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social Año 9, Nº 17*. UBA.

Stolkiner, A. y Comes, Y. (2004). Si pudiera pagaría. *XII Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología. UBA.

Weinstein, L. (1988). El Concepto de Salud. Capítulo 1. En: *Salud y Autogestión*. Ed. Nordan, Montevideo.

Lxs Autorxs

Coordinadoras

Gladys Susan López

Licenciada y Profesora en Sociología (FSOC-UBA). Especialista en Ciencias Sociales Mención Salud (CEDES-FLACSO 2001) y Especialista en Ciencias Sociales mención Ciencias Políticas (FLACSO 2002). Doctoranda en Ciencias Sociales FSOC- UBA. Profesora Titular con licencia de Salud Colectiva/Medicina Social de la FTS de la UNLP. Profesora Titular interina de Salud y Epidemiología Sociocultural de la Tecnicatura de Gestión Comunitaria del Riesgo FTS- UNLP. Docente de varios cursos de posgrado para profesionales de la salud y autora de varios trabajos publicados y presentados en congresos, jornadas y encuentros sobre diferentes temáticas de políticas de salud. Investigadora categorizada en la misma casa de estudio y extensionista de varios proyectos acreditados y financiados por la UNLP en las funciones de coordinadora, co-directora y directora.

Virginia Michelli

Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP). Magister en Ciencias Sociales con Orientación en Salud (CEDES/FLACSO, 2016). Profesora Titular interina de la Cátedra de Salud Colectiva I de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Prof. del Seminario para Graduadxs “Salud, Género y Violencia Sexual”. Docente Universitaria Autorizada. Directora y co- directora de Proyectos de Extensión acreditados y subsidiados por la UNLP. Investigadora del IETSyS/FTS. Integrante del equipo de investigación T103 (2019-2023, UNLP). Autora y coautora de trabajos publicados y presentados en encuentros, jornadas y congresos. Integrante del Banco de Evaluadores de Extensión (UNLP). Trabajadora Social de la Dirección Provincial contra las Violencias en el ámbito de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Autorxs

Lafit, Jimena S.

Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP). Ex docente en la cátedra Salud Colectiva/Medicina Social de la FTS. UNLP. Experiencia docente en nivel terciario DGCyE Provincia de Bs. As. Docente de seminarios de grado sobre "Salud Mental" y "Procesos de intervención profesional en el campo de la salud", seminarios de extensión sobre "Promoción de la salud" Participación en proyectos de extensión e investigación de la FTS-UNLP. Becaria de Salud Investiga "Dr. Abraam Sonis" 2017/2018. Realización de la Residencia para profesionales del Salud. Ministerio de Salud Pcia. Bs.As. Sede Hospital Dr. Alejandro Korn. Integrante del Área de Trabajo Social y Salud. FTS. Diplomada en "Gestión y políticas de salud internacional y soberanía sanitaria" CLACSO.

Nogueira, María Cecilia

Licenciada en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social UNLP. Maestranda en la Maestría de Trabajo Social. Esp. en Docencia Universitaria (UNLP). Integrante del Laboratorio de Investigación Movimientos Sociales y Condiciones de Vida (LIMSyC) de la FTS-UNLP desde 2013 y continúa. Fue becaria de iniciación científica y actualmente es investigadora de tres proyectos tanto en la FTS como de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Docente ordinaria de Investigación Social II de la FTS de la UNLP, de Salud Colectiva y del CCC del Partido de la Costa y JTP de la Tecnicatura de Gestión Comunitaria de Riesgos de la UNLP. Categoría V del Programa de incentivos a docentes investigadores de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación. Trabajadora en el área de políticas públicas y autora de diversos artículos en temáticas de desigualdad, la asistencia, pobreza, niñez, trabajo y juventud.

Otero Zúcaro, Laura E.

Licenciada en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social (UNLP). Esp. en Políticas Sociales y Esp. en Docencia Universitaria (UNLP). Diplomada Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria (CLACSO). Maestranda de la Mtría. en Trabajo Social (UNLP). Docente y JTP de la materia Salud Colectiva, correspondiente a la Lic. en Trabajo Social (UNLP). Becaria del Programa de Fortalecimiento de la Investigación y el Posgrado (FTS-UNLP), con estancia de formación en la UNAM. Investigadora (V) del Inst. de Estudios en Trabajo Social y Sociedad (FTS-UNLP), en vinculación al análisis de las temáticas salud, intervención en trabajo social y cuestión penal. Trabajadora de la administración pública-Prov. Bs.As., en el área de Evaluación, Investigación y Capacitación Profesional y Coordinadora del Equipo Interdisciplinario de Abordaje con Mujeres Víctimas de Violencia de Género.

Savino, Galia

Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP) y Profesora en Trabajo Social (FTS-UNLP). Docente de Salud Colectiva de la Facultad de Trabajo Social (UNLP, 2022). Estudiante de la Maestría en Trabajo Social (FTS-UNLP). Autora y coautora de diversas publicaciones: capítulos de libros, ponencias y artículos vinculados a los procesos de medicalización en las infancias; y los interdisciplinarios en situaciones de consumos problemáticos de sustancias desde una perspectiva de género.

Scharagrodsky, Carina J.

Licenciada y Profesora universitaria en Psicología (FaHCe, UNLP, 1991). Magister en Ciencias Sociales con Orientación en Salud (CEDES/FLACSO, 2003). Doctora en Ciencias Sociales (FaHCe, UNLP, 2017). Especialista en Psicología Sanitaria-Auditoria de Servicios de Salud (Consejo Superior Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2012). Profesora Adjunta interina de Salud Colectiva de la Facultad de Trabajo Social (UNLP, 2022). Directora del proyecto de investigación T103 (2019-2023, UNLP). Integrante de PI+D desde el año 2000 (FaHCe y Facultad de Psicología, UNLP). Integrante de proyectos de extensión (UNLP) en las funciones de coordinadora y co-directora. Integrante del Banco de evaluadores AUGM (2021). Autora y coautora de trabajos publicados y presentados en congresos, jornadas y encuentros sobre formación universitaria y salud.

López, Gladys Susan

Para pensar la salud colectiva : algunas categorías y temas / Gladys Susan López ; Virginia Michelli ; María Cecilia Nogueira ; Coordinación general de Gladys Susan López ; Virginia Michelli ; Prólogo de José Carlos Escudero. - 1a ed. - La Plata : Universidad Nacional de La Plata ; La Plata : EDULP, 2025.

Libro digital, PDF - (Libros de cátedra)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-34-2510-7

1. Salud. 2. Argentina. I. López, Gladys Susan, coord. II. Michelli, Virginia , coord. III. Escudero, José Carlos, prolog. IV. Título.
CDD 613

Diseño de tapa: Dirección de Comunicación Visual de la UNLP

Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata
48 N.º 551-599 / La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina
+54 221 644 7150
edulp.editorial@gmail.com
www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2025
ISBN 978-950-34-2510-7
© 2025 - Edulp

S
sociales


Edulp
EDITORIAL DE LA UNLP



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA