

# Salud y Trabajo Social

Procesos de Intervención y Organización  
Colectiva por el Derecho a la Salud

**Laura Paradela - Valeria Redondi**

*Compiladoras*

Asa Ebba Cristina Laurell, Eduardo L. Menéndez, Daniel Godoy, Luis Migueles,  
Irina Dozo, Liliana Madrid, Gabriela Bigatti, Priscila Capra,  
Daniela Valenzuela Luque, Tamara Marignani, Sofía Martínez, Pamela Berges,  
Carla Poth, Patricia Rivadulla, Yanina Waldhorn,  
Grupo de Salud Laboral del CPGSSTS de CABA, ALAMES





# Salud y Trabajo Social

## Procesos de Intervención y Organización Colectiva por el Derecho a la Salud



**Laura Paradela - Valeria Redondi**

*Compiladoras*

Asa Ebba Cristina Laurell, Eduardo L. Menéndez, Daniel Godoy,  
Luis Migueles, Irina Dozo, Liliana Madrid, Gabriela Bigatti, Priscila Capra,  
Daniela Valenzuela Luque, Tamara Marignani, Sofia Martinez, Pamela Berges,  
Carla Poth, Patricia Rivadulla, Yanina Waldhorn,  
Grupo de Salud Laboral del Consejo Profesional de Graduadas/os en Servicio  
Social Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires, CICOP, ALAMES

# Salud y Trabajo Social Procesos de Intervención y Organización Colectiva por el Derecho a la Salud

Comité editorial:

Clarisa Burgardt, Carmiña Macías, Laura Paradela, Manuel Mallardi, Ximena López  
(ICEP - Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales)

Mirta Rivero

(Mesa ejecutiva del Colegio de Trabajadores Sociales de la Prov. de Bs As)

Salud y Trabajo Social : procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud / Asa Cristina Laurell... [et al.] ; compilado por Redondi Valeria ; Laura Paradela.- 1a ed. 1a reimp.- La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2019. 336 p. ; 21 x 15 cm. - (Debates en Trabajo Social ; 8)

ISBN 978-987-4093-14-1

1. Derecho a la Salud. 2. Trabajo Social. I. Laurell, Asa Cristina. II. Valeria, Redondi, comp. III. Paradela, Laura, comp.  
CDD 362.04

Está permitida la reproducción parcial o total de los contenidos de este libro con la mención de la fuente. Todos los derechos reservados.

© Asa Ebba Cristina Laurell, Eduardo L. Menéndez, Daniel Godoy, Luis Migueles, Irina Dozo, Liliana Madrid, Gabriela Bigatti, Priscila Capra, Daniela Valenzuela Luque, Tamara Marignani, Sofía Martínez, Pamela Berges, Carla Poth, Patricia Rivadulla, Yanina Waldhorn, Grupo de Salud Laboral del Consejo Profesional de Graduadas/os en Servicio Social o Trabajo Social (CABA), CICOP, ALAMES

ISBN 978-987-4093-14-1

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.

Impreso en Argentina - Octubre 2019

**Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires**

Calle 54 # 742 Piso 3º (1900) La Plata - Bs. As.

Tel-Fax (0221) 427-1589 - E-mail: info@catspba.org.ar - www.catspba.org.ar

# Autoridades del Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires

## CONSEJO SUPERIOR

### *Mesa Ejecutiva:*

Presidenta: MIRTA GRACIELA RIVERO  
Vicepresidenta: ADRIANA ELISABET ROSSI  
Secretaria: MARCELA PATRICIA MOLEDDA  
Tesorero: MARCELO ANIBAL ECHAZARRETA

### *Vocales Distrito Azul*

Titular: LORENA PAOLA CALVETE  
Suplente: ANDREA ANTONIA OLIVA

### *Vocales Distrito Bahía Blanca:*

Titular: SANDRA ELIZABETH VALENZUELA  
Suplente: CLARISA BURGARDT

### *Vocales Distrito Dolores:*

Titular: CLAUDIA MIRIAM CHIMINELLI  
Suplente: SERGIO ESTEBAN BACCI

### *Vocales Distrito Junín:*

Titular: NADIA CELESTE RODRIGUEZ  
Suplente: CATALINA MARÍA BOCACCI

### *Vocales Distrito La Matanza:*

Titular: ANDREA DEL VALLE MEDINA  
Suplente: GRACIELA BEATRIZ ORLANDO

### *Vocales Distrito La Plata:*

Titular: MARIA JOSE CANO  
Suplente: JULIETA MASCOTRO

### *Vocales Distrito Lomas de Zamora:*

Titular: MARTA SUSANA MONTE  
Suplente: MONICA EDITH ETCHEVERRY

### *Vocales Distrito Mar del Plata:*

Titular: MARIANA SOLEDAD BUSTOS YAÑEZ  
Suplente: JESSICA MILENA GALLO

### *Vocales Distrito Mercedes:*

Titular: IRMA CRISTINA ISABEL ACUÑA  
Suplente: NICOLÁS PELLEGRINI

### *Vocales Distrito Moreno-General Rodríguez:*

Titular: ESTELA MARIS RODRIGUEZ VEDIA  
Suplente: MARIANO EDUARDO COLOMBO

### *Vocales Distrito Morón:*

Titular: PATRICIA LAURA BERTAZZA  
Suplente: JORGELINA ALEJANDRA CAMILETTI

### *Vocales Distrito Necochea:*

Titular: ADRIANA PEREZ  
Suplente: NÉLIDA ROSANA D'ANNUNZIO

### *Vocales Distrito Pergamino:*

Titular: SONIA VIVIANA SANCHEZ  
Suplente: MARÍA BELÉN TABORDA

### *Vocales Distrito Quilmes:*

Titular: MARCELO CLAUDIO KOWALCZUK  
Suplente: PAOLA ELIZABETH STANLEY

### *Vocales Distrito San Isidro:*

Titular: ADRIANA GRACIELA REYNOSO  
Suplente: MARÍA MARTA CARNERO

### *Vocales Distrito San Martín:*

Titular: SILVIA PATRICIA GARCIA  
Suplente: MABEL JUANA ODORISIO

### *Vocales Distrito San Nicolás:*

Titular: -  
Suplente: -

### *Vocales Distrito Trenque Lauquen:*

Titular: MARÍA SOLEDAD FOSSAT  
Suplente: YANINA GABRIELA DE LA FUENTE

### *Vocales Distrito Zárate-Campana:*

Titular: PATRICIA LAURA MANSILLA  
Suplente: CAROLINA SABAROTZ

## TRIBUNAL DE DISCIPLINA

### *Vocales titulares:*

Marisa Beatriz SPINA  
María Carolina MAMBLONA  
Silvia Alejandra COUDERC  
Patricia Analía PARISI  
Betina Luciana MATEOS

### *Vocales Suplentes:*

Tatiana Maria FINK  
Regina Laura PARADELA  
Susana Beatriz RODRIGUEZ  
Carla Marcela LAMBRI  
Dario Alejandro PETRILLO

### **CV Laura Paradela:**

Lic. en Trabajo Social (UBA) | Posgrado en Salud Pública en Trabajo Social. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. | Instructora de la Residencia en Trabajo Social del Hospital "Blas Dubarry" Mercedes. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires | Coordinadora de Prácticas de Trabajo Social. UNLu - Cto Regional Chivilcoy. Docente J.T.P Carrera Enfermería Comunitaria UNLu. | Miembro del Equipo de Supervisión, Colegio de Trabajadorxs Sociales - Distrito Mercedes. | Integrante del ICEP (Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales). Colegio de Asistentes y/o Trabajadoras Sociales de la provincia de Buenos Aires.

### **CV Valeria Redondi:**

Lic. en Trabajo Social. (UNLP) | Posgrado en Salud Pública en Trabajo Social. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. | Referente Disciplinar de las Residencias en Salud de la Disciplina Trabajo Social. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. | Docente, Investigadora y extensionista en la Facultad de Trabajo Social- UNLP. | Coordinadora por la Facultad de Trabajo Social de la Cátedra Libre Soberanía Alimentaria- UNLP. | Integrante del ICEP (Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales). Colegio de Asistentes y/o Trabajadoras Sociales de la provincia de Buenos Aires.

# Índice

<b>PRESENTACIÓN</b>	9
<i>Mesa Ejecutiva CATSPBA</i>	
<b>PRÓLOGO</b>	15
<i>Laura Paradela, Valeria Redondi</i>	
<b>REFLEXIONES EN CLAVE HISTÓRICA Y POLÍTICA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA</b>	
Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos	23
<i>Asa Ebba Cristina Laurell</i>	
Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible	43
<i>Eduardo I. Menéndez</i>	
Derecho a la Salud y procesos de Reforma del Sistema de Salud Argentino de 1990 a 2018	87
<i>Daniel Godoy; Luis Migueles; Irina Dozo</i>	

**CONTRIBUCIONES TEÓRICAS Y ÉTICO-POLÍTICAS A LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD**

- Concepciones en torno del proceso salud-enfermedad-atención  
Malnutrición e intervención profesional 155  
*Liliana Madrid*
- Externación Sustentable en Salud Mental:  
un eslogan de época 179  
*Gabriela Bigatti; Priscila Capra; Daniela Valenzuela Luque*
- Formas de enfermar y morir de los varones adultos  
Aportes para reflexionar sobre la intervención profesional 197  
*Tamara Florencia Marignani; Sofía Martínez*
- ¿Por qué y para qué incorporar el debate del agro-negocio  
y agro tóxicos en las intervenciones en salud? 217  
*Pamela Berges; Carla Poth*
- La producción pública de medicamentos:  
en la defensa de un bien social 245  
*Patricia Rivadulla en colaboración con: Leticia Ramallo,  
Ivana Rossi, Jerónimo Salinas y Tirso Vasquez*

**PROCESOS DE ORGANIZACIÓN Y RESISTENCIA COLECTIVA  
POR EL DERECHO A LA SALUD**

- Aborto legal, seguro y gratuito e intervención profesional 263  
*Yanina Waldhorn*
- El sufrimiento en el trabajo. 287  
La salud laboral de las/os trabajadoras/es sociales  
*Grupo de Salud Laboral del Consejo Profesional  
de Graduadas/os en Servicio Social o Trabajo Social  
de la ciudad de Buenos Aires*
- Saber y Poder Popular en la conquista del Derecho a la Salud  
y la Vida. Transformación social para el vivir bien 319  
*ALAMES*

# Presentación

Las medidas tomadas en los últimos años, en materia de política sanitaria a nivel nacional y provincial dejan en evidencia la decisión política de profundizar un proceso de mercantilización de la salud. Sobresale en este aspecto, la intención y puesta en práctica de hecho, en suelo bonaerense, de la mal llamada “cobertura universal de salud”, la cual en su programática atenta contra el ejercicio del derecho a la salud, habida cuenta que busca reducir la cobertura de prácticas sanitarias, beneficiando a empresas privadas. Proceso de arancelamiento encubierto por medio de la tercerización a manos de las empresas privadas que nunca se ha detenido, reflejo del programa de salud de los años 90 donde nuestras intervenciones sufrieron el mayor ataque y desprofesionalización.

En un contexto de ajuste, desfinanciamiento y de dependencia externa, con injerencia de las corporaciones, el FMI y demás organismos multilaterales, se agudizan aquellos procesos teniendo como correlato mayor precarización y/o flexibili-

zación laboral, además de avasallar gravemente las garantías del derecho a la salud pública, con un fuerte impacto no sólo en las condiciones de intervención profesional sino también de vida, de grandes sectores de la población.

Partiendo de allí, presentamos desde el Colegio de Trabajadorxs Sociales de la Provincia de Buenos Aires, la compilación que tienen en sus manos, propuesta que se construye en función de lineamientos que nuclean las acciones institucionales y que consideramos plantear.

Habida cuenta de la definición ética y política tomada en el año 2011 desde del Colegio de Trabajadorxs Sociales de la Provincia de Buenos Aires, se fueron desplegando una serie de acciones en torno a promover producciones escritas con la intención de elevar los intercambios, la reflexión y la profundización de conocimientos, que tuvieron y tienen como correlato distintas publicaciones de la Colección Debates en Trabajo Social. Producciones escritas y/o digitales que potencian el debate sobre la intervención profesional, intentando recuperar el diálogo interdisciplinario para construir acciones conjuntas y fortalecer miradas y prácticas colectivas, puesto que la esencia del trabajo cotidiano es interdisciplinario como las instituciones en que nos desempeñamos.

Y no sólo se inscribe en ese marco, sino también en la apuesta de convocarnos y participar como organización profesional en procesos colectivos del conjunto de lxs trabajadorxs y organizaciones; teniendo activa presencia en aquellas situaciones que marcan el vínculo con la sociedad, visibilizando la violación de derechos históricamente conquistados. Participar en el “Movimiento por el Derecho a la Salud”, espacio de acción política pero también de debate y reflexión donde confluyen numerosas organizaciones y representaciones, ha constituido al Colegio Profesional en protagonista de la batalla frente al retroceso en materia de políticas de salud en particular, haciendo frente al avasallamiento de ese derecho en pos de defender y asegurar una salud pública, gratuita y de calidad para toda la población.

Con estos antecedentes, la relevancia de esta publicación se inscribe en la relación histórica del Trabajo Social con los procesos de salud-enfermedad-atención, lo cual remite a problematizar uno de los campos ocupacionales de mayor trayectoria en nuestro territorio, como así también uno de los aspectos que más interpela la vida cotidiana de la población con la cual trabajamos. Tal como lo demuestran varios de los artículos incluidos la pertenencia de clase marca trayectorias desiguales en los procesos de salud-enfermedad, cuestión que se profundiza en el marco de políticas sanitarias regresivas.

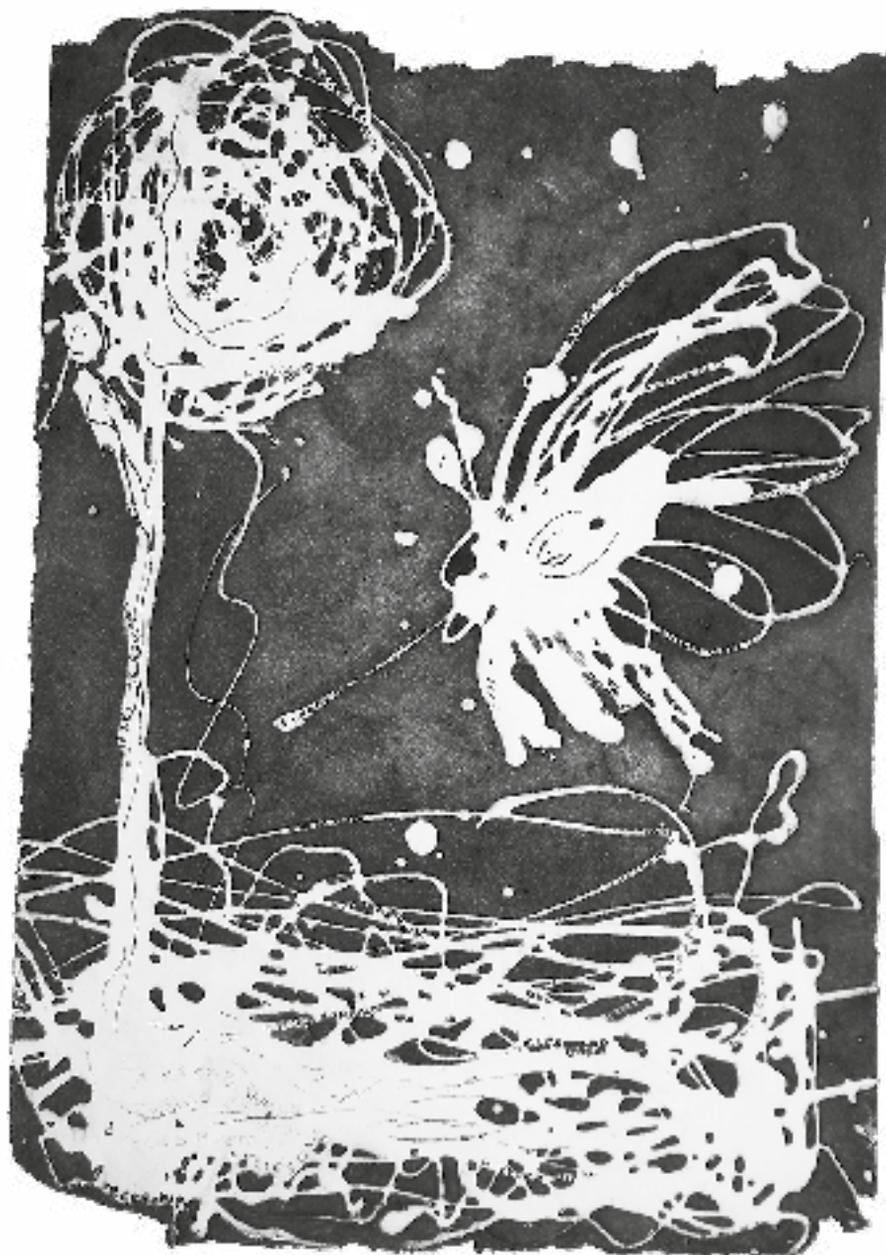
De manera consecuente, por ser la realidad la que interpela a las prácticas profesionales y a las instituciones, la presente publicación se construye colectivamente en función de tales lineamientos y acciones institucionales, aportando al colectivo profesional conocimientos, reflexiones, experiencias de organización y resistencia de lxs trabajadorxs, debates urgentes, más aquellos necesarios de incorporación en agenda profesional, con fuerte implicancia en los procesos de intervención.

En síntesis, socializar esta obra se inscribe en un proyecto colectivo de larga data, que recupera las resistencias de lxs trabajadorxs a las políticas regresivas en estrecha relación con posicionamientos teóricos, éticos y políticos que se traducen en producciones escritas acordes a las necesidades de los sectores populares.

### **Mesa Ejecutiva del Colegio de Trabajadorxs Sociales**

María José Cano – Presidenta  
Manuel W. Mallardi – Vicepresidente  
Marcela Moledda – Secretaria  
Dolores Apraiz – Tesorera





**"A VECES"** - Maria Juliana Obiols



# Prólogo

Laura Paradela  
Valeria Redondi

La presente publicación tiene como propósito reunir producciones que recuperan la diversidad de experiencias de trabajadoras/ es sociales que se desempeñan en el ámbito de la salud. Y por lo tanto se reafirma en una decisión ético política de nuestra organización profesional que se articula con expresiones organizativas del movimiento de la sociedad.

A través de este libro y en sintonía con anteriores publicaciones de la Colección *Debates en Trabajo Social*, pretendemos socializar contribuciones y reflexiones que son gestados en la trama misma donde se despliegan nuestros procesos de trabajo.

Cabe preguntarnos, ¿por qué sobre Salud?

Siendo la Salud uno de los campos denominados “clásicos” de intervención, a través de los servicios sociales, esta referencia nos interpela, y nos impone revisar *cuáles fueron las rupturas y las*

*continuidades del ejercicio profesional a casi 100 años de su configuración.*

El devenir de las políticas sanitarias, y los hitos históricos en el proceso del sistema de salud, nos convocan a visitar ese recorrido. En este sentido podemos mencionar las políticas higienistas a comienzos de siglo; la ruptura con el conservadurismo en los '60 y '70, tras el intento y lucha por la salud colectiva; la dictadura cívico militar y eclesiástica del '76 irrumpiendo con su máxima violencia y opresión sobre los cuerpos, la vida cotidiana y los procesos de organización popular.

Es en la década de los 90, el período en el que se consolidan los ejes principales de la reforma sanitaria: se instalan lógicas de mercado en las políticas sociales; el recorte administrativo financiero, la profundización de la descentralización, y privatización de los servicios, y focalización de los programas.

Desde el año 2004 hasta 2016, tiempo de fortalecimiento del modelo de aseguramiento integral, en detrimento de un sistema universal, se implementa el Seguro de Salud en la Argentina (base sobre la que hoy viene a apoyarse y expandirse la mal llamada Cobertura Universal de Salud –CUS–). Los programas de “matriz” segurista como REMEDIAR, NACER, SUMAR, Médicos Comunitarios, implicaron contrataciones laborales precarias y temporales. Así mismo este contexto se vio fuertemente influenciado por la presión de los movimientos sociales que exigían y exigen al día de hoy la implementación efectiva de las leyes de Salud Mental y Salud Sexual (por nombrar solo algunas).

Este recorrido, invita a preguntarnos ¿Cómo enfrentamos desde proyectos profesionales y societales, en clave histórica, el avance neoconservador y de mercantilización del sistema de salud? ¿Qué debates ético políticos atraviesan al Trabajo Social en salud hoy?

La salud pública es institucionalmente un sector del Estado, y las/os trabajadora/es sociales nos desempeñamos mayormente en él. Por lo tanto, se instala allí la importancia del posicionamiento ético político en el juego de las determinaciones económico-políticas e ideológicas; respecto de los objeti-

vos técnico políticos y mercantilizados de la salud.

Tal como refiere Laurell:

En el ámbito de la acumulación, el proyecto neoliberal aspira a abordar la salud como un terreno de ganancias privadas. Se aplican así políticas tendientes a impulsar la competencia de mercado y la privatización de la prestación de los servicios y a expandir la administración privada de los fondos de salud”. (Laurell, 2014: 4)

Diferentes países de Latinoamérica (Colombia, Chile y México) vienen sufriendo las consecuencias de la implementación de la CUS. No es novedad que ninguno ha logrado el aseguramiento universal y que esta propuesta implica la privatización de la salud y profundiza la desigualdad social.

En este sentido, resulta imprescindible recuperar a Jaime Breilh, cuando nos invita a pensar:

la noción de determinación social de la salud, como toda idea de ruptura, no es el producto aislado de elucubraciones personales sino la expresión del pensamiento crítico que se había apoderado del movimiento latinoamericano de medicina social (ahora mejor conocido como de salud colectiva); a cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizados, el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis y la presencia de un proyecto expreso de transformación del paradigma obsoleto de la vieja salud pública empírico-funcionalista”. (Breilh, 2013: 2)

En este marco, recuperar diversos artículos que aportan horizontes de reflexión y experiencias de organización, es una decisión ético política. La primera parte, titulada “*Reflexiones en clave histórica y política sobre el Sistema de Salud en América Latina*”, contiene tres producciones. Las dos primeras pertenecen a referentes intelectuales que han realizado valiosos aportes a la construcción de la salud colectiva y la comprensión de sus determinaciones económicas sociales y políticas. Participan con dos textos centrales que contienen una vigencia indiscutible.

**Asa Ebba Cristina Laurell** realiza un análisis del contenido y los resultados de las reformas de salud en marcha en América Latina: la de la Cobertura Universal de Salud con seguros de salud y la de los Sistemas Universales y Públicos de Salud. Compara y contrasta el marco conceptual y la práctica de cada una y verifica sus resultados concretos respecto a la garantía del derecho a la salud y el acceso a los servicios requeridos. Identifica una relación directa entre el modelo de desarrollo y el tipo de reforma. Concluye que la neoclásica-neoliberal ha tenido éxito en convertir la salud en un ámbito de ganancias privadas pero ha fracasado en garantizar el derecho a la salud.

En segundo término, **Eduardo L. Menéndez** nos propone reflexionar en torno a la relación entre la crisis de la producción científica y las crisis de la estructura social y cultural. El autor argumenta que la salud pública, tanto en términos de su saber, como en cuanto sector político-técnico estuvo y sigue estando en manos de la práctica médica, o de técnicos procedentes de otras disciplinas pero que asumen perspectivas en clave del Modelo Médico hegemónico. Se pregunta cómo superar una concepción y una práctica donde lo colectivo se reduce a la historia natural y se deseconomizan los procesos sociales.

Finalmente, **Daniel Godoy, Luis Migueles, Irina Dozo y Pedro Orden**, desde el IDEP (Instituto de Estudios sobre Estado y Participación) de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), realizan una pormenorizada caracterización del proceso de Reforma del Sistema de Salud Argentino entre 1990 a 2018, y plantean la necesidad de la construcción de sujetos colectivos en la defensa del derecho a la salud.

La segunda parte se denomina *“Contribuciones teóricas y ético-políticas a la intervención profesional del Trabajo Social en Salud”* y reúne cuatro artículos de trabajadoras sociales y otrxs profesionales, quienes problematizan los procesos de intervención, orientados a la mejora de condiciones de vida y al pleno ejercicio del derecho a la salud.

Para comenzar, **Liliana Madrid** recupera diversas concepciones en torno del proceso salud-enfermedad-atención. Las nociones de medicalización y biomedicalización, se entrelazan con los procesos de responsabilización individual. Como parte de las consideraciones finales, propone interpelar los procesos de intervención profesional que reproducen las visiones propias del modelo hegemónico en salud.

El artículo de **Gabriela Bigatti, Priscila Capra y Daniela Valenzuela Luque** pone en tensión la noción de “externación sustentable” a la vez que problematiza las condiciones de vida de las personas con padecimiento mental, en un escenario de creciente desigualdad social. Desanda las diferentes dimensiones que se entrecruzan en el ejercicio profesional, a fin de desencadenar procesos reflexivos desde una perspectiva crítica.

La producción de **Tamara Florencia Marignani y Sofía Martínez** presenta un conjunto de reflexiones en torno al Modelo de Masculinidades Tradicional Hegemónico y su impacto en las distintas formas de enfermar y morir en varones adultos.

En el artículo de **Pamela Bergés y Carla Poth** se exponen debates acerca del agronegocio, la utilización de agrotóxicos, y la importancia de analizar este modelo de producción en la determinación social de la vida. Así mismo, ante esta problemática, se plantean propuestas en la construcción de una demanda colectiva, recurriendo a aportes de la epidemiología crítica y la perspectiva histórico-crítica en Trabajo Social.

Por último, **Patricia Rivadulla**, en colaboración con: **Leticia Ramallo, Ivana Rossi, Jerónimo Salinas y Tirso Vázquez**, presentan un cuadro de situación de la producción pública de medicamentos en contraposición con la mercantilización como modelo hegemónico en nuestro país y afirman la necesidad de democratizar este debate con todos los actores involucrados hacia un plan estratégico en salud.

La tercera y última parte se titula “*Procesos de Organización y Resistencia Colectiva por el Derecho a la Salud*”. Aquí se recuperan procesos organizativos, de fuerza contrahegemónica que tensio-

nan y disputan la avanzada neoliberal en el campo de la salud.

En el trabajo de **Yanina Waldhorn**, las condiciones de surgimiento de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, cobra centralidad. Desde este punto de partida se pretende mostrar la histórica lucha por decidir sobre nuestros cuerpos y presenta interrogantes y desafíos para la intervención profesional.

La producción del **Grupo de Salud Laboral del Consejo Profesional de Graduadas/os en Servicio Social o Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires**, presenta los rasgos fundamentales del particular proceso de salud enfermedad atención de quienes ejercen la profesión Trabajo Social. En el presente trabajo se da cuenta de dicho proceso desde la perspectiva de la organización colectiva, con la intencionalidad de hacerle frente al sufrimiento laboral, recuperando la capacidad de organización y lucha.

Finalmente, compartimos la Declaración Pública de **ALAMES** (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) realizada en el marco del XV Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, organizada en la ciudad de La Paz, Estado Plurinacional de Bolivia, entre los días 24 y 26 de octubre de 2018. En este pronunciamiento se presentan a los pueblos del mundo, consideraciones y propuestas, como un aporte a la comprensión y superación de la compleja situación actual de la salud en el continente y el mundo.

Porque apostamos al conocimiento colectivo y no mercantilizado; a disposición de las/os trabajadoras/es que venimos resistiendo en nuestro cotidiano laboral, creemos que sólo con organización colectiva, consolidaremos experiencias de lucha hacia un mundo justo y humano. Va en este sentido: “Salud y Trabajo Social: Procesos de Intervención y Organización Colectiva por el Derecho a la Salud”: proceso de escritura, de organización, trabajo y reflexión; que se inscribe como acto de resistencia, nos reúne y nos colectiviza.

Reflexiones  
en clave histórica y política  
sobre el Sistema de Salud  
en América Latina



# Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos<sup>1</sup>

Asa Ebba Cristina Laurell <sup>1</sup>

Este ensayo hace un análisis del contenido y los resultados de las reformas de salud en marcha en América Latina: la de la Cobertura Universal de Salud con seguros de salud y la de los Sistemas Universales y Públicos de Salud. Su objetivo es comparar y contrastar el marco conceptual y la práctica de cada una y verificar sus resultados concretos respecto a la garantía del derecho a la salud y el acceso a los servicios requeridos. Identifica una relación directa entre el modelo de desarrollo y el tipo de reforma. La neoclásica-neoliberal ha tenido éxito en convertir la salud en un ámbito de ganancias privadas pero ha fracasado en garantizar el derecho a la salud y el acceso a los servicios, lo que ha deslegitimado a los gobiernos. La reforma de los gobiernos progresistas ha tenido éxito en ampliar el acceso a los servicios y garantizar el derecho a la salud pero enfrenta dificultades y tensiones relacionadas con la perma-

---

<sup>1</sup> Este artículo es copia fiel del publicado en Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24: e2668. DOI: 10.1590/1518-8345.1074.2668. www.eerp.usp.br/rlae

nencia de un poderoso complejo médico industrial-asegurador privado y la persistencia de la ideología medicalizada sobre la ‘buena medicina’. En función de estos hallazgos se proponen algunas estrategias para fortalecer los sistemas únicos, públicos y solidarios de salud.

Descriptor: Enfermería; Masaje; Diabetes Mellitus Tipo 2; Extremidad Inferior.

Descriptor: Política de Salud; Seguro de Salud; Sistema Único de Salud

## Introducción

El derecho a la salud se ha convertido en un tema de debate y lucha político-ideológico. Ocurre así porque actualmente hay dos concepciones distintas sobre qué entender por derecho universal a la salud. Está, por un lado, la concepción de la Cobertura Universal de Salud (CUS) basada en el aseguramiento que cubre un paquete restringido de servicios. Por el otro, está la concepción de alcanzarlo a través de un sistema único, público y gratuito de salud para garantizar igual acceso a todos ante la misma necesidad conocido como el Sistema Único de Salud SUS.

La CUS tiene pretensiones hegemónicas a nivel internacional y es apoyado por instituciones supranacionales, como el Banco Mundial e incluso la OMS, organizaciones filantrópicas como la Fundación Rockefeller y en espacios de la nueva oligarquía transnacional como el Foro Económico Mundial.

Esta concepción mercantilizadora y enfocado en el individuo es influenciada por el discurso neoliberal y representa una especie de “pensamiento único” en el ámbito de la salud.

La otra concepción es promovida por los gobiernos progresistas y fuerzas y partidos de izquierda. En rigor, este planteamiento es el único que cumple con la definición del derecho universal a la salud que significa reconocer el valor intrínseco e igual de todo ser humano y garantizar el acceso a los ser-

vicios de salud requeridos sin distinción alguna. En cuanto a práctica, se orienta por las necesidades de salud y es parte de la construcción de la ciudadanía social. Expresa una visión del mundo donde el bienestar colectivo, la dignidad y la vida humana son valores básicos.

## **La complejidad del ámbito de la salud**

Para entender las tensiones en las políticas de salud es conveniente reconocer la complejidad de este ámbito. Hay que examinar sus diversas dimensiones para esclarecer como surgen las tensiones y contradicciones para crear maneras de solucionarlas.

En primer lugar, hay que asumir que la salud es un objeto científico-técnico de contenido complejo y especializado donde domina la visión médico-científico profesional por encima de la visión comprensiva y social. La medicina se presenta en este sentido como un tema de expertos. Existe además una ideología extendida en la sociedad respecto a qué es la ‘buena medicina’.

Se entiende como aquella que tiene alta densidad tecnológica, usa medicamentos de última generación y provee buena hotelería. No es sólo la visión de los médicos y otros profesionales de la salud sino que tiende a ser compartida por el público y los políticos.

En consecuencia, ambos esperan resultados palpables y relativamente rápidos a través de una atención calificada y técnicamente suficiente a los enfermos conforme este modelo; modelo que además conduce a que se conciba la salud como un ámbito de consumo antes que un ámbito de derechos y de ciudadanía (Cohn, 2010).

En cualquier país, el sector salud se ubica entre las actividades económicas más significativas y representa entre el 5% y 18% del PIB. Aunque una parte considerable de este gasto es en recursos humanos, las instituciones públicas de salud manejan adicionalmente presupuestos cuantiosos en compra de medicamentos, otros insumos, equipo, mantenimiento y

obras. Este hecho las expone a prácticas corruptas, tráfico de influencias y desvío de recursos.

El peso económico convierte la actividad médica un ámbito importante de generación de ganancias y acumulación de capital. En la última década, los planes o seguros de salud han incrementado su importancia dentro del complejo médico-industrial, consolidando el capital financiero en el sector como en el resto de la economía. De esta manera, están presentes importantes intereses económicos con poder político y capacidad de cabildeo dentro del sector.

Por último, a diferencia de la educación que tiene una presencia permanente en la vida de población, la salud tiende a ser una preocupación temporal que se relaciona particularmente con la aparición de una enfermedad o amenaza a la vida.

De esta complejidad surgen las contradicciones, tensiones y tentaciones en las políticas de salud con signos opuestos en las políticas progresistas de los estados sociales democráticos de derecho y en las de los estados de signo neoliberal.

## **La política de salud neoliberal y los seguros de salud**

América Latina destaca por ser un campo de experimentación de la política neoliberal de salud en sus dos etapas: la de mercantilización-subsidiariedad y la de la CUS. En 1993 se lanzó de manera internacional el plan de acción neoliberal en salud “Invertir en Salud” (Banco Mundial, 1993) pero anteriormente, Chile había hecho su reforma en 1981/82 y en Colombia, se aprueba la Ley 100 con esta orientación también en 1993. Sin embargo, casi ningún país latinoamericano se ha salvado de este tipo de reforma durante las últimas dos décadas con el invariable debilitamiento de sus sistemas públicos de salud.

La reforma neoliberal desafía, en el fondo, la idea del derecho a la salud como un derecho social y humano y emprende el camino hacia su mercantilización. Esta política se fundamenta en la economía neoclásica con su premisa de que

el mercado es el mejor distribuidor de los recursos y que la competencia mejora la calidad y abate los costos (FUNSALUD, 1994); premisa nunca comprobada en salud. Redefine, por un lado, las responsabilidades del Estado, del mercado y de la familia/individuo en salud y, por el otro, resignifica las palabras ‘bienes privados’ y ‘bienes públicos’ (Laurell, 1995), lo que ha creado confusiones epistemológicas graves.

La nueva repartición de responsabilidades pone en el centro a los privados, sean éstos empresas con fines de lucro o la familia/individuo, mientras que el papel del Estado es subsidiario y sólo atiende los comprobadamente pobres en programas focalizados con paquetes de salud costo-efectivos y restringidos, y produce los ‘bienes públicos’ (Laurell, 1996).

En su nueva definición, los ‘bienes privados’ son todos aquellos que son consumidos por los individuos; categoría que incluye a la atención médica a la persona. En esta tesitura el modelo CUS se centra en los individuos. Esto significa que las acciones de salud pública o aquellas dirigidas a la colectividad pertenecen a otra categoría.

Los ‘bienes públicos’, que deben estar a cargo del gobierno, se definen como aquellos que se caracterizan por la ‘no exclusión’ (no se puede excluir a nadie de su consumo) y la ‘no rivalidad’ (su consumo por alguien impide el consumo de otro). Aunque no se adapten estrictamente a los criterios anteriores, se ubica en este grupo a los bienes con ‘grandes externalidades’.

Son los dirigidos al individuo pero además protegen a la colectividad, es decir, esencialmente acciones de salud pública como por ejemplo la vigilancia epidemiológica o las vacunas. Otro elemento básico en la reforma neoliberal es la descentralización de los servicios que en la práctica equivale a la descentralización de la responsabilidad política del Estado central a instancias político-administrativas de menor jerarquía (Collins, 1994).

La política neoliberal de salud inicial enfrentó complicaciones ideológicas, protestas políticas y exclusiones económicas al igual que el resto de la política social y económica.

Esto obligó a los gobiernos neoliberales a impulsar una segunda reforma o modernización del Estado (Ozslak, 1999) dentro del cual se ubica la propuesta de la CUS (Laurell, 2010). Se distingue de la primera reforma de salud en que destaca la estricta separación de funciones entre: la regulación a cargo del Estado; la administración de fondos/compra de servicios, pública o privada; la prestación privada o pública de estos; y la libre elección del asegurado de administrador de fondos y prestador de servicios. Es una variante de la competencia gerenciada pero se conoce en América Latina como el pluralismo estructurado (Londoño; Frenk, 1997). Esta separación es necesaria para dinamizar las fuerzas del mercado y la competencia. Se plantea idealmente canalizar los recursos financieros a la demanda, o sea a los usuarios, y eliminar el financiamiento a la oferta, o sea el presupuesto de las instituciones públicas prestadoras de servicios.

La segunda innovación es precisamente el aseguramiento ‘universal’ que permite al Estado garantizar el mercado a través de seguros públicos, administrados por agentes privados o públicos, que equivale a un subsidio estatal al sector privado como administrador o prestador de servicios (Laurell, 2015). La lógica de este modelo es el mismo que un seguro privado, lo que lleva a definir paquetes de servicios explícitos de cada tipo de seguro. Otra forma de imponer la competencia y mercantilización es la Nueva Gerencia Pública (NGP) con pago al prestador público o privado sobre la base de los servicios efectivamente prestados; lo cual impulsa la tercerización, subcontratación de servicios y la precarización del empleo en el sector (Dahlgren, 2014).

Los casos más conocidos de la CUS vía el seguro de salud en América Latina son Chile, Colombia y México. Colombia y Chile los instrumentaron con una reforma integral de la seguridad social dentro de la cual el seguro de salud es obligatorio, mientras que en México se añadió un seguro de salud voluntario con subsidio público a los seguros públicos

de seguridad social, también reformados para introducir la separación de funciones. En los tres casos se promueve y legisla la existencia de administradores de fondos/compradores de servicios y prestadores privados así como la libertad de elección de los asegurados.

En Chile la reforma dio origen a dos sistemas paralelos (Tetelboin, 2003): el privado de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) con proveedores privados y el público del Fondo Nacional de Salud (FONASA) con prestadores públicos. Se mantuvo así la segmentación del sistema de salud y se incrementó la fragmentación de su componente privado. Los paquetes de salud en el sector privado dependen del monto cotizado y hay exclusión de personas de alto riesgo (viejos o enfermos); problemas que se han acotado posteriormente con el establecimiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES). El FONASA por su parte presta, en principio, todos los servicios requeridos. Este hecho llevó a los afiliados de los ISAPRE a buscar los servicios excluidos de su seguro en el sector público lo que se traducía en un subsidio cruzado regresivo; situación que también ha sido regulada posteriormente (Missoni; Solimano, 2010).

La reforma colombiana tiene otro arreglo institucional (Hernández; Torres, 2010). Simplificando, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) recibe las cotizaciones al seguro y supuestamente un subsidio estatal para los no cotizantes. Estos recursos financieros son transferidos a las administradoras –las Empresas Promotoras de Salud (EPS)– hoy principalmente privadas, en función del número de sus asegurados. Las EPS administran los recursos y pagan a los prestadores públicos y privados. Existen dos tipos de cobertura o paquetes de servicios, uno para los cotizantes y otro para los asegurados subsidiados. Este arreglo ha llevado a la segmentación y fragmentación del sistema de salud y el sector público se ha debilitado. Incluso, se han vendido hospitales públicos y la situación laboral es crecientemente precaria. La implantación de este modelo ha causado innumerables

problemas (Torres, 2008) en el acceso a los servicios; con una burocracia, a veces infranqueable, con los paquetes de servicio diferenciados, causando una avalancha de tutelas o amparos ante el poder judicial, entre otros.

Colombia fue presentada como el caso de éxito a seguir durante casi dos décadas. Con la declaración de la emergencia social en salud a fines de 2009 (Voces críticas desde la academia sobre la Emergencia Social en Salud, 2010) se puso de manifiesto el fracaso de esta reforma y la quiebra económica del sistema. Se evidenciaron además corruptelas diversas e incumplimiento de pagos, particularmente a los hospitales públicos. Su único éxito había sido la generación de altas ganancias para las EPS privadas.

Ante el estrepitoso fracaso del modelo colombiano, la reforma mexicana (Laurell, 2013), particularmente el Seguro Popular (SP), se presenta hoy como el caso de éxito de la CUS. Existen tres formas de aseguramiento en México: el del seguro social para trabajadores formales, el SP para la población sin seguro laboral y el privado, sin mayor importancia cuantitativa. El financiamiento es tripartito con un subsidio fiscal importante para el primero y principalmente fiscal para el SP, aunque se postula el pago de una prima de los asegurados. Los paquetes de servicios son diferentes y el SP no ampara más del 20% de los servicios del seguro social y excluye la mayor parte de los padecimientos de alto costo cuyo tratamiento se lo paga el paciente. Ambos subsistemas tienen sus prestadores públicos con infraestructura propia y personal asalariado pero pueden contratar con el sector privado. Legalmente hay separación de funciones entre administración de fondos/ compra de servicios y prestación de los mismos pero no existen administradores privados a pesar de que se ha intentado promoverlos desde 1995.

El proceso de reforma ha debilitado al seguro social, la parte más sólida del sistema público de salud pero es notable su resistencia a los embates mercantilizadores. Está en la agenda gubernamental la creación de un “Sistema Nacional de Salud Universal” (SNSU) a través de los mecanismos de: portabilidad

de los seguros entre instituciones públicas y privadas con un paquete de servicios único; protocolos de tratamiento únicos y costeados de servicios y; desarrollo del mercado de salud (Juan, 2014). Como se aprecia, este planteamiento no aspira a establecer un servicio único y público de salud con acceso universal y garantía del derecho a la salud. Si se materializara, el gran perdedor sería la población con seguro social al reducirse de manera importante sus beneficios de salud y los potenciales ganadores serían las aseguradoras privadas dada la necesidad de contratar un seguro que cubre los padecimientos y tratamientos no incluidos en el paquete básico. Sin embargo, el SNSU no ha avanzado hasta ahora por falta de recursos fiscales y desacuerdos sobre su diseño financiero e institucional.

Resumiendo las fallas principales de la CUS, se constata que no ha logrado la cobertura universal de un seguro; destaca México con un 25% de la población sin seguro. Los asegurados no acceden a los servicios requeridos a causa de las restricciones de los paquetes de servicios amparados por su seguro. Es patente la confusión, en la literatura y en la población, entre la cobertura con un seguro y la cobertura médica o de servicios, lo que ha llevado a la creencia de que tener un seguro da acceso a los servicios<sup>2</sup>. El debilitamiento de los servicios públicos o su franca destrucción es otra característica común que se explica por la omisión de invertir en infraestructura y recursos humanos con la suposición de que el mercado y los privados resolverán el problema. Esto ha ocurrido a pesar de los incrementos en los presupuestos públicos de salud porque han sido absorbidos por las empresas privadas o la corrupción causando crisis presupuestales que anticipan una nueva reducción de servicios.

Aunque las reformas tipo CUS han tenido éxito en su propósito de introducir un modelo neoclásico/ neoliberal en el sector, han provocado un rechazo social extenso. Sus promotores han intentado contrarrestarlo apropiando el discurso so-

---

2 El más célebre es el impugnado Informe de la OMS de 2000 que lanzó un método de medir el desempeño en el cual el porcentaje de asegurados se le dio un peso muy importante (World Health Organization, 2000).

bre el derecho a la salud y la ciudadanía pero en el imaginario social pesan más los obstáculos al acceso a los servicios. Así, este modelo tiende a deslegitimar a los gobiernos. La tensión entre el discurso de universalidad y la realidad de las restricciones de los servicios los ha llevado a incrementar la cobertura médica pero no ha sido suficiente.

Adicionalmente, los elementos de la ‘buena medicina’ son sistemáticamente violados en interés de la ganancia. Por ello sigue viva la lucha social por la garantía del derecho a la salud (Torres, 2013).

Pero este modelo también ha construido y fortalecido los actores privados en salud que ahora tienen suficiente poder económico y político para oponerse exitosamente a los cambios que juzgan contrarios a sus intereses. Así, los gobiernos están atrapados entre el descontento social y la resistencia al cambio de sus aliados naturales – los empresarios de salud nacional e internacional. Esta contradicción clásica del Estado capitalista entre legitimidad y acumulación ha contribuido a llevar al gobierno a partidos o coaliciones que priorizan el bienestar social y suscriben los valores del Estado social, como por ejemplo, en Chile. En otros casos, el descontento social y la protesta general contra el neoliberalismo han suscitado movilizaciones populares que han instalado democráticamente nuevos gobiernos y cambiado sus constituciones en un proceso que ha llevado a Estados en transición.

### **Política sanitaria de los Estados sociales democráticos de derecho o progresistas**

La trayectoria histórica de los gobiernos progresistas ha sido diferente pero a *grosso modo* se pueden agrupar en dos conjuntos. Por un lado, están los países que derrotaron a las dictaduras para posteriormente elegir gobiernos populares como resultado del descontento con la política neoliberal (Argentina, Brasil, Uruguay, El Salvador, Honduras y Para-

guay). Por el otro, tenemos aquellos donde las movilizaciones populares contra el modelo neoliberal llevaron al gobierno a sus líderes y a la aprobación de nuevas constituciones (Venezuela, Bolivia y Ecuador). Estos son Estados en transición en la acepción de García Linera (2013). Los gobiernos progresistas se caracterizan por priorizar el bienestar social y adoptar una política social integral y redistributiva que incluye el incremento del salario o ingreso, la creación de empleo y define a los beneficios y servicios sociales como la responsabilidad del Estado. Esta política implica la actuación sobre la determinación social de la salud enfermedad.

En el terreno de la política de salud, la constitución brasileña de 1988, que plantea el derecho a la salud como obligación del estado y lo garantiza con el establecimiento del sistema único, público y gratuito (SUS), ha sido el paradigma de las nuevas constituciones y de las luchas de izquierda. De esta manera, las nuevas constituciones de Venezuela, Bolivia y Ecuador recogen este modelo y añaden además los conceptos de interculturalidad y el “Buen Vivir” pero no se ha expedido la legislación reglamentaria. Los otros gobiernos progresistas no han hecho cambios constitucionales pero han establecido programas o leyes que apuntan en la misma dirección.

Están, por ejemplo, la gratuidad de los servicios en El Salvador y en Paraguay, la ley de salud mental y el programa REMEDIAR en Argentina, entre otros.

Independientemente de su encuadre legal específico, los gobiernos progresistas tienen en común haber incrementado sustancialmente el acceso a los servicios de salud que es distinto a la simple cobertura de un seguro. Por ejemplo, la cobertura pasó de 30 a 190 millones de personas con el SUS brasileño y un 98% de la población pudo acceder a los servicios al buscarlos (Ministerio de Saúde, 2012); en Venezuela el programa Barrio Adentro amplió el acceso a 17 millones de personas (57% de la población) que carecían de él (Armada; Muntaner; Haejoo; Williams- Brennan; Benach, 2009); en Ecuador

se incrementó sustancialmente el acceso con la gratuidad de servicios y medicamentos (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012) y en Uruguay la nueva política ha favorecido a la población rural anteriormente carente de servicios (Borgia; Gularte; Gabrielzyk; Azambuja; Soto; Corneo; et al, 2012).

Estos logros se deben, por un lado, a un cambio en el modelo de atención hacia distintas formas de Atención Primaria de Salud Renovada o medicina familiar territorializadas con un énfasis especial en educación y promoción de la salud sin menoscabo a la atención preventiva, curativa y de rehabilitación. Por otro lado, han emprendido un esfuerzo sostenido de construcción de infraestructura y formación de personal para garantizar la atención, a diferencia de los sistemas neoliberales que lo han dejado al mercado. Aunque también ha sido una característica de la política de salud basada en la CUS, los gobiernos progresistas han incrementado el presupuesto de salud (Laurell, 2014). La diferencia entre ambos es que los gobiernos progresistas han fortalecido el presupuesto del sector público mientras que en los neoliberales el aumento ha sido aprovechado por el sector privado.

Otro elemento importante en la política de salud es la participación popular y social, sea legalmente establecida como en Brasil o Venezuela o parte del proceso político como en Bolivia y Ecuador. La participación ha sido básica en el diseño y la puesta en práctica de la nueva política pero ha tenido altibajos como toda movilización social y política.

## **Las tensiones de la política de salud progresista**

Esta política de salud ha producido varios efectos en la sociedad y en la política. Por un lado, los logros en salud de los gobiernos progresistas les han ganado el reconocimiento social del pueblo. Por el otro, han despertado mayores expectativas y exigencias que tensionan las instituciones públicas y abren campo para la inconformidad y la lucha política. Antes de analizar

estas tensiones es necesario hacer algunas consideraciones.

Primero, es de subrayar que una nueva política se forja a través y contra las instituciones existentes, cada una con su propio proceso histórico. Esto significa que es preciso tener un diagnóstico preciso de lo que García Linera (2013) denomina la materialidad institucional, o sea las normas, reglas y trámites; las burocracias con jerarquías y hábitos y; los presupuestos. Todos los gobiernos progresistas se han enfrentado a problemas que se originan en esta materialidad pero los han resuelto de maneras diversas. Venezuela (Armada; Muntaner; Haejoo; Williams- Brennan; Benach, 2009) la enfrentó creando un sistema paralelo de salud, Barrio Adentro (BA), que permitió avanzar con rapidez en la ampliación del acceso y transformación del modelo de atención. Sin embargo, con el tiempo se ha hecho urgente fusionar BA y el resto del sistema público. Los gobiernos progresistas, por ejemplo, de Chile actual y Argentina con sectores privados muy consolidados u Obras Sociales poderosas, han procedido fortaleciendo la regulación estatal y las instituciones públicas (Stolkiner; Cames; Garbus, 2011). En el caso brasileño, la casi ausencia de un sistema público facilitó inicialmente la tarea pero dejó resquicios legales aprovechados por el sector privado para extenderse y fortalecerse (Sostelo; Portela; Bahía, 2013). Parece entonces crucial tener un plan estratégico que permita tomar decisiones que resuelvan problemas sin vulnerar el objetivo final de construir el sistema único, público y solidario de salud.

Otro tema decisivo es que, en los países con gobiernos progresistas, la concepción del derecho a la salud como obligación del Estado se ha convertido en un valor social ampliamente apreciado gracias a la acción de los propios gobiernos. Sin embargo, esto no ha llevado necesariamente a una comprensión integral y social de la salud. Eso es, prevalece frecuentemente la idea medicalizada de la ‘buena medicina’. Este hecho es determinante para las posibles acciones que pueden proponerse los gobiernos. Si las autoridades de salud no han

logrado posicionar la comprensión integral y social de la salud ante el público y el resto del gobierno, se corre el riesgo de tratar el problema como un asunto técnico y de recursos financieros sin analizar la mejor manera de abordar las necesidades de salud de la población. El problema no es trivial porque es a la vez técnico-financiero y conceptual.

Los sistemas de salud latinoamericanos, incluyendo a los de los países progresistas, adolecen con frecuencia de la competencia técnica necesaria y es urgente desarrollarla. También todos tienden a ser subfinanciados y requieren de más recursos presupuestales. Sin embargo, la concepción sobre la salud-enfermedad y su determinación social es clave para tomar decisiones sobre prioridades, para guiar el desarrollo técnico-científico y calcular los recursos financieros requeridos. Nadie niega que es necesario prestar servicios de calidad y técnicamente satisfactorios. Es en este contexto donde deben ubicarse los argumentos a favor del sistema único y público de salud, que es el arreglo institucional más idóneo y barato para responder a las necesidades de salud pero también para combatir la mercantilización y deshumanización de la salud (Laurell, 2013).

En la puja presupuestal con otras áreas sociales parece insuficiente considerar a la salud sólo como un derecho social más. Puede ser provechoso retomar la idea de las libertades positivas, que son las que permiten la participación plena en una sociedad democrática. Una, es la salud como necesidad humana básica (Doyal; Gough, 1991) cuya satisfacción es indispensable para esta participación. Refuerza, además, la idea de que la salud no es un objeto de consumo (Cohn, 2010) sino un medio para desarrollar capacidades y potencialidades y la autonomía individuales y colectivas.

La incompreensión de estas tensiones o decisiones erróneas cortoplacistas pueden llevar a que las acciones de salud se convierten en un ingrediente en un proceso de deslegitimación o cuestionamiento del gobierno aunque inicialmente hayan contribuido a legitimarlo.

En ello desempeña un papel importante el hecho de que la salud es un terreno importante de acumulación de capital también en las sociedades posneoliberales.

De esta manera, los integrantes del complejo médicoindustrial- asegurador ejercen toda su influencia para hacer valer sus intereses como vendedores de medicamentos, insumos, equipo y seguros médicos.

Son los primeros en afirmar que las instituciones públicas ofrecen una “medicina pobre para los pobres”. La mejor estrategia para contrarrestar este argumento es fortalecer e incrementar la capacidad institucional ofreciendo servicios públicos técnicamente competentes y humanamente satisfactorios, que desplazan a los servicios privados.

Esto no es suficiente si no se devela el contenido ideológico de la ‘buena medicina’ y su articulación con la acumulación. Los elementos para hacerlo son muchos ya que hay una literatura amplia sobre los abusos y daños provocados por el afán de ganancia del complejo médico-industrial. En este contexto, también es clave fortalecer la regulación estatal, la evaluación tecnológica y la producción estatal de medicamentos y otros insumos.

Otra cuestión clave es afrontar los seguros o planes privados de salud que persisten, e incluso crecen, en los sistemas conceptualmente únicos y públicos de salud (Aranda et al, 2009; Melo, 2014; Ocké-Reis, 2012). Es necesario hacerlo porque canalizan importantes montos de recursos públicos a los privados por distintas vías que debilitan el sistema público (Laurell, 2014).

Un obstáculo paradójico es que generalmente son prestaciones laborales negociadas por los grandes sindicatos o sea la base clasista natural de los sistemas públicos, solidarios e igualitarios (Ocké-Reis, 2012). Surge además la tentación gubernamental de estimular los seguros privados con el argumento de que descomprimen la demanda en el sistema público que equivale a naturalizar la desigualdad en el acceso a los servi-

cios requeridos, máxime cuando se abre la puerta a las grandes corporaciones de salud internacionales. El antídoto más eficaz es la participación popular informada que promueve el cambio político-ideológico y cultural. Otra tentación es adherirse al modelo de aseguramiento ‘universal’ que, como se expuso arriba, significa el uso privado de recursos públicos en aras de una premisa ideológica no comprobada.

## Conclusión

Las reformas de salud en América Latina se están dando en dos vías opuestas: la CUS y el SUS. Se insertan en dos modelos de desarrollo distintos que se expresan en la conformación y papel del Estado y en la política económica y social. Los gobiernos neoliberales han adoptado el pensamiento económico neoclásico y consideran a la salud un ámbito más de la economía de libre mercado. La CUS, por medio de los seguros de salud, es su política de salud que ha fortalecido el complejo médico-industrial-asegurador y ha incrementado las ganancias pero a costa del acceso universal e igual a los servicios de salud y la legitimidad del gobierno.

Los gobiernos progresistas han incrementado el acceso y garantizado el derecho a la salud a través de sus sistemas únicos, públicos y solidarios de salud pero enfrentan varios desafíos relacionados con crecientes exigencias de la población y la persistencia de un agresivo sector privado.

## Referencias bibliográficas

- Armada, F.; Muntaner, C.; Haejoo, C.; Williams- Brennan, L.; Benach, J. (2009). *Barrio Adentro and reduction of health inequalities in Venezuela*. Int. J. Health Serv. 39(1):161-87.
- Banco Mundial. (1993). *Invertir en Salud*. Banco Mundial. Washington D. C.

- Borgia, F.; Gularte, A.; Gabrielzyk, I.; Azambuja, M.; Soto, J.; Corneo, M.; et al. (2012). *De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay, a la priorización de la salud rural como política pública*. *Saúde Debate*. 36(94):421-35.
- Cohn, A. (2010). Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. En: Rodrigues, N.; Duarte, P.; organizadores. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. CEBES. p. 244-51. Rio de Janeiro.
- Collins, C.; Green, A. (1994). *Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries*. *Int. J. Health Serv.* 1994; 24(2):459-75.
- Dahlgren, G. (2014). *Why public health services?* *Int. J. Health Serv.* 44(3):507-24.
- Doyal, L.; Gough, I. (1991). *A theory of human needs*. Palgrave Macmillan. London.
- FUNSALUD, MX. (1994). *Economía y salud*. Fundación Mexicana para la Salud. México DF.
- García Linera, A. (2013). *Democracia, Estado y Nación*. Asamblea Legislativa Plurinacional. La Paz.
- Hernández, M.; Torres, M. (2010). *Colombia's new health reform: Helping keep the financial sector healthy*. *Soc. Med.* 5(4):177-81.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. (2012). *Sistemas de salud en Suramérica*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; p. 462. Rio de Janeiro.
- Juan, M. (2014). *Sistema Nacional de Salud Universal*. Secretaría de Salud. México DF.
- Laurell, A. C. (1995). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. Cortez Ed. Sao Paulo.
- Laurell, A. C.; López, O. (1996). *Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health*. *Int. J. Health Serv.* 26(1):1-18.
- Laurell, A. C.; Herrera, J. (2010). *La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios*. *Salud Colectiva*. 6(2):137-48.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO. Disponible en: <http://asacristina-laurell.com.mx/>. Buenos Aires.

- Laurell, A. C. (2013). *Sistemas universales de salud: Retos y desafíos*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro.
- Laurell, A. C. (2014). *Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina*. *Saúde Debate*. 38(103):873-87.
- Laurell, A. C. (2015). *The Mexican popular health insurance*. *Int. J. Health Serv.* 45(1):105-25.
- Londoño, J. L.; Frenk, J. (1997). *Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America*. *Health Policy*. 41(1):1-36.
- Melo, L. (2014). *El Sistema Público Nacional de Salud*. La Rosa Roja. Caracas.
- Ministerio de Saúde Brasil. (2012). Disponible em: [http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br\\_model1?set\\_language=es](http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br_model1?set_language=es)
- Missoni, E.; Solimano, G. (2010). Towards universal health coverage: the Chilean experience. En *World Health Report 2010. Background paper 4*. WHO. Geneva.
- Ocké-Reis, O. (2012). SUS o desafío de ser único. Editora FIOCRUZ. Río de Janeiro.
- Ozslak, O. (1999). *De menor a mejor. Los desafíos de la segunda reforma del Estado*. Nueva Soc. 160:81-100.
- Sostelo, J. A. F.; Portela, L. G.; Bahía, L. (2013). *Saúde suplementar no Brasil*. *Cad Saúde Pública*. 29(5):851-66.
- Stolkiner, A.; Cames, Y.; Garbus, P. (2011). *Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 16(6):2807-16.
- Tetelboin, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990*. Universidad Autónoma Metropolitana. México DF.
- Torres, M. (2008). *Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado*. *Saude Debate*. 32(78/79/80):207-19.
- Torres, M. (2013). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Ed. Cinep. Bogotá.
- Voces críticas desde la academia sobre la Emergencia Social en

Salud. (2010). *Cuadernos del Doctorado 13*. Universidad Nacional. Bogotá.

World Health Organization. (2000). *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. WHO. Geneva.



# Salud Pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible<sup>1</sup>

Eduardo L. Menéndez<sup>1</sup>

Periódicamente se planea a nivel social general la revisión de conceptos, valores y estrategias que se consideran claves desde una perspectiva global. También se hace lo mismo a nivel de cada disciplina, aunque en forma más puntual y específica. Generalmente se sostiene que dichas revisiones obedecerían, en el primer caso, a situaciones de crisis pensadas no sólo en términos económico-políticos sino también en términos ideológico-culturales, mientras que en el segundo caso obedecería al reconocimiento de la inviabilidad o limitaciones de los paradigmas dominantes o de las tendencias hegemónicas que orienten el desarrollo de una disciplina específica.

Si bien ambas crisis pueden coincidir, y hay períodos en que han coincidido, éstas no son necesariamente simultáneas ni obedecerían a los mismos factores; y esto no solo porque en el primer caso nos estamos refiriendo a la estructura social

---

<sup>1</sup> Este artículo es copia fiel. Publicado en Pan American Health Organization. 2018-05-11T14:22:54Z. 1992. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/38203>

y en el segundo a la producción de conocimiento, sino porque puede coexistir la crisis de la producción científica con la carencia de crisis de la estructura social y cultural. Más aún, la crisis en la producción y/o evaluación del conocimiento puede atravesar situaciones históricas distintas y esto puede ser observado en el caso especial de la salud pública en el contexto latinoamericano.

Por lo menos desde mediados de la década de los años sesenta se plantea la crisis de la medicina y, como parte de ella, la crisis de la salud pública. Dicha crisis es referida a múltiples factores, pero lo determinante sería la hegemonía de un modelo teórico-metodológico que limita su intervención, que se orienta sesgadamente hacia determinadas concepciones e instrumentaciones y que opera directa o indirectamente con las estructuras de poder económico-político. Sin embargo, estas críticas operaron dentro de contextos diferenciados tanto en términos de crisis como en el de sus posibles reorientaciones si las pensamos localizadas en los años sesenta o a mediados de los ochenta.

Durante los sesenta, la crítica fue básicamente de tipo ideológico-técnico y centrada en el descubrimiento de la “función real” de la medicina en general y de la salud pública en particular. Tal crítica podría ser sintetizada en la siguiente premisa: “Todo conocimiento que no provee las consecuencias negativas de su aplicación, es un conocimiento irracional en términos teóricos y éticos” (Rivas, 1971: s/d).

En esa década la crítica fue dirigida, más que al tipo y/o falta de eficacia<sup>2</sup>, a las orientaciones ideológicas dominantes, a la relación entre salud pública e “industria de la salud” e “industria de la muerte”, y a la necesidad de incluir los determinantes económico-políticos del proceso salud/enfermedad/ atención (s/ e/ a) como elementos centrales en el análisis y la práctica. En los ochenta persistió este tipo de

---

2 Esto, por supuesto, no quiere decir que no haya habido este tipo de análisis crítico. A nivel internacional los trabajos de Cochrane o de Mckweon en la década de los setenta constituyen expresiones significativas de ello. Pero a nivel latinoamericano está no fue una temática dominante.

crítica, pero se le reformuló a partir de varios procesos de los cuales solo citaremos tres: la crisis socioeconómica sostenida y el incremento de los sectores sociales en situación de pobreza y de extrema pobreza; el desfinanciamiento del sector salud, y la crisis en las ideologías de “recambio” tanto en lo referente a “otra” salud pública, como sobre todo referida a otros modelos de sociedad<sup>3</sup> (Cochrane, 1972).

Sin embargo y pese a reconocer la existencia de cambios económico-políticos e ideológicos en la década de los ochenta, nosotros consideramos que las condiciones estructurales se han mantenido; que la situacionalidad de la salud pública no se ha modificado sustantivamente; que los rasgos dominantes de su “saber” y de sus relaciones con la estructura de poder siguen siendo básicamente los mismos. Esto, vuelvo a reiterarlo, no significa que no haya habido modificaciones, sino que desde nuestra perspectiva no ha habido cambios significativos en las condiciones que fundan la institucionalización y el desarrollo de la salud pública.

Respecto del estado actual de la salud pública, mis reflexiones se harán a partir de la situación latinoamericana. Y si bien tomaré necesariamente en cuenta las líneas generales de interpretación generadas en los países centrales y que por otra parte son las hegemónicas, este análisis será pensado desde y para la Región.

Esta exposición será intencionalmente esquemática dada la temática y el espacio propuesto; trabajaremos con afirmaciones “fuertes” y con escasos matices, no por no reconocerlos sino en beneficio de la presentación. Las particularidades y matices serán recuperados ulteriormente en la discusión. En consecuencia, lo que propongo debe ser leído como un esque-

---

3 Algunos autores han sostenido que, en términos emic, la crisis es “vivida” o “representada” como permanente -sobre todo por una parte de los “intelectuales” (intelligentzia)- y que depende de la relación establecida con los proyectos de sociedad y de su viabilidad, el que la crisis adquiera expectativas de realización (la década de los sesenta) o se mantenga en la indefinición, confusión o incluso el apocalipsis (los ochenta).

ma que subraya lo dominante y hegemónico.

Los puntos a abordar en estas reflexiones son los siguientes:

qué es salud pública: la doble determinación de su práctica;

salud pública como modelo médico hegemónico corporativo;

las funciones y las prácticas reales;

el retorno permanente de lo institucionalizado; y

los “tipos” de salud pública.

### **Salud Pública: ¿Qué es en la práctica?**

El punto de partida de una reflexión como la solicitada debe necesariamente proponer qué es lo que se considera salud pública; de esta manera sabremos desde el inicio sobre qué estamos hablando cada uno de nosotros. La salud pública puede ser definida o considerada como una ciencia, como un conjunto de disciplinas, como una serie de técnicas, como un sector político técnico del Estado, como un fenómeno social operado por una parte de la sociedad civil, entre otras cosas. Desde nuestra perspectiva, la salud pública es un sector político-técnico del Estado que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico-políticas dominantes. Para nosotros es en la práctica del sector salud y no en el deber ser teórico de una disciplina donde se debe localizar a la salud pública.

Esto no niega que exista algo así como un “saber” en salud pública, el cual es impartido en instituciones de enseñanza universitaria o equivalente, y generalmente a nivel de posgrado. Esto tampoco niega la existencia de un cuerpo de investigaciones preferentemente epidemiológicas y administrativas, que además de ser utilizado técnicamente constituye una acumula-

ción de conocimiento científico. Pero el rasgo característico de la salud pública no es el conocimiento en sí sino el que dicho saber sea operado a través de un sector del Estado.

La salud pública así considerada se constituyó a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto implicaba que organizaciones, grupos o instituciones debían hacerse cargo de los mismos, pues estos no podían ser resueltos en el nivel de los individuos.

En la constitutividad de la salud pública están potencialmente presentes no sólo los objetivos de solución de problemas colectivos, sino también de control social, aunque por ahora no consideraremos este “segundo” proceso. Lo que sí debe ser analizado es que la salud pública iba a desarrollar sus intervenciones sobre conjuntos sociales que presentaban notables desigualdades socioeconómicas, así como conflictos de intereses frecuentemente incompatibles. Si bien la “diferencia” sería reconocida por tendencias ideológicas muy distintas<sup>4</sup> (Mckeown, 1982), la misma no fue incluida sino marginalmente en el desarrollo de la salud pública como sector, ni tampoco como cuerpo de conocimiento.

Sin embargo, el reconocimiento práctico, pero también técnico, de un campo colectivo sobre el cual intervenir para abatir y o controlar los daños a la salud de “agregados sociales”, debió haber llevado a la salud pública a incluir las dimensiones socioeconómicas y culturales en su marco de referencia y en su práctica. Esto fue lo que propuso en forma aparentemente “escandalosa” la denominada “medicina social” al sostener que la medicina (salud pública) era una “ciencia social”. Pero esta aseveración casi obvia no tuvo demasiada influencia en el desarrollo real de la salud pública como sector político-técnico. La dimensión “colectiva” de los daños a la salud eliminó (o mejor dicho no incluyó) lo socioeconómico en su práctica, dado que dos procesos complementarios “medicalizaron” a la

---

4 No sólo Engels o Virchow describieron o tomaron en cuenta la “diferencia” en términos de los daños a la salud, sino que Chadwick, Booth o Le Play también las reconocieron desde perspectivas “liberales”, “socialcristianas” o “conservadoras”

salud pública<sup>5</sup> (Menéndez, 1978).

La salud pública en cuanto “saber” y en cuanto “sector” se constituirá a partir de la medicina y esto es decisiva. Si bien se constituye a partir del reconocimiento de la enfermedad/atención /prevención como procesos económico-sociales, lo hace en términos de saber y de organización técnica a partir de las ciencias médicas. Considero que los análisis de tipo médico han confundido este dato obvio, al subrayar que una parte de la profesión médica estaba en desacuerdo o solo consideraba secundariamente a la salud pública. Si bien esto es correcto, no equivale a concluir que la salud pública cuando se institucionaliza, incluye prioritariamente en su práctica al campo social.

Lo obvio es que la salud pública, tanto en términos de su saber, como en cuanto sector político-técnico estuvo y sigue estando en manos de la práctica médica, o de técnicos procedentes de otras disciplinas pero que asumen perspectivas médicas. Este hecho no es secundario, sino central para entender no sólo las orientaciones dominantes que se le impusieron a la salud pública, sino los equívocos interpretativos al respecto. Los daños a la salud como fenómeno colectivo y/o ambiental quedarán entonces en manos de una disciplina que va asumiendo su cientificidad a través de lo biológico. Esto impone una aproximación al sujeto colectivo en términos no sociales ni históricos sino “naturales”. Por otra parte, la práctica médica impondrá una intervención en términos del individuo y a través de instrumentos clínicos. Es decir que la salud pública se constituye a partir de la enfermedad como entidad genérica natural y del sujeto como unidad de intervención. Esta aparente polarización entre lo genérico natural y lo clínico individual se sintetiza sin embargo a

---

5 No olvidamos que procesos “internos” del desarrollo médico y de la investigación biológica iban a incidir en el desarrollo hegemónico de determinadas orientaciones en las ciencias médicas, incluida la salud pública. Consideramos, sin embargo, que el énfasis en la importancia de la investigación bacteriológica tiende a que este tipo de influencia coloque “lo social” en un segundo plano, cuando a nuestro entender el eje debe ser colocado precisamente en la significación del campo social como campo donde se hacen evidentes las contradicciones del sistema expresadas a través de las condiciones de salud y atención de la población.

través de una concepción y práctica donde lo colectivo se reduce a historia natural y/ o a la suma de individuos.

Más allá de las invocaciones a la medicina como ciencia social, a la medicina social o a la salud pública, lo sustantivo es que ésta se constituyó a partir de una “ciencia”/”arte” no solo no social, no solo no histórica, sino asocial y ahistórica, donde además sus ejecutores, más allá de la sensibilidad ideológica de cada cual, asumen un rol genérico en cuanto profesionales caracterizados por la carencia de una formación específica respecto del proceso de s/ e/ a que ubique su práctica profesional dentro del contexto económico-político e ideológico que lo produce y reproduce, y sobre todo que le permita intervenir técnicamente sobre los procesos socioculturales que afectan la salud colectiva<sup>6</sup> (Menéndez, 1979). Pero esta profesionalización debe ser articulada con el hecho básico de que la salud pública es institucionalmente un sector del Estado y en consecuencia debe asumir el juego de las determinaciones económico-políticas e ideológicas respecto de sus objetivos técnico políticos.

Es esta doble determinación complementaria la que explica por qué las actividades desarrolladas por la salud pública en diferentes sociedades y en sus diferentes instancias (desde la normativa hasta la aplicativa) tienen marcos referenciales similares, más allá de las particularidades impuestas por los regímenes políticos y por los recursos con que desarrollan dichas actividades. Si bien indudablemente existen diferencias cualitativas en las actividades de salud pública llevadas a cabo en medicinas socializadas, en sistemas de seguridad “mixtos” o en sistemas “liberales”, existen sin embargo en la práctica una serie de pautas institucionales comunes: Sus aproximaciones metodológicas son ahistóricas y asociales; trabajan con conglomerados de sujetos y no con conjuntos sociales; la base del equipo de salud carece de formación profesional para

---

6 A nivel de la formación universitaria del médico, la cantidad de tiempo de aprendizaje respecto del campo social fue y es mínima o simplemente nula. A nivel de posgrado es mínima, por lo menos en la mayoría de las escuelas de salud pública de América Latina.

trabajar a nivel de conjuntos sociales y con los procesos que condicionan el proceso s/ e/ a; el personal de salud pública no interviene o lo hace limitadamente sobre las condiciones estructurales (económico-políticas e ideológico-culturales) de la enfermedad, sobre todo si las mismas afectan intereses y objetivos de los sectores dominantes; la masa de recursos de todo tipo asignados al sector es dedicada a las “teorías”, “técnicas” y “actividades” curativas en detrimento de las preventivas, aun cuando en su discurso critiquen esta distribución no solo no equitativa sino irracional en términos técnico-científico.

A partir de lo señalado podemos decir que la salud pública en cuanto a sector salud está sometida a una situación contradictoria o por lo menos conflictiva (en términos sociales por supuesto) que solo asume parcialmente.

Los daños a la salud así como la atención y prevención de los mismos operan en sociedades no homogéneas con diferencias significativas, inclusive a nivel de las consecuencias en los daños a la salud. Esta heterogeneidad, así como su expresión en la morbilidad y en las actividades de curación y sobre todo de prevención, no pueden ser plenamente o directamente asumidas por la salud pública, dado que dichos procesos y la posibilidad de intervenir sobre ellos aparecen determinados por intereses diferenciales que juegan sus estrategias de poder a través de la sociedad civil y del Estado<sup>7</sup> (Menéndez, 1981).

La salud pública puede asumir los fenómenos colectivos en sus consecuencias, pero frecuentemente está limitada para intervenir en la causalidad estructural de los procesos. Para toda una gama de fenómenos que intervienen decisivamente en la salud colectiva, la salud pública no intervendrá o intervendrá limitadamente, o el propio Estado la desvinculará

---

7 Por supuesto que esta aseveración debe ser referida a la situación económico-política de cada país latinoamericano. Las condiciones estructurales que operan en esta doble relación no deben ser consideradas fijas, uniformes, monolíticas, sino condiciones establecidas dentro de las cuales puede desempeñarse la salud pública. En el caso de América Latina el condicionamiento que opera es de mayor significación dado el recurrente dominio de regímenes políticos autoritarios, la escasa o inexistente democracia social, el débil peso de la sociedad civil, entre otras cosas.

de esa “responsabilidad”. Los accidentes laborales, la drogadicción, la desnutrición, el “alcoholismo”, la contaminación son sólo algunos ejemplos de lo que queremos señalar<sup>8</sup>. Por supuesto que pueden aducirse algunos casos contrastantes como puede ser el del tabaquismo, pero el núcleo a discutir no reside en los casos a favor o en contra, sino en la existencia objetiva de limitaciones a la intervención científico técnica de la salud pública en cuanto sector.

Si la salud pública en los países de América Latina asumiera el proceso s/e/a en términos exclusivamente científicos y técnicos, ello conduciría necesariamente a intervenir sobre la causalidad estructural de la desnutrición, de la contaminación, de los homicidios, entre otras cosas. Es decir, no reduciría su intervención a las consecuencias (lo cual suele hacer, sobre todo si hay recursos), sino que actuaría sobre la etiología estructural (lo cual generalmente no hace). El segundo tipo de intervención aparece sobredeterminado por la red de relaciones políticas que determina parte de su acción real así como por el modelo médico del cual procede.

Considero que asumir que la salud pública es parte del sector salud, supone reconocer que la misma no actúa con autonomía técnico-científica, o para ser más precisos, que dicha autonomía está limitada por determinaciones políticas. Vuelvo a reiterar que la mayor o menor autonomía dependerá de cada sociedad, pero que en todas las sociedades la salud pública opera con autonomía relativa, la cual oscila entre la limitación y la obligación.

Considero que si esta obviedad se reconociera en términos explícitos, podría contribuir a eliminar algunos malos entendidos. La salud pública en cuanto a institución que opera sobre la salud colectiva, es parte del juego político general respecto del

---

8 En varios países de la Región, el alcoholismo y la drogadicción son objetivos secundarios o no son directamente abordados como problemas por el sector salud (salud pública); la contaminación ambiental ha sido separada del seguro social en algunos países de la Región; mortalidad por homicidios ha sido siempre un campo ajeno pese a su incidencia creciente en el perfil epidemiológico de varios países; la “desnutrición” es asumida cada vez más por organismos especiales o por programas constituidos al margen del seguro social

cual deben ser entendidas por lo menos una parte de sus posibilidades de intervención científica y técnica. Esto no supone concluir que no haya actividades autónomas o más autónomas, sino establecer la inserción institucional de la salud pública, lo cual permitirá entender que algunos países reduzcan notablemente el problema de la desnutrición, pero que simultáneamente apliquen una ley profiláctica de exterminio a “enfermos mentales”, “degenerados sociales”, entre otros (Alemania 1933-1945). El ejemplo puede parecer excepcional-históricamente no lo es dado que la estructura es similar a la que puede encontrarse en los más diversos contextos. Así, en algunos países se abatirá sensiblemente la mortalidad materna, pero la salud pública aparece “ineficaz” para reducir la mortalidad de los varones “en edad productiva” (Francia); en determinados contextos se reducirá en forma notable la mortalidad infantil, pero se perseguirán determinadas “desviaciones sociales” consideradas patológicas (Cuba). En los Estados Unidos se reducirá al mínimo la mortalidad por poliomielitis, pero no se podrá dar solución a la problemática de la drogadicción.

Si se reconoce a la salud pública como sector del Estado, no debemos asombrarnos de sus “inconsecuencias” científicas y/o ideológicas, en la medida en que lo que expresan dichas “inconsecuencias” del Estado es su práctica real dentro de un campo sobredeterminado política, económica y culturalmente. Esto nos lleva a una segunda aseveración: La salud pública no existe fuera del sector salud del Estado; lo que existen pueden ser críticas, alternativas técnico-ideológicas, etc., pero en tanto la salud pública es parte de la institucionalización de un sistema, operará necesariamente dentro del juego establecido de fuerzas sociales y políticas y por supuesto técnico ideológicas.

Esta conclusión no supone aceptar que esa debe ser la salud pública, sino asumir la existencia de este proceso para, a partir del mismo, poder pensar en otra posibilidad donde la salud pública no se reduzca al Estado, pero que tampoco suponga su irresponsabilidad.

## **Modelo médico corporativo (salud pública) o las variantes del modelo médico hegemónico (MMH)**

Esta situación contradictoria y/o conflictiva opera no solo en sus “relaciones externas”, es decir, en sus relaciones con los procesos económico-políticos y culturales, sino que también se expresa en la forma de aproximación teórico-metodológica a los problemas.

Mientras que por lo menos una parte significativa de los problemas con que se enfrenta la salud pública requiere de una metodología y un marco teórico que incluya los procesos económico-políticos y socio-ideológicos que determinan o condicionan dichos problemas, la orientación dominante procedente de las ciencias médicas conduce a la salud pública a aplicar metodologías no sólo de tipo “naturalista”, sino que tienden a ignorar y/o a colocar dichos procesos sociales en un segundo plano.

Sin embargo, estos procesos “están ahí”, suelen ser parte constitutiva de los problemas y resulta difícil ignorarlos. Esta situación suele ser resuelta por una suerte de yuxtaposición entre un “discurso social” y una práctica naturalista, o reconociendo dichos condicionamientos pero contrastándolos con los logros obtenidos a través de la eficacia de las “metodologías médicas”<sup>9</sup> (Menéndez, 1983), o directamente ignorando dichos procesos por “realismo político”.

Pero más allá de cómo se resuelve esta situación, lo que nos interesa subrayar es que al constituirse la salud pública como parte del sector salud del Estado, lo hace unilateralmente a partir de las ciencias médicas y, en consecuencia, asumiendo las características dominantes en éstas, así como su institucionalización y sus transformaciones. Es esta doble relación la que a nuestro juicio explica parte de sus limitaciones prácticas y de sus orientaciones ideológico-técnicas.

---

9 En este trabajo no vamos a entrar a la discusión sobre si la mayoría de los logros en el abatimiento y/o control de los daños a la salud son producto de la salud pública, o del desarrollo de las condiciones de vida, o de ambos, aunque con incidencias diferenciales.

Considero que por lo menos uno de los ejes que permite explicar por qué la salud pública es “así” y no “de otra manera”, radica en comprender la doble relación señalada, y en particular en reconocer dónde se origina institucionalmente y dónde se reproduce científica, técnica y prácticamente. Dada la importancia que otorgamos a este último punto, vamos a tratar de exponerlo en mayor profundidad que los anteriores.

Para nosotros, la salud pública en cuanto saber y práctica profesionales constituye una variedad corporativa de lo que hemos denominado Modelo Médico Hegemónico (MMH). En nuestros análisis hemos caracterizado dicho modelo a través de toda una serie de rasgos que consideramos estructurales y que permiten entender por qué la salud pública se comporta reiteradamente de determinadas maneras, pese a sus invocaciones y/o a algunas acciones coyunturales. Los comportamientos de la salud pública no deben ser considerados como episódicos, coyunturales o producto de un “mal desarrollo”, sino como sus formas sobre-determinadas de actuar.

En consecuencia, a continuación trataremos de exponer en forma sintética la estructura y funciones del MMH, dado que a través de éstas adquieren coherencia los comportamientos básicos de la salud pública.

## **La estructura del MMH**

Por MMH entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado<sup>10</sup> (Menéndez, 1991).

---

10 La utilización del concepto de modelo nos permite colocar metodológicamente entre paréntesis los procesos históricos, no para ignorarlos sino para poder formalizar nuestro análisis. Por “modelo” vamos a entender un instrumento metodo-

Durante el desarrollo de las sociedades capitalistas conviven varias prácticas y saberes de atención a la enfermedad, y durante dicho proceso el MMH irá construyendo una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención. En la práctica social, esto se resolverá en procesos de transformación de las otras prácticas y saberes curativo/preventivos, que cada vez en mayor medida constituyen procesos derivados de las relaciones conflictivas y/o complementarias constituidas a partir de la hegemonía obtenida por el modelo médico.

Este proceso operará en los países capitalistas metropolitanos, en los países de capitalismo dependiente, así como en los denominados “socialistas de Estado”. Al reconocer los caracteres diferenciales e idiosincráticos que en los niveles económico, político e ideológico operan las situaciones particulares, proponemos que en todos los contextos la expansión del

---

lógico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos considerados estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos, incluido el hegemónico, entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no solo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas -incluidos los “curadores”- sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. Desde esta perspectiva, estos conceptos se manejan en un alto nivel de abstracción partiendo del supuesto de que al ser construcciones metodológicas, los mismos no pueden explicar cada una de las situaciones históricamente determinadas, sino que los modelos actúan como referencias teóricas de dichas situaciones. Los caracteres y funciones del modelo proponen un primer nivel explicativo, que para su entendimiento procesal debe ser necesariamente articulado con la descripción y análisis de situaciones específicas. El instrumento “modelo” incluye la complejidad de los procesos a estudiar y cuestiona desde el inicio la posibilidad de explicaciones “maquiavélicas”, remitiendo el análisis a las estructuras: Según algunos autores, esto puede ser riesgoso en términos metodológicos, porque puede conducir a forzar la construcción de modelos únicos y a no reconocer u a opacar metodológicamente las diferencias. Tanto estos como otros “peligros metodológicos”, no pueden ser desechados; pero frente a ello, además de proponer un continuo autocontrol epistemológico, debe asumirse, tal como lo indicamos, que solo la referencia a situaciones históricamente determinadas hace posible la explicación de los problemas específicos a partir de los modelos. Además, la formulación de modelos debe implicar la posibilidad de proponer submodelos; los modelos deben ser contrastados y la historicidad debe operar como continuo corrector.

MMH se genera conflictivamente y que dicho conflicto supone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no de emergencia de procesos contradictorios entre el MMH y las otras prácticas y saberes. Más aún, planteamos que en los niveles de decisión ya sean establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económico-política, reforzando así la hegemonía del sistema, e inclusive determinando y reorientando las actividades médicas particulares.

Estos procesos pueden generarse porque la organización social, ideológica y económico-política que opera tanto sobre las prácticas médicas como sobre el conjunto del sistema tiende a generar más que la exclusión de los otros saberes y prácticas “médicas”, la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica y técnica al MMH.

En consecuencia, el análisis global del MMH no debe reducirse a sí mismo, sino que debería ser realizado conjuntamente con los otros saberes y prácticas a los cuales subalterna; además tendría que ser ubicado dentro del proceso de construcción histórica de esas relaciones.

Pero para los efectos de este trabajo, nos reduciremos a presentar las características del MMH. El análisis de éste supone el reconocimiento de tres submodelos: el modelo individual privado, el modelo corporativo “público” y el modelo médico corporativo “privado”. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: biologismo; concepción teórica mecanicista/evolucionista/positivista; ahistoricidad; asocialidad; individualismo; eficacia pragmática; la salud/ enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); orientación básicamente curativa; concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; relación médico/paciente asimétrica; relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión; concepción del paciente como ignorante

(el paciente como responsable de su enfermedad); inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud; producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” del saber médico; prevención no estructural; no legitimación científica de otras prácticas; profesionalización formalizada; identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; tendencia a la medicalización de los problemas; tendencia inductora al consumismo médico; prevalencia de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica médica de la investigación médica.

Estos caracteres corresponden inicialmente a la práctica médica individual y privada dominante durante el siglo XIX y la mayor parte de la del siglo actual. El desarrollo económico-político conducirá a procesos de concentración y organización privada y estatal de las actividades médicas a partir de la década de 1930, y esto tanto a nivel de las instituciones de atención como de la denominada industria de la salud. Ello supone la emergencia de nuevas organizaciones que conservan la mayoría de los rasgos estructurales, pero también el surgimiento de otras como expresión de las nuevas formas organizativas.

En los dos submodelos corporativos podemos distinguir los siguientes rasgos estructurales: estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas; tendencia a la centralización y planificación; burocratización; disminución y evasión de la responsabilidad; dominio excluyente de los criterios de productividad; profundización de la división técnica del trabajo; creciente subordinación a los controles técnicos y mecánicos; y creciente amoralidad en todas las actividades desde la atención médica hasta la investigación. Debe señalarse que uno de los rasgos estructurales del MMH que se enfatiza en el modelo corporativo público es el preventivismo, así como el reconocimiento de la importancia del “medio ambiente”. Sin embargo, y esto debe ser subrayado, ese énfasis no implica que el pre-

ventivismo sea hegemónico, dado que en todos los contextos aparecerá subordinado a lo curativo.

Es durante su período constitutivo cuando el MMH formula y consigue imponer su concepción excluyente respecto de las prácticas operadas por el modelo alternativo. Pero esta exclusión se dará básicamente en términos ideológicos y funcionará secundariamente en términos técnicos y profesionales. El MMH necesita imponer su hegemonía, es decir, ser la referencia científica e ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad, aun cuando solo pueda ser consumido por un sector relativamente pequeño de la población. Será básicamente este submodelo el que se haga cargo inicialmente del proceso de hegemonización. Dada su identificación con los estratos dominantes y la apropiación de la enfermedad como mercancía y en función del proceso señalado, será este submodelo el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación alternativas. La legitimación para estigmatizar al modelo alternativo la obtiene parcialmente de las funciones de control social e ideológico que potencialmente puede cumplir respecto del conjunto de los estratos sociales. Estas funciones se manifiestan a través de la práctica profesional “privada” y luego de la pública, y justamente será esta acción profesional la que le oculte a los conjuntos sociales las funciones de control y legitimación que cumple el MMH.

No obstante las diferenciaciones señaladas, el desarrollo capitalista conducirá en todos los contextos al surgimiento del submodelo corporativo público. Este tenderá a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, a proponer criterios de organización social de la prevención, y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área salud. Será este desarrollo, junto con la emergencia del submodelo corporativo privado, lo que hará surgir nuevos rasgos estructurales e incrementar tendencias secundarias del submodelo individual privado. Así, la “sociabilidad” de la enfermedad y la cura serán opacadas por un desarrollo epidemiológico que

tiende a “naturalizar” dicha “sociabilidad”. Esta función tiene una racionalidad interna, fundamentada en el proceso económico-político en que opera, ya que la incorporación de lo social solo puede darse dentro de ciertos límites, más allá de los cuales se pone de manifiesto la concepción y producción sectorial y estratificada de la sociedad, así como la causalidad social tanto de los padecimientos, como de la atención médica.

La expansión de los submodelos corporativos público y privado se verificará en la emergencia y/o acentuación de tendencias ya enumeradas, así como en la extensión de sus prácticas a áreas y sectores subalternos. En el primer caso se hace evidente una tendencia a la concentración monopólica, un aumento de las pautas de burocratización, el surgimiento y agudización ulterior de la escisión entre investigación y práctica clínica, y la tendencia creciente a la medicalización. En el segundo caso, la expansión se expresará a través de formas directas e indirectas, de las cuales la más importante será el desarrollo de la medicina farmacológica, a la cual accederán los estratos subalternos, inclusive los más aislados, tanto en términos ecológicos como sociales.

La expansión del MMH sobre los otros modelos previos se realiza a partir de las funciones ya señaladas, y de una función que iniciada en la década de los treinta, cobra un acentuamiento espectacular en las décadas de los sesenta y setenta; nos referimos a la importancia económica que tiene la “industria de la salud” para el desarrollo y mantenimiento de las formaciones capitalistas. Pero junto con estas funciones, deben tomarse en cuenta las de eficacia real y simbólica que las prácticas de la medicina científica muestran también a partir de la década de los treinta. El descenso en las tasas de mortalidad en algunos países de capitalismo dependiente es correlativo a la expansión directa o indirecta del MMH, sobre todo en las primeras etapas del descenso. Además, más adelante cumplirán funciones de “mantenimiento”, al disminuir la letalidad de la morbilidad, por una parte, y la disminución y el control de

estados crónicos de “malestar” por otra. El autocontrol social y psicológico con Diazepan o Librium tiene tanta importancia como la contención oscilante del paludismo o el abatimiento de la letalidad de padecimientos respiratorios agudos con antibióticos. La hegemonía del modelo médico trata de mantenerse aun a través de la actual situación de crisis. Esto se manifiesta no solo en la apropiación de la quiropraxia, la acupuntura o la homeopatía sino en el intento de control y subordinación a través de los denominados “planes de extensión de cobertura”. Debe subrayarse que este proceso de hegemonización no se da en forma mecánica y unilateral, ya que supone conflictos y la eventualidad de un cuestionamiento radical al MMH. La expansión del MMH se caracteriza entonces por el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud y un papel cada vez más directo del Estado; el desarrollo de un proceso de profesionalización que puede ser diferenciado en dos etapas: una correspondiente al profesionalismo liberal -referida casi exclusivamente al médico- y una segunda que corresponde al desarrollo de los submodelos corporativos y que supone la emergencia de un tipo de profesional ligado directamente al control, la planificación y la administración; el desarrollo de prácticas curativas que van desde las actividades artesanales de bajo costo hasta una organización empresarial de la atención médica que supone un constante incremento de los costos en salud; el desarrollo de un proceso de eficacia centrado en los medicamentos respecto de la eficacia simbólica dominante en las primeras etapas; y la ampliación de la medicalización y la demanda de las prácticas de este modelo por cada vez mayores sectores de la población, incluido el conjunto de las clases subalternas.

### **Algunos caracteres estructurales**

El rasgo estructural dominante del MMH es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza no solo la cienti-

ficidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparecen pensadas las consecuencias que éste tiene para la orientación dominante la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho, el biologismo subordina en términos metodológicos e ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad.

Lo biológico no solo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación a nivel de grado y posgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos.

El biologismo del MMH se expresa no solo en la práctica clínica, sino -y esto es de notable relevancia- en la práctica epidemiológica. Considero que dado que esta práctica, así como el enfoque preventivista en general, debe tener como unidad de trabajo a los conjuntos sociales, es allí donde con mayor significación puede destacarse la predominancia de este rasgo. El biologismo puede ser encontrado en la globalidad del trabajo epidemiológico, pero se manifiesta a través de dos características que me interesa destacar.

La primera se expresa en que la investigación epidemiológica se maneja con series de corta duración histórica. La segunda característica se refiere a que la epidemiología utiliza como principales variables a aquéllas que más fácilmente pueden referirse a procesos biologizados: sexo y edad. Ello no quiere decir que no utilice variables como localización, ocupación, niveles de ingreso o estratificación. Lo que estoy concluyendo es, primero, que las variables biologizadas son las de mayor y más extenso uso; y segundo, que respecto a las otras existe

en la mayoría de los casos solo una propuesta descriptiva en la cual se pierde el contenido dinámico social de las mismas. Esto no solo pasa con la localización, sino que ha ocurrido de varias maneras con la “variable” estratificación social. Así, la epidemiología norteamericana usó con mayor frecuencia indicadores raciales que indicadores sociales para referirse a estratificación social. Pero además la estratificación social no solo ha sido la “variable” de menor uso comparativo, sino que cuando se usa se la reduce a mera posición social.

Al proponer esto no ignoro la urgencia epidemiológica de detectar grupos de riesgo para poder actuar eficazmente. Lo que quiero subrayar es que la naturalización de los procesos tiende a simplificarlos y a opacar parte de las determinaciones. Como un ejemplo reciente tenemos el caso del concepto “estilo de vida”, generado a partir de las ciencias sociales como un concepto intermedio entre el estrato social y el sujeto. Lo que inicialmente fue planteado como un concepto global, el trabajo epidemiológico lo fue reduciendo a simple indicador de grupo de riesgo, eliminando la capacidad explicativa del concepto (Coreil et al, 1990: 243).

No es casual que el modelo preventivista, que con algunas modificaciones domina tanto la práctica médica de países capitalistas, como la de los socialistas de Estado, sea el de Laevell y Clarke es decir, la propuesta de historia natural de la enfermedad. Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico, y no un hecho social, histórico. La enfermedad evoluciona y no tiene historia. Otro de los rasgos estructurales del MMH es justamente su ahistoricidad.

Ya señalé que la epidemiología trabaja con series históricas de corta duración. Se dice que esta modalidad es producto de la desconfianza en la veracidad de los datos y de la necesidad no solo de explicar los procesos actuales, sino sobre todo de solucionarlos. Sin negar la validez parcial de estas afirmaciones, creo que el trabajo con series históricas cortas hace evidente el dominio de una concepción según la cual lo biológico

no tiene historia: es considerado una constante con una alta autonomía respecto de las posibles determinaciones sociales.

Este enfoque ahistórico evita o limita observar la importancia de los procesos no biológicos. Lo ahistórico y lo biológico suponen la persistencia de una epidemiología recurrentemente coyuntural. La ignorancia de las series históricas largas impide incluir los procesos históricos sociales que operan sobre el proceso salud/enfermedad, el cual no puede ser reducido a un análisis coyuntural por más importante que sea la necesidad de encontrar soluciones.

El biologismo y la ahistoricidad hallan su confirmación a través de otro rasgo: la asociabilidad. Debo recordar que al manejarlo con el instrumento modelo, el comentario de cada uno de sus rasgos debe ser aceptado en términos pedagógicos, en la medida que es el efecto de la estructura el que le da su capacidad explicativa al modelo, y no el análisis particular de cada rasgo.

Proponer que uno de los rasgos estructurales del MMH es la asociabilidad puede aparecer como paradójico, en la medida que durante los sesenta y los setenta ha habido un fuerte énfasis en lo social en las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica médica. Pero no debe confundirse la discusión sobre lo “social” con su incorporación real al aprendizaje y a la práctica médica. Si bien han existido en escuelas de medicina de América Latina experiencias de incorporación de esta dimensión a los programas de estudio, dicha incorporación ha sido casi siempre marginal, yuxtapuesta y/o episódica. Inclusive experiencias que asumieron la incorporación de lo social desde los primeros años de aprendizaje médico se descontinuaron o les redujeron el tiempo de dedicación<sup>11</sup> (Illsley y Svenson, 1990: 223).

11 Toda una serie de conceptos básicos que utiliza la salud pública han sido acuñados, usados, probados, criticados, reformulados y/o desechados por las ciencias sociales sin que la salud pública -por lo menos la que opera en América Latina- asuma los resultados de este proceso teórico metodológico. Necesidad, participación social, comunidad, estilo de vida, estrato o nivel socioeconómico, son solo algunos de dichos conceptos. Es interesante leer actualmente la producción en salud pública en Latinoamérica que utiliza estos u otros conceptos sociológicos y

El conjunto de la práctica médica puede tal vez asumir que el acto médico constituye no sólo un acto técnico sino también un acto social e ideológico; pero no lo reconoce en su propia práctica. Hechos tan evidentes como gran parte de la automedicación con fármacos, que la ha aprendido la población del propio equipo de salud y en particular del médico, tienden a ser ignorados o negados. Luego, cuando se generaron modificaciones en la práctica médica, tanto en función de nuevas investigaciones como de observar la resistencia del agente o del huésped, dichas modificaciones no fueron comunicadas como equivocación o cambio técnico por parte del médico, sino que fueron transmitidas como error popular. Este es un proceso que considero interminable.

Lo social, reitero, constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en un nivel manifiesto, pero que no aplica a sí misma. La propia formación médica, así como la investigación médica, aparecen saturadas de procesos sociales que no asumen en cuanto a sus implicaciones ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realizan sin consciencia del sistema local en el que operan. La falta de inclusión de lo social y cultural referidos a la salud pública en cuanto institución, saber y práctica es casi una contradicción en sus términos.

El análisis de los otros rasgos daría resultados similares y el análisis conjunto daría un efecto de estructura según el cual, tanto la práctica clínica como la epidemiológica aparecen limitadas estructuralmente para poder pensar y actuar sobre determinados problemas de salud/ enfermedad.

Los caracteres enumerados no son fijos, sino que son dinámicos; dicha dinámica responde a los cambios generados tanto en los niveles de la sociedad global como en las condiciones autónomas de la propia teoría y práctica en salud pública. Además, como ya se señaló, la presencia de determinados caracteres no supone desconocer que estos pueden ser manejados en

---

observar la ausencia casi total de referencias a las corrientes y autores procedentes de las ciencias sociales que los formularon y usaron previa y/o coetáneamente.

forma diferencial en el nivel manifiesto y en un nivel profundo; o si se prefiere, que el discurso médico puede apropiarse de un carácter mientras que su práctica lo orienta en forma notoriamente distinta. La institucionalización y reproducción del MMH requiere de un continuo proceso de reconocimiento/desconocimiento de determinados rasgos, como por ejemplo el de la sociabilidad. Determinadas orientaciones médicas -en particular las corrientes de medicina social- invocan esta dimensión, que el MMH niega continuamente en su práctica.

Al respecto debe subrayarse que todas las tendencias médicas, incluida la medicina social, no han tomado en cuenta un proceso social que se expresa a través de cualquier padecimiento, aun los de causalidad exclusivamente biológica. Me refiero al hecho de que las enfermedades producen sentidos y significaciones subjetivas y colectivas que operan de diversa manera sobre el proceso salud/enfermedad (Eisenberg, 1977: 9; Good y Delvecchio, 1985: s/d).

Las enfermedades -los padecimientos- tienen sentidos y significados. Cómo surgen, qué los mantiene y/o cuestiona, cómo se modifican y cómo intervienen en las estrategias de solución no son preguntas externas al sector salud. Tanto las enfermedades “científicas” como los síndromes delimitados culturalmente (the culturebound syndromes) son sociales en la medida en que operan en conjuntos sociales que no solo construyen significados, sino que operan dentro de relaciones de “contagio social”; de incidencia desigual según la pertenencia social o cultural; de acceso diferencial a los servicios. Que el origen inmediato sea biológico; que las consecuencias sean físicas, no invalida este obvio punto de partida no incluido por la salud pública en sus estrategias de acción e investigación<sup>12</sup> (Simons, 1985).

---

12 El énfasis colocado en la importancia de lo biológico para el MMH no pretende excluir ni restar importancia a la dimensión biológica. Ello sería irracional además de poco útil. Lo que proponemos es la necesidad de encontrar una explicación coherente de las formas de actuar de la salud pública.

## Las funciones del MMH

La estructura del MMH se ejerce a través de toda una serie de funciones, una parte de las cuales no suele ser reconocida por la propia práctica médica, incluida la salud pública. La descripción y análisis de estas funciones posibilita explicar no sólo la sobre determinación de la salud pública por el sistema social en el cual está incluida, sino la racionalidad social, ideológica y técnica que ella estructura para intervenir en el proceso s/ e/ a.

Las funciones que cumple el MMH pueden ser organizadas en tres grupos: uno que incluye las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; un segundo grupo que se integra con las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación; y un tercero en el cual incluimos las funciones económico-ocupacionales.

En un nivel manifiesto, las funciones no solo dominantes, sino aquellas con las cuales casi exclusivamente se auto-identifica la salud pública, son las de curación<sup>13</sup> y prevención. Pero también los conjuntos sociales identifican la práctica médica casi exclusivamente con estas funciones, y sobre todo con la de curar. La función de mantenimiento sólo ha sido reconocida en los últimos años. Considero que no hace falta desarrollar el significado de las dos primeras funciones, pero sí aclarar lo que denominó función de mantenimiento.

Durante las décadas de los setenta y los ochenta se desarrollaron en América Latina procesos económico-políticos que permiten observar diferentes variedades de la función de

---

13 Nuestra discusión no pasa por la exclusión o negación de lo curativo, sino por establecer cuáles son las estrategias prioritarias que posibilitan una mayor equidad y eficacia en el abatimiento de los daños. Y todo indica que esa estrategia es la preventiva. Los que asumen esta constatación como una negación de lo curativo, generalmente están expresando uno de los caracteres ideológicos más relevantes del MMH. A su vez, los que además señalan que la curación implica en sí actividades preventivas están en lo cierto, pero ello no es razón para que en la mayoría de los países centrales el presupuesto para actividades preventivas oscile alrededor del 3% del total invertido.

mantenimiento. Así, las consecuencias en la salud generadas por la crisis socioeconómica y por las políticas de “ajuste” fueron enfrentadas en términos de control y abatimiento a través de medidas eficaces en algunos países de la Región, y en particular en Chile bajo la dictadura de Pinochet. Las estrategias y actividades aplicadas sobre todo en madres y niños menores de ocho años posibilitaron no solo mantener la “desnutrición” dentro de ciertos límites, sino abatir sensiblemente la mortalidad infantil y preescolar. Varios de los programas de atención primaria están cumpliendo esta función de “mantenimiento” a nivel internacional.

Debe subrayarse que el “mantenimiento” no supone necesariamente una mejora en las condiciones generales de vida, ni menos aún una mayor participación democrática. Pero debe indicarse que el “mantenimiento” requiere de la continuidad en la aplicación de estrategias, ya que si se reducen los recursos o las medidas de supervisión, es posible que la tendencia retorne las características antes dominantes. Esto implica en consecuencia una determinación política por parte del sector salud (salud pública). La práctica médica puede ser usada en forma aparentemente incongruente con las líneas políticas dominantes en un país. Pero si dicha práctica puede ser eficaz y sobre todo barata, como ocurre por ejemplo con las actividades de atención primaria, la “incongruencia” es resuelta a través de su apropiación política.

La medicalización de las tensiones psicosociales y de los desórdenes mentales a través del uso de fármacos ha cumplido una notoria función de mantenimiento, que debe ser directamente relacionada con la creciente farmacodependencia de los conjuntos sociales; proceso que no podemos olvidar se inicia desde la infancia y no solo con “pegamentos”, sino con tónicos antitusígenos y drogas para niños “hiperkinéticos”.

El sector salud puede contribuir a mantener situaciones de vida con una baja inversión, lo cual es compatible con el proceso de explotación vigente. Pero la práctica médica puede

tener otra modalidad de mantenimiento, la cual ha operado en casi todos los países de América Latina. Me estoy refiriendo al mantenimiento del torturado para que siga hablando, o para que pueda hablar, o para que lo que dice pueda ser usado con otras significaciones. En función de este análisis, es secundario que en los dos primeros ejemplos opere gran parte del sector salud y en el segundo solo unos pocos médicos. Lo determinante es el cumplimiento institucionalizado de estas funciones.

Las funciones enumeradas en los tipos segundo y tercero se desarrollan necesariamente a través de las actividades curativas y preventivas. Más aún, es este proceso el que permite que la práctica médica las lleve a cabo, dado que no aparecen manifiestamente como funciones de control o de normalización, sino como actos técnicos curativos. Es esta opacidad y falta de conciencia la que facilita su reproducción ideológica a través de la práctica y el saber médico.

Las funciones del segundo tipo son las que más han sido descritas por los científicos sociales, y es dicha demografía de la práctica médica la que ha dado lugar a las críticas más sagaces y pertinentes. Es el análisis de estas funciones el que ha conducido a proponer a la medicina como un aparato no sólo ideológico sino político del Estado, como una compleja institución donde el control se integra a la legitimación, y donde la normalización de conductas exige inclusive el “invento” de nuevas categorías nosológicas. Por otra parte, estas funciones, tienden a radicar en la subjetividad procesos y consecuencias que deben ser buscados en la estructura, o por lo menos en la relación estructura/sujeto. Dice McKinlay:

Los puntos planteados contienen ciertas implicaciones de tipo moral y práctico para quienes participan en actividades relacionadas con la salud. Primero he afirmado que la ideología predominante incluye la imputación de la culpabilidad a individuos y grupos específicos en la manifestación de la enfermedad y la conducta arriesgada. En segundo lugar se puede argüir que los llamados “profesionales

de la salud” se han arrogado la facultad de determinar la moralidad de diferentes tipos de conducta y que también tienen acceso a un conjunto de conocimientos y recursos que pueden aplicar “legítimamente” a la eliminación o a la modificación de esas conductas. [En tercer lugar] es posible sostener que gran parte de la intervención en la esfera de la salud constituye una fracción del patrón general de ordenación social. (McKinlay, 1982: s/d)

Este proceso de medicalización se ha expresado a través de la expansión de la cobertura médica a un número cada vez mayor de áreas del comportamiento, convirtiendo determinados problemas (alcoholismo) en enfermedad u opacando la determinación económico-política de determinadas causales de enfermedad (contaminación). Este proceso, denunciado persistentemente en la década de los setenta y desde la propia práctica médica institucionalizada, sigue incrementándose.

El proceso de medicalización tiene que ver con una doble tendencia convergente: por una parte la propia complejización de la vida cotidiana y la ampliación del campo de las “desviaciones”, y por otra, el desarrollo de la propia profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional legitimando y normalizando las “desviaciones”. Freidson (1978) ha descrito en forma notable ambos procesos convergentes que conducen a legitimar desde el Estado a la práctica médica como la única habilitada para operar sobre el proceso salud/ enfermedad. “La característica más estratégica y apreciada de la profesión médica, su autonomía, se debe por ende a la relación con el Estado soberano con respecto al cual no es realmente autónoma”. Freidson (1978) analiza la relación profesión médica/Estado en varios contextos nacionales para concluir que en Inglaterra, EUA o la antigua URSS el Estado ejerce control sobre la profesión médica no en el nivel técnico, sino en el de la organización social y económica del trabajo médico.

Debe enfatizarse que estas funciones no deben ser pensadas exclusivamente en referencia al “Estado”, y como parte

del proceso de concentración socioeconómica y política, sino que deben ser pensadas para las relaciones Estado/ conjuntos sociales adquiriendo las mismas formas particulares según sean dichas relaciones.

El actual énfasis crítico en la hipertrofia del Estado y la necesidad del desarrollo de sectores, grupos e instituciones “intermedias” constituye una de las líneas dominantes del pensamiento sociológico desde Durkheim hasta nuestros días. Pero esta tendencia, como queda claramente establecida en la línea Durkheim-Merton, no supone concluir que la “descentralización” no sigue reproduciendo al sistema a través del cumplimiento de las funciones enumeradas; lo que indica es que lo reproduce a través de sectores intermedios. Esto es casi una perogrullada, pero hay que recordarlo porque a veces la trivialización de las discusiones actuales pareciera radicar una suerte de garantía en la pulverización de las estructuras en beneficio de los sujetos y/o de los “grupos intermedios”.

El tercer tipo de funciones (el económico ocupacional) refiere a uno de los campos más investigados: el de la industria de la salud y de la enfermedad. Estas son “industrias” de notable dinámica económica que además han generado una demanda de mano de obra comparativamente alta. Si en los países capitalistas centrales es el sector servicios el que crea más puestos de trabajo, dentro de este sector en un país como los EUA, el sector salud constituye la segunda área de mayor generación de empleo.

Estas aseveraciones pueden aparecer conflictivas para varios países de América Latina, donde existe una creciente desocupación médica. Pero la desocupación y subocupación médica no niegan lo anterior-por lo menos en términos generales y comparados-sino que exigen una discusión teórica sobre las condiciones e implicaciones del crecimiento desocupacional, pese a la dinámica del crecimiento comparativo de puestos de trabajo.

Este es un punto particularmente importante para el análisis de las estrategias de tipo preventivo, en la medida

que, como sabemos, la mayoría de éstas pueden ser llevadas a cabo eficientemente con un mínimo de intervención médica. El preventivismo, sobre todo cuando el perfil epidemiológico está dominado por padecimientos infecciosos y parasitarios, requiere de una cuota de personal relativamente reducida en cuanto a su complejidad técnica y profesional.

Como de inmediato señalaremos, los costos de la atención médica, los equipos y fármacos, el mantenimiento, entre otras cosas, constituyen una parte creciente del costo de la atención a la salud, lo cual se traduce en su incidencia creciente para el PIB. Ya en 1972 Cochrane concluía en su análisis sobre la eficiencia médica, que la mayor parte de la inversión médica se destinaba a diagnósticos y tratamientos cuya eficacia era dudosa por decir lo menos.

Posiblemente haya sido el desarrollo de la industria químico-farmacéutica y la extraordinaria expansión de la medicina farmacológica el caso más analizado desde esta perspectiva, incluso para América Latina. Pero los factores económico-ocupacionales no sólo debieran considerar la producción directa de medicamentos, de servicios o la generación de empleo, sino incluir a los productores de enfermedad. También deberían incluir las consecuencias negativas generadas para la salud colectiva por un desarrollo económico que no incluye dichos costos en su propio proceso productivo. Y al señalar esto no me estoy refiriendo solo a los alimentos, o al tabaco y al alcohol, sino al complejo productivo global. Como lo señala Mishan, en el costo de un producto no se incorpora el costo social que éste genera. Así, en el costo de un automóvil no están incorporados los costos de construcción y mantenimiento de carreteras; de utilización de hospitales; de utilización de servicios policiales y jurídicos; de polución ambiental y problemas de tráfico; de muertes por accidentes, etc. “Una legislación que penalizara muchos efectos nocivos ... haría que se revisaran los precios de muchos bienes y servicios hasta que se cubrieran los costos sociales” (Mishan, 1969: s/d).

La relevancia de estos tres tipos de funciones no debe conducir a reducir la salud pública a un aparato ideológico de Estado, o a proponer que su actual rol básico es el de contribuir a la reproducción económica a través del proceso salud/enfermedad. Las actividades médicas a través del conjunto de sus funciones contribuyen en forma significativa a la reproducción socio-ideológica y económica, pero a partir de la identificación y utilización de las prácticas curativas, y en menor medida de las preventivas.

Las actividades curativas que dominan la teoría y práctica en salud pública, y que se expresan en la estructura y funciones analizadas, constituyen el núcleo transaccional de las instituciones médicas. Dichas actividades establecen la posibilidad de identificación y pertenencia, aun sabiendo que la misma no dará solución estructural al problema tratado. La teoría y la práctica médica saben que existen causales estructurales, no biológicas, respecto de algunas de las principales causas de mortalidad; pero también saben que sus posibilidades profesionales de intervenir sobre lo estructural son limitadas. La cuestión no radica en asumir estas limitaciones a través de identificarse exclusivamente con las funciones curativas, sino en que la salud pública en América Latina acepte en la práctica reducir la mayoría de sus actividades a dicha función. La curación y la prevención de base biológica excluyen en la práctica la posibilidad de otras alternativas preventivistas.

Para algunos autores como McKinlay, la salud pública aparece estructuralmente subordinada a los intereses dominantes, ya que la determinación productiva no solo genera enfermedad, sino que imposibilita determinadas estrategias preventivas. Desde esta perspectiva, las funciones económico-ocupacionales deben ser relacionadas con uno de los rasgos básicos del modelo: la mercantilización. Esta categoría supone que tanto en términos directos como indirectos las instituciones médicas están determinadas por el mercado. Esta mercantilización alcanza formas diferenciales según sea directa

o indirecta, pero en todos los casos tiende a convertir los resultados de una relación técnica en un producto dominado por lo reparativo. Mientras que la intervención preventivista puede oponerse a la producción económica a partir del proceso salud/ enfermedad, las actividades curativo-reparativas reproducen al capital sin demasiadas modificaciones. La desregulación económica impulsada por un proceso donde el mercado pretende ser el único determinante tiende a fortalecer aún más el dominio de relaciones mercantiles dentro del sector salud.

Los términos “deshumanización” o “despersonalización” que suelen utilizarse para describir la relación institución médica/paciente se refieren en gran medida a este proceso de mercantilización, que es vivido por la población de diferente manera según sean las condiciones de su relación con los servicios de salud. No son sólo los sistemas de prepago, los seguros médicos, o la publicidad para auto venderse como profesional lo que opera en los conjuntos sociales para ver mediadas por el dinero sus relaciones con la práctica médica. Las huelgas médicas, los conflictos donde el eje lo constituyen los bajos salarios del equipo de salud, la carencia de recursos materiales básicos para atender los padecimientos dado el desfinanciamiento del seguro social, también tienden a establecer un marco de relaciones mercantiles respecto del proceso salud/enfermedad. El precio de un accidente laboral o el de un accidente de transporte; el costo de un órgano para trasplante; el comercio de los mismos; la compra de sangre, entre otras cosas, deben ser incluidos en este con texto mercantilizado.

Las tendencias hegemónicas político económicas actuales posiblemente hallan en el proceso salud/ enfermedad la expresión más negativa de las consecuencias de este tipo de concepciones ideológicas:

Un sistema que no conoce otra ley más que la del mercado que por sí mismo es completamente amoral, basado en la ley de la oferta y la demanda, y en la consecuente reducción de cualquier cosa a mercancía, con tal que esta cosa, llámese

dignidad, conciencia, el propio cuerpo, un órgano del propio cuerpo, el voto ... encuentre quién esté dispuesto a comprarlo. Un sistema en el que no se puede distinguir entre lo que es indispensable y lo que no es. Partiendo de la soberanía del mercado ¿cómo se puede impedir la prostitución y el tráfico de drogas? ¿Con qué argumento se puede impedir la venta de los propios órganos? Y por lo demás ¿los partidarios del mercado no sostienen que la única manera de resolver el problema de la penuria de los riñones para trasplantar es la de ponerlos en venta? ... En una entrevista H. Boll dijo “Si no existe una fuerza capaz de oponerse al materialismo del mercado, no importa de qué tipo sea la fuerza, religiosa, política, ideológica entonces nos venderemos a nosotros mismos e incluso a nuestros nietos. (Bobbio, 1990: 146)

## **El retorno permanente de lo institucionalizado**

La salud pública como sector que utiliza el saber y las técnicas médicas desarrolla sus actividades a partir de la doble relación enumerada, y es en función de ella que deben ser analizadas: sus orientaciones prácticas, sobre todo en relación con sus discursos; sus limitaciones, sus logros y sus “vaivenes”. Desde esta perspectiva analítica la crisis iniciada a mediados de los sesenta cobra en la actualidad otras características debido a los procesos ya señalados, que han agudizado negativamente las condiciones de vida de la mayor parte de la población de América Latina.

Frente a la crisis ideológico-técnica (y por supuesto en función de otros condicionamientos), la salud pública respondió con la búsqueda de una mayor eficacia (a veces pareciera que es sólo mayor cobertura) referida a problemas considerados prioritarios, y que implicaban la aplicación de tecnologías sencillas y a veces baratas. Esta respuesta puede ser englobada en la denominada atención primaria.

Pero la continuidad de la crisis, ya no sólo técnica, política y de pauperización de la población, sino del Estado condujo durante los ochenta a proponer una nueva vuelta de tuerca a través de los denominados Sistemas Locales de Salud (SILOS). Ambas propuestas supusieron para algunas tendencias algo así como la posibilidad de un cambio radical o por lo menos sustantivo en la salud pública, en la medida en que ambos “instrumentos” proponían la incorporación de la sociedad civil con un papel activo, no solo referido a la enfermedad y a la demanda de atención sino también a la gestión. Apresurémonos a recordar que éstos no eran los objetivos para otras tendencias.

El análisis sobre las posibilidades de que este cambio se genere debe ser remitido por lo menos en parte a las sobredeterminaciones analizadas, y a partir de éstas se pueden desarrollar dos tipos de indagaciones. Una debe consistir en el análisis histórico-social de la trayectoria de la práctica de la salud pública en la Región, y la otra debe analizar cuáles son las condiciones estructurales (incluida la dimensión técnica) que operan en el sector salud (salud pública) y en la sociedad para posibilitar dicho cambio.

Esta es una propuesta, y por supuesto este no es el espacio ni yo tengo los elementos suficientes’ como para poder desarrollarla sintéticamente. No obstante, a modo de ejercicio podemos observar lo que estamos proponiendo a través de dos ejemplos, que no pretenden ser más que eso.

En el primer ejemplo -la revisión de la trayectoria de la práctica médica, incluida la salud pública- nos permite concluir provisoriamente que a partir de la institucionalización del MMH a fines del siglo XIX recurrentemente emergen tendencias científicas que lo cuestionan y proponen alternativas, para luego desaparecer como tales y ser reabsorbidas por la corriente institucionalizada. Entre 1880 y 1990 podemos distinguir varias propuestas de mayor o menor significación, pero considero particularmente importante una tendencia que se

desarrolló básicamente entre 1930 y fines de los cincuenta<sup>14</sup>, y que siendo además de importancia potencial para la salud pública no tuvo demasiada incidencia en su desarrollo. Me estoy refiriendo a la interesante convergencia entre investigación biológica (H. Wolf, Selye), clínica (Weider, Cobb), psicoanalítica (Alexander, Deutsh) y científico-social (Mead, Ruesh) que, teniendo en la investigación biológica su eje disparador, dio lugar a lo que se denominó medicina psicosomática.

Para esta tendencia el proceso salud/ enfermedad/atención fue considerado como una posible síntesis entre los niveles biológico, psicológico y sociocultural, donde lo biológico patologizado constituía la expresión del padecimiento a partir de procesos causales que debían ser encontrados en lo social y/o psicológico. Esta alternativa, que refiere necesariamente a los modos de vida<sup>15</sup>, que inclusive produce algunos “clásicos” como el texto de Halliday sobre la salud colectiva en mineros británicos (Halliday, 1948), y que presenta variantes como las de la antropología médica alemana, fue silenciando su enfoque para quedar reducida a una variante más del MMH. La posibilidad preventivista de este enfoque fue desgastada en beneficio exclusivo de la práctica clínica.

El enfoque psicosomático, más allá de críticas de orden técnico que no importan en nuestro nivel de análisis, se disolvió en operaciones clínicas. Los conceptos modo de vida, modo de enfermar y estilo de vida inherentes a este enfoque iban a ser retomados ulteriormente, sobre todo en relación a problemas como las “violencias”, el SIDA o el alcoholismo. Pero, como concluyen Coreil y sus colegas, la salud pública nuevamente eliminó lo estructural de su marco de referencia para convertir al “estilo de vida” en un instrumento epidemiológico preocupado exclusivamente por la “conducta de riesgo” (Coreil, 1990).

---

14 Por supuesto que en la década anterior había producción científica en esta dirección y ulteriormente también.

15 Ruesch los plantea inclusive en términos de clase social en sus investigaciones desarrolladas en las décadas de los cuarenta y de los cincuenta.

Si bien el ejemplo anterior no refiere a América Latina<sup>16</sup>, el segundo alude a una estrategia que sí fue y es utilizada en nuestra Región: me refiero a la atención primaria. Dada la masa de opiniones escritas que existe sobre este “instrumento”, quiero subrayar que a los efectos de este trabajo solo me detendré en aquellos puntos que considero de interés para los objetivos de esta reunión.

En los países centrales no cabe duda que la atención primaria es un equivalente de medicina curativa, y que la salud pública orienta sus acciones básicamente hacia esa función. Pero ¿en qué consiste la atención primaria en los países para los cuales realmente se pensó? Si bien hay toda una gama de variaciones en las propuestas; lo que sí podemos afirmar es que en la mayoría de los países de la Región una cosa es lo que hace la salud pública con la atención primaria y otra lo que pretenden hacer algunas organizaciones no gubernamentales (ONG).

Desde dentro del sector salud la atención primaria en sus mejores expresiones (mayor eficacia) opera básicamente a partir de lo que se denomina Atención Primaria Selectiva (APS), la cual implica no solamente el uso de criterios verticales y sectoriales en la prevención, sino que en la práctica dicho tipo de uso reduciría sustancialmente la posibilidad de un avance general en el mejoramiento de las condiciones de vida. Las razones de urgencia, ataque puntual, necesidad de sobrevida, etc., propuestas por los que utilizan la atención primaria selectiva son atendibles, pero aquí no estamos discutiendo esto, sino señalando que este tipo de atención primaria constituye nuevamente un paso hacia el retomo de lo institucionalizado (MMH), pese al cambio en algunas modalidades (uso de técnicas simples, trabajo con promotores, etc.). Según algunos críticos, este proceso se da porque la atención primaria sigue estando “medicalizada”.

Más allá de aceptar o no estas conclusiones (Grodos D

---

16 “No refiere”, porque este enfoque fue muy escasamente utilizado a nivel de salud colectiva en América Latina.

and de Bethume X, 1988; The Antwerp Manifiesto for Primary Health Care, 1987) lo que para nosotros hace evidente cuál es el uso real de la atención primaria en América Latina es la persistencia en la orientación de los recursos que maneja el sector salud (salud pública). Estos siguen siendo masivamente orientados hacia las actividades de tipo curativo, no habiéndose generado en la mayoría de los países de la Región modificaciones significativas luego de más de una década de atención primaria<sup>17</sup>.

## Los “tipos” de salud pública

Las reflexiones presentadas están formuladas obviamente desde una manera de pensar la salud pública que si bien pretende ser técnica, no pretende ser neutral en términos valorativos. No obstante nuestra reflexión no intenta proponer una salud pública, ni negar la legitimidad de otras propuestas. Por otra parte, mis reflexiones se hacen desde afuera de la salud pública, lo cual tiene sus implicaciones negativas, pero también determinadas ventajas. Lo más negativo -como lo han planteado a nivel ideológico/metodológico una parte de los antropólogos, algunos críticos de filiación leninista y varios salubristas- es que el “afuera” impide considerar realmente cuáles son las determinantes y cuáles las posibles estrategias (prácticas) a utilizar. Este “realismo político” y metodológico tiene una parte de verdad, sobre todo para las sociedades latinoamericanas. Pero desde “afuera” no solo también se pueden analizar los determinantes aunque de otra

---

17 Quiero subrayar que esta afirmación es válida no sólo para las actividades aplicativas, sino que en el campo de la investigación la distribución de recursos de todo tipo es aún más diferencial en favor de lo curativo respecto de lo preventivo. Si lo pensamos en términos de calidad, la diferenciación es todavía mayor. Uno de los puntos a enfatizar es que el concepto de calidad debe ser aplicado tanto a la dimensión curativa, como a la preventiva, pero la salud pública ha pensado y aplicado este concepto básicamente a través de la curación. Desde el MMH está “decisión” es coherente, ya que la aplicación técnico-científica de calidad en la dimensión preventiva conduce a intervenir sobre las estructuras que generan enfermedad y padecimientos colectivos

manera, sino que además se pueden incluir aquéllos que lo institucional (comprendidas las relaciones de poder) niega en función de estar sobredeterminados por factores económico políticos y técnico-ideológicos<sup>18</sup>.

A partir de lo señalado y dentro de un juego constituido entre Estado/sector salud (salud pública) /ONG/sociedad civil, haremos un último ejercicio y es el de tratar de enumerar los “tipos” de salud pública que suelen ser pensados y/o actuados en la Región, incluyendo los tipos de acción colectiva en salud que no consideramos salud pública en términos de seguro social. Debe recordarse que esta enumeración es formulada en términos esquemáticos.

Los “tipos” que distinguimos se formulan básicamente a partir de las dos “relaciones” analizadas. Esto no quiere decir que no se usen otros criterios, pero son menos constantes y congruentes. Una parte de los “tipos” enumerados realmente son subtipo o variantes, y todos ellos remiten a un doble juego: por un lado a la mayor o menor democratización de la sociedad así como a las características de las condiciones de vida dominante, las cuales posibilitan asumir con mayor o menor congruencia algunas de las posibilidades a señalar, y por el otro a la autoubicación (y la ubicación objetiva) de los equipos técnicos dirigentes, ya sea como técnicos de un saber, técnicos de un partido, técnicos de un Estado u otras posibilidades.

Los tipos propuestos provisionalmente son los siguientes<sup>19</sup>:

La salud pública es sector salud y en cuanto tal debe asumir un rol técnico y no un rol científico, dado que no se puede

---

18 Diferentes corrientes metodológicas en las ciencias sociales y antropológicas vienen planteando desde la década de los treinta, y sobre todo desde fines de los cincuenta, que las propias instituciones-máxime cuando pertenecen al ámbito político-no deben estudiarse a sí mismas, dado que excluirán, concientemente o no, determinados factores y procesos que son los estructurantes de su acción, y a los cuales necesitan negar.

19 Lo que sigue es un ejemplo y el mismo es solo indicativo y para nada conclusivo, por lo cual se asumen las diferentes críticas. El espacio con que contamos solo ha permitido esta · primera aproximación.

intervenir sobre las estructuras que afectan la producción y mantenimiento de determinados problemas. Es en función de ello que dominan las acciones curativas respecto de las preventivas, dados los intereses económico-políticos y las condiciones de la profesión médica. El objetivo “realista” de la salud pública sería lograr el mejor funcionamiento, la mayor calidad posible, dentro de las reglas establecidas. La salud pública puede contribuir a mejorar la calidad de vida, pero no es su objetivo más importante, ni el más decisivo. Además, se asume que se hace lo que se puede a partir de las determinaciones existentes. El sector salud debe asumir excluyentemente el manejo de la salud pública.

Una variante del anterior es la que enfatiza y fundamenta la hegemonía de lo curativo no solo por “realismo político-técnico”, sino porque lo curativo sería parte de un proceso de salud pública en el cual se dificulta establecer cuál es el efecto particular de lo curativo y de lo preventivo y de las condiciones de vida. Para este enfoque lo curativo también comprende actividades preventivas (todo el resto del primer tipo se incluye en éste). La salud pública es sector salud y en cuanto tal debe tratar de jugar, dentro de las condiciones dominantes, una función de limitación a los factores que incrementan los daños colectivos, intentando a la vez forzar las condiciones hasta donde el juego de fuerzas lo permita (todo el resto del primer tipo se incluye en éste). La salud pública es sector salud si se asume que constituye un factor decisivo en el incremento de la calidad de vida, de la democratización de la sociedad, y para ello el eje debe ser colocado en la descentralización. Esta es la que haría posible dar mayor peso a la sociedad civil. El sector salud debe, sin embargo, seguir asumiendo la dirección de la salud pública pese a la inclusión de la sociedad civil. La sociedad civil es propuesta como fundamental para el logro de la descentralización, y también la prevención aparece como objetivo prioritario. La descentralización aparece referida

a la responsabilidad de la población en el control de los riesgos; la prevención también es referida al control de los riesgos, pero no al control de las causas. La salud pública es parte intrínseca del Estado, donde éste aparece como la única garantía para poder superar los intereses sectoriales y/o individuales y favorecer la posibilidad de acciones respecto de los conjuntos sociales tanto en términos de curación como de prevención. Esta debe ser una constante que puede visualizarse sobre todo en situaciones de urgencia, cuando se necesita intervenir eficazmente más allá de los intereses encontrados o diferenciales de grupos y sujetos. La “debilidad social” de algunos sectores respecto de otros hacen necesaria esta intervención del Estado. La posibilidad de delegarle esto a la sociedad civil es una “fantasía” tanto en términos de estructura social, como de eficacia técnica.

La salud pública es un instrumento del sector salud y/o de la sociedad civil que tiene serias limitaciones, dado que todavía no se han creado las técnicas idóneas para dar solución a los problemas de enfermedad. “Cuando tengamos el código genético completo”, así como las técnicas derivadas a partir de ese conocimiento, podremos hacer una prevención integral a partir de lo biológico y sea cual sea el sistema social y político dominante (en lo restante, se incluye lo dicho sobre el primer tipo).

La salud pública es un saber que solo investiga y da recomendaciones científico-técnicas que el sector salud utiliza según sus propias determinaciones. La salud pública puede cuestionar el tipo de realizaciones, pero se abstiene de intervenir dada la neutralidad valorativa de tipo técnico-científico en la cual se incluye. Da recomendaciones preventivas, dentro de una aceptación de hegemonía de lo curativo. La salud pública es un saber crítico que asume la necesidad de la transformación estructural para referir a las condiciones sociales el mejoramiento de la salud colectiva. Esto puede

ser identificado con lo que se llama “medicina social”. Este discurso se centró en la prevención, pero cuando está en el poder o en el micropoder las prácticas dominantes son las curativas. No obstante se enfatiza que la salud pública debe operar conjuntamente con otros sectores en mejorar las condiciones económico-sociales, de las cuales depende el control de la enfermedad. La salud pública como actividad debe ser sacada parcial o totalmente de la esfera del Estado (sector salud) y ser derivada parcial y/o totalmente a la sociedad civil. Esto puede favorecer no solo la desmedicalización, la reducción de la industria de la salud, sino la democratización social. La sociedad civil debe estar a cargo de lo preventivo. La descentralización sin inclusión real de la sociedad civil y del mejoramiento en las condiciones de vida no modifica significativamente el sector salud (salud pública), dado que son estos procesos los que hacen posible limitar las acciones negativas de intereses sectoriales y convertir a la prevención en hegemónica.

La salud pública debe ser sacada totalmente del Estado y ser manejada sólo en términos de sociedad civil, donde el equipo de salud intervenga en la esfera técnica y no se constituya como entidad separada de la misma. La salud pública así entendida debe trabajar básicamente sobre el mejoramiento de las condiciones de vida (procesos productivos, accesibilidad a alimentos, infraestructura sanitaria, etc.), del cual depende directamente la producción de enfermedades y la calidad de vida (el resto similar al tipo anterior).

La salud pública en términos “ideales” se entiende cómo se describió en dos tipos inmediatamente anteriores, pero dadas las condiciones y la urgencia de resolución de problemas, se opta por limitar sus funciones a las descritas en el tercer tipo.

Todos estos tipos, en su mayoría biomédicos (Hahn y Kleinman, 1985) y otros que podríamos pensar, pueden pro-

visionalmente organizarse en cuatro tendencias básicas (Menéndez, 1981). Considero que es a partir de una indagación de dichas tendencias en dos niveles -el genérico y el referido a situaciones históricamente determinadas- que podemos comenzar a observar cuál es la aplicación real de ciertos principios que casi todos los tipos de salud pública asumen en la actualidad (equidad, prevención, calidad), o de principios que solo algunos tipos plantean como propios (democratización, peso decisivo de la sociedad civil en la gestión, etc.).

La mayoría de los objetivos señalados aparecen actualmente más difíciles de obtener, dado que existe contradicción, o por lo menos conflicto, entre las políticas económicas que se están imponiendo en la Región y la estructura social y política que el cumplimiento de la mayoría de los objetivos implican. Debe recordarse no solo que en América Latina se están expandiendo los fenómenos calificados de pobreza a la mayoría de la población, sino que la polarización socioeconómica adquiere cada vez más caracteres inaceptables en términos políticos y éticos en la Región. Es en el período en que varios tipos de salud pública desarrollan a nivel de discurso gran parte de los objetivos enumerados, cuando se polariza aún más la situación de los grupos sociales. Al respecto debe subrayarse que dos países de la Región están considerados como la décima y la decimotercera potencias económicas a nivel internacional, y que dichos países presentan algunas de las desigualdades socioeconómicas más contrastantes a nivel mundial. Dichas desigualdades se incrementaron en la última década.

Si bien han entrado en crisis las ideologías de recambio social, no obstante es difícil entender en términos económico-políticos e ideológicos cómo se van a conjugar la equidad o la prevención estructural con las nuevas orientaciones económico-políticas. ¿Cómo conciliar el énfasis en la desregulación económica con una orientación preventivista que además aplique criterios de calidad? ¿Cómo conciliar el empobrecimiento de la población con la posibilidad de una mayor participación

social organizada y democrática referida al proceso s/e/a? ¿Cómo conciliar una línea de desregulación económica, pero también política, con la aplicación de medidas que limiten eficientemente el “consumo médico”? ¿Cómo conciliar técnicas salubristas que implican modificaciones en los modos y estilo de vida, cuando se incrementan los modos de vida en la pobreza y extrema pobreza, pero además se impulsan ideologías que buscan mayor competitividad, mayor agresividad económica, mayor capacidad de éxito individual en función de las concepciones desreguladoras?

Estas conciliaciones pueden operar tal vez a nivel de discurso, pero no son compatibles en términos de prácticas. Por otra parte ni estos discursos, ni las contradicciones y conflictos son “nuevos”, sino que reproducen, con modalidades diferenciadas, situaciones y discursos demasiado reiterados. Creo que el análisis histórico y antropológico de la salud pública puede contribuir a evidenciar cuál es su verdadera práctica en América Latina. La historicidad de la salud pública y de las ciencias médicas en general se pone de relieve tanto en la ignorancia histórica (y de los procesos históricos) que determina sus posibilidades para “superar” las contradicciones o conciliaciones enumeradas, como en las invocaciones casi apocalípticas de fin del mundo (o fin de las ideologías) de algunas tendencias más o menos críticas o más o menos neoconservadoras. Por ahora concluyo aquí mi propio discurso retomando una frase ya citada que adquiere en la actualidad desregulada, competitiva y al mismo tiempo contaminada y desigual, mayor vigencia que en los sesenta: “Todo conocimiento que no prevé las consecuencias negativas de su aplicación, es un conocimiento irracional en términos teóricos y éticos” (Cochrane, 1972: s/d). Mi propuesta final es tratar de aplicar esta concepción a la descripción y explicación de las prácticas que se procesan en las saludes públicas de América Latina.

## Referencias bibliográficas

- Bobbio, N. (1990). *La democracia realista de Giovanni Sartori*. Nexos. 146: 12. México.
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and Efficiency*. Nuffield: Nuffield Hospitals Trust.
- Coreil, J. et al. (1990). Lifestyle. An Emergent Concept in the Sociomedical Sciences. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 9:243.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and Illness: Distinction between Professional and Popular Ideas for Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1: 9.
- Fabrega, H. (1974). *Disease and Social Behavior. An Interdisciplinary Perspective*. The MIT Press. Cambridge.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Península. Barcelona.
- Good, B.; Delvecchio Good, M. J. (1985). The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. En: Eisenberg, L. y Kleinman, A. eds. *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht, Hol: D. Reidel Pub. Co.
- Grodos, D. and de Bethume X. (1988). Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. *Cuadernos Médicos Sociales*. 46: 71.
- Hahn, R. and Kleinman, A. (1983). Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Ann Rev Anthropology*. 12: 305.
- Halliday, J. L. (1948). *Psychosocial Medicine. A Study of the Sick Society*. W. W. Norton and Co. New York.
- Illsley, R. y Svenson, P.G., eds. (1990). Health Inequities in Europe. *Soc Sci Med*. 31 (3): 223.
- McKeown, T. H. (1982). *El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?* Editorial Siglo XXI. México.
- McKinlay, J. (1982). En favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad. En: Jaco EG, ed.: *Pacientes, médicos y enfermedades*. IMSS:29.
- Menéndez, E. L. (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: F. Basaglia et al. *La salud de los trabajadores*.

- Editorial Nueva Imagen. México.
- Menéndez, E. L. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. Editorial Nueva Imagen. México.
- Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Libros de la Casa Chata. México.
- Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata. México.
- Menéndez, E. L. (1990a). Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. En: Menéndez, E. L., *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata. México.
- Menéndez, E. L. (1991). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana. México.
- Mishan. (1969). 1979
- Rivas, L. F. (1971). *La situación colonial*. CEDAL. Buenos Aires.
- Simons, R. and Hughes, C., eds. (1985). *The Culture-Bound Syndromes*. Dordrecht, Hol: D. Reidel Pub.Co.
- The Antwerp Manifiesto for Primary Health Care. (1987). *Ifda Dossier*. 61: 61-2.

# Derecho a la salud y procesos de Reforma del Sistema de Salud Argentino de 1990 a 2018<sup>1</sup>

Daniel Godoy<sup>2</sup>

Luis Migueles<sup>3</sup>

Irina Dozo<sup>4</sup>

Pedro Orden<sup>5</sup>

## Introducción

La Argentina tiene un sistema de salud mixto, conformado por el Estado y las obras sociales como componentes más importantes, con una participación menos significativa del sector privado. Esta estructura ha sido gestada en el mar-

- 1 Este material fue producido para incluirse en una publicación de CLACSO GT SALUD INTERNACIONAL SUR-SUR Y SOBERANIA SANITARIA, que intenta darle un marco explicativo geopolítico al proceso de Reformas de los Sistemas Sanitarios en la Región. Por ello, la formulación del relato está planteada sin profundizar en detalles de índole local, sino priorizando la interpretación de posibles lectores de otros países.
- 2 Diplomado en gestión de servicios de salud. Director IDEP salud ate argentina, coordinación de la investigación y revisión final.
- 3 Investigador principal, IDEP salud ate argentina. Mg. En sistemas de salud y seguridad social. Autor del texto original y contenidos conceptuales.
- 4 Médica. Psicóloga. Becaria del ministerio de salud. Recopilación bibliográfica y de normativa legal
- 5 Sociólogo. IDEP salud ate argentina. Revisión de estilo

co de los paradigmas liberales de siglo XIX, vinculados con el ordenamiento social, el higienismo y el control de epidemias (policía médica); altamente influenciada luego por las primeras manifestaciones de la solidaridad obrera por un lado y las acciones de las Instituciones de la caridad vinculadas con la Iglesia Católica por otro. Ya a mediados del siglo XX, la fuerte irrupción del Estado en la política de salud y un gran desarrollo del empleo formal, que se manifiesta en la estructuración de Obras Sociales por ramas de actividad (metalúrgica, construcción, comercio, estatales y otras) durante el gobierno del General Perón, terminan de conformar su organización desde una perspectiva de Derecho con intervención Estatal y con explícita caracterización de las determinaciones sociales. Luego del derrocamiento de Perón en 1955, se inauguró una fase de hegemonía de mercado de caracterizaciones y actores diversos en el campo de la Salud, todas involucradas con un paradigma vinculado a la mercantilización de la Salud, que va determinando una descomposición paulatina del modelo universalista. En la década de los 90 y concomitante con el proceso de Reforma integral del Estado que promueve el neoliberalismo en la Región, según dictámenes de los Organismos de Crédito supranacionales (BM, FMI, BID), se afianza la desestructuración y reconfiguración del sector hacia un Sistema de Seguros desregulado. La etapa analizada en este trabajo comienza apenas siete años después de la recuperación democrática de 1983 y en la misma han transcurrido seis períodos presidenciales gobernados por cuatro mandatarios electos democráticamente, que han designado once ministros de salud. Se puede afirmar entonces que, en el caso argentino, el período analizado coincide en gran parte con el retorno al sistema democrático.

El proceso de Reforma del Sistema de Salud en el último tramo democrático, aún en proceso, ha significado una ampliación de la brecha en el grado de ejercicio del Derecho a la Salud de los distintos estratos sociales, una pérdida del carácter humanista y solidario del Sistema, una mercantilización

paulatina pero pronunciada de los servicios y un corrimiento a las acciones curativas del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. La trama de tensión y disputa entre los actores del proceso político, posicionados explícita o implícitamente en favor o en contra de los paradigmas Universalismo/Derecho versus Segmentación/Mercantilización, transcurre en el marco de la crisis de representación y los intentos de recomposición del campo popular en la Argentina.

## **1. El tramo 1990 - 2018. El entorno de la reforma.**

### *1.1 Caracterización político institucional*

Argentina recuperó la democracia después de la última dictadura cívico-militar, en 1983. Las dictaduras en el siglo XX fueron seis: en los años 1930, 1943, 1955, 1962, 1966 y 1976; gobernaron 14 dictadores por unos 25 años. El último golpe militar (1976-1983) implementó un Terrorismo de Estado en el que se violaron masivamente los derechos humanos y se produjeron alrededor de 30.000 desaparecidos y otros miles de asesinados, perseguidos y exiliados. Un ataque violentísimo a la trama social, que generó una pérdida de soberanía y capacidad para transitar un camino emancipatorio para más de una generación. El desmantelamiento de la organización popular y la cooptación de los partidos políticos y del sindicalismo tradicional por el poder fáctico, moldearon la ineficacia de una democracia predominantemente formal y delegativa, que derivó en una crisis de representatividad profunda. Ello facilitó la llegada del gobierno de Macri en el 2015, en una alianza explícita con los sectores del poder más concentrado y reaccionario de la sociedad argentina.

En los 36 años de regreso a la democracia se sucedieron presidentes surgidos de la partidocracia tradicional: 8 años de Radicalismo -UCR- (Alfonsín 1983-1989 y De la Rúa 1999-2001), 22 fueron gobernados por el peronismo -PJ- Menem 1989-1999, Puerta, Rodríguez Saa y Camaño 2001-2001, Du-

halde 2001-2003, Néstor Kirchner y Cristina Fernández (2003-2015) y finalmente la Alianza Cambiemos hasta nuestros días.

### *1.2. Democracia sin justicia social ¿es democracia? Las brechas que perduran*

Este período democrático no implicó la resolución de la desigualdad en la Argentina. Por el contrario, en el terreno estructural de la economía, el volumen de población bajo la línea de la pobreza ha sufrido oscilaciones a lo largo del período que tienen que ver con las crisis económicas; sin embargo, niveles cercanos al 30% se encuentran tanto en 1990 como en 2018<sup>67</sup>.

La distribución del ingreso más allá de oscilaciones según los gobiernos, no ha experimentado cambios significativos en algo más de 25 años: el Índice de Gini que mide su equidad, se encuentra en 43 puntos, al igual que a principios de los 90. Por su parte, la pobreza no ha disminuido sustancialmente en la actualidad, en comparación con los tempranos años de la década del 90<sup>8</sup>.

Otra de las condiciones sociales adversas que ha permanecido constante, y que incluso ha sufrido momentos de agravamiento a lo largo del período 1991-2018, fue la informalidad laboral que, sumada al desempleo, determina que un amplio sector de la población carezca de cobertura de obra social y dependa en forma exclusiva del sistema estatal de atención médica. Si bien esto no debería ser un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud, el debilitamiento del sector público determina que lo sea. Los cambios en la estructura del trabajo impactan por la reducción de aportes para la OS, dado que se reduce la planta de trabajadores en relación de dependencia. Se reduce también el poder de los gremios para lograr aumentos. Los sueldos del sector público han sido los

6 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Encuesta permanente de Hogares.

7 Basualdo, E. Lozano, C. "A 25 años del golpe, la economía argentina luego de la dictadura. Instituto de Estado y Participación" (IDEP). Buenos Aires. 2000.

8 INDEC. Encuesta permanente de hogares.

más castigados, en parte por la reducción del poder de presión de los sindicatos. La inequidad resultante, por la persistencia de niveles altos de pobreza y precariedad laboral, constituye en sí misma una fuerte determinación de obstáculos para el ejercicio del derecho a la salud. Sobre el período posdictaduras en América Latina, podemos citar

A pesar de los indudables avances en la democratización y la reconstrucción de la institucionalidad política y la restauración del imperio de la ley, las crisis económicas y sus efectos sociales generaron fuertes problemas de legitimidad que llegaron a poner en riesgo varias veces la estabilidad y la subsistencia misma de la nueva democracia. (Falappa, Andrenacchi, 2009)

### ***Tasas de Pobreza e Indigencia 1989-2013. Períodos seleccionados***

<b>1991</b>	<b>2001</b>	<b>2010</b>	<b>2017</b>
36,9%	48,1%	36,1%	34%

*Fuente: INDEC, censos. para año 2017 estimaciones en base a padrones de seguros y población total estimada.*

### ***Tasas de Pobreza e Indigencia. Períodos seleccionados. 1989 – 2001: Gran Buenos Aires. 2003 – 2013: país.***

<b>Períodos</b>	<b>Tasa de Pobreza</b>	<b>Tasa de Indigencia</b>
Pico octubre 89 (Hiperinflación)	47,3	16,5
Promedio mayo 91 - mayo 94 (Crecimiento Convertibilidad)	19,7	3,7
Pico octubre 96 (Efecto Tequila – Crisis México)	27,9	7,5
Promedio mayo 97 - mayo 01 (Período recesivo Convertibilidad)	27,5	7,1
Pico octubre 2002 (Salida Convertibilidad)	54,3	24,7
Promedio 2003 – 2006 (Post-Convertibilidad – Crecimiento acelerado)	39,7	15,8
Promedio 2007-2013 (Post-Convertibilidad – desaceleración)	31,7	9,0

*Fuente: IDEP.2014. (Metodología INDEC con precios alternativos)*

Una explicación plausible para estos escenarios se puede ver en la constancia del modo de funcionamiento del Estado -más allá del carácter de los gobiernos- como un ente divorciado de las necesidades populares y con escasos vínculos con organizaciones de la sociedad civil que pongan en debate el ejercicio de derechos sociales<sup>9</sup>.

### 1.3. Derecho a la salud (ds)

La noción hegemónica actual del DS es la vinculada a la tradición de la ONU y su oficina de salud, la OMS, y enmarcada en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDDHH) en el art 25 de la Declaración Universal de los DDHH, donde se asocia la salud a un nivel de vida que asegure el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y seguro de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez. La constitución de la OMS por su parte establece como derecho humano fundamental el *grado máximo de salud*, y declara que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos mediante políticas adecuadas.

A nivel nacional, en la Constitución argentina, hasta su última versión reformada de 1994, el derecho a la salud se encontraba implícito en el Artículo 14 bis, en íntima relación con la protección de derechos laborales y la seguridad social. Con la incorporación en 1994 de los pactos internacionales (art 75 inc. 22), el DS se explicita como parte del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDDHH).

Ahora bien, la centralidad que adquiere el acceso a las prestaciones médicas necesarias para recuperar la salud tiende a excluir del DS los aspectos que exceden a este sistema, como las condiciones ambientales y de trabajo. Paralelamente, esta visión limitada del DS, sujetándose exclusivamente a la letra de la ley, ha llevado a restringir el acceso a prácticas médicas

---

9 Hourest, M. *Nuevas formas de trabajo y organización en el Estado*. Capítulo: "Crítica a la estadolatría." IDEP, Buenos Aires, 2009.

de probada eficacia para amplios sectores de la población. Ya se explicitará de qué manera el concepto de canasta básica de prestaciones, de gran prestigio entre ciertos tecnócratas, muchas veces justifica las mencionadas restricciones.

#### *1.4. La compleja trama de determinaciones en salud/enfermedad*

Las grandes causas de enfermedad en la Argentina siguen siendo la pobreza, la mala alimentación, el trabajo indigno, constituyendo el núcleo de determinaciones de enfermedades y muertes evitables, casi 2 de cada 3 casos en mortalidad infantil y materna<sup>10</sup>. Sabemos que casi un 50% de los niños son pobres y la mayoría de los pobres son niños, que la línea de pobreza incluye buena parte del mapa laboral, y que 3 de cada 4 jubilados cobran un haber mínimo que no alcanza a cubrir la canasta básica<sup>11</sup>. Enfermedades evitables como Chagas, Dengue, y Tuberculosis se cobran 1000 muertes al año, la mortalidad materna es de las más altas de la región, en la que 100 muertes por abortos inseguros son su porción mayoritaria, y el VIH-SIDA se da cada vez más en población joven, femenina y pobre<sup>12</sup>.

La población ha experimentado cambios demográficos importantes en el período analizado. El porcentaje de menores de 15 años ha disminuido mientras que la proporción de mayores de 64 años se elevó; esto tiene su correlato en el aumento de la esperanza de vida, que pasó de 71.9 a 75.3 años<sup>13</sup>. Esta transición demográfica constituye un fenómeno de fuerte impacto para la organización del sistema de salud, ya que se acompaña de un mayor peso de las enfermedades crónicas en

---

10 Borini, LM; Migueles, L. La mortalidad infantil en la Argentina. IDEP Salud. Asociación Trabajadores del Estado (ATE). Buenos Aires. 2015. Disponible en: [http://www.atear-argentina.org.ar/idep/documentos/135La\\_mortalidad\\_infantil\\_en\\_la\\_Argentina.pdf](http://www.atear-argentina.org.ar/idep/documentos/135La_mortalidad_infantil_en_la_Argentina.pdf)

11 INDEC. Encuesta permanente de hogares

12 Dirección de Estadísticas e información de salud (DEIS). Ministerio de Salud.

13 INDEC, censos 1990, 2001, 2010.

la carga de enfermedad<sup>14</sup>. Estos cambios incrementan la necesidad de atención de discapacidad y rehabilitación, a lo que el sistema no ha podido responder adecuadamente.

En la dimensión socioambiental, asistimos a modificaciones sustantivas en las formas de acumulación de riqueza y concentración del poder, de las formas de explotación, de la construcción de conciencia social, y también a cambios en los procesos de injuria a la salud colectiva.

El capitalismo financiero ha desatado en los últimos años en la región una aceleración del proceso de apropiación de la riqueza, mediante la agresión al ambiente en forma de un silencioso genocidio extractivista. Envenenando las napas, depredando los cursos de agua y millones de hectáreas de bosques nativos, alterando el suelo y fumigando campos y poblaciones cercanas con herbicidas genotóxicos.

Esto genera una nueva composición de los cuadros epidemiológicos regionales en el país, que son denunciados por organizaciones sociales como la asamblea de Famatina en la provincia de Catamarca, las madres de Ituzaingó en la provincia de Córdoba, la Liga en Defensa del Agua en Mendoza, los Médicos de Pueblos Fumigados, la Asamblea de vecinos autoconvocados de Esquel en la provincia de Chubut, y muchos más. Este modelo productivo genera agresión ambiental, con incidencias directas e indirectas sobre la salud humana: malformaciones, abortos, cánceres, enfermedades respiratorias, digestivas. Como agravante de esta situación, el Estado no registra estos fenómenos, quedando ocultos en los datos oficiales sobre salud y por lo tanto sin respuesta del sistema<sup>15</sup>.

---

14 Galante M. et al. Principales resultados de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2015; Sept; 6 (24):22-29.

15 Migueles, L. y Borini, LM. "Sistemas de Información en Salud. Información, desinformación, sus determinaciones y fines. ¿Cómo transformar dispositivos de manipulación social en herramientas de emancipación?" Buenos Aires. 2015. IDEPSALUD. Disponible en: [http://www.ateargentina.org.ar/idepd/documentos/128Sistemas\\_de\\_Informacion\\_en\\_Salud.pdf](http://www.ateargentina.org.ar/idepd/documentos/128Sistemas_de_Informacion_en_Salud.pdf)

Las condiciones precarias de trabajo se llevan la vida de 7.000 trabajadores y trabajadoras del sector Salud al año<sup>16</sup>, en un contexto donde los efectores tienen múltiples dependencias y estados de situación (nación, provincias, municipios, obras sociales), y el financiamiento es tan variado e inequitativo como su organización.

Si bien en los 25 años considerados el presupuesto nacional en salud se incrementó en términos nominales, su capacidad real de financiación de bienes y servicios ha sufrido recortes por inflación y devaluación, lo cual, sumado a la mayor aplicación de estos fondos al pago de prestaciones en el sector privado donde el gasto es menos eficiente, tuvo como consecuencia efectores públicos debilitados en personal y equipamiento<sup>17</sup>. Esta situación se agravó profundamente en 2018 debido a la brusca devaluación de la moneda nacional en los meses de abril a junio<sup>18</sup>.

### *1.5. El sistema de salud y las relaciones mercado-estado*

La configuración actual del Sistema de Salud Argentino (SSA) tiene que ver con una presencia predominante del Estado y de las instituciones vinculadas al sector del trabajo (obras sociales) en la cobertura, el financiamiento y la atención. Por su parte, el sector privado tiene un considerable peso sólo en la estructura de atención médica (efectores).

El Estado nacional se ocupa de la organización y control a través del órgano rector del sistema, el Ministerio de Salud

---

16 Según estimaciones del Departamento Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. ATE, ARGENTINA

17 Borini, L.M. Financiamiento de la Salud poblacional. Cuadernos de Salud. ATE. Buenos Aires. 2014. Disponible en: <http://idepsalud.org/publicacion-del-2-fasciculo-de-los-cuadernos-para-trabajadores-de-la-salud/>

18 Migueles, L. Análisis del presupuesto 2019. IDEPSALUD. Disponible en: <http://idepsalud.org/analisis-de-proyecto-de-presupuesto-de-salud-2019-idep-salud/>

nacional (MSN), actualmente degradado a Secretaría<sup>19</sup>. Sin embargo, como se trata de un país federal, en las provincias tienen injerencia en la organización del sistema los ministerios de salud locales, por lo cual existe una superposición de atribuciones que se expresa en múltiples conflictos de la gestión<sup>20</sup>.

El subsector público de los tres niveles políticos (nacional, provincial y municipal) cumple una importante función asistencial a través de efectores propios, con más de 1.300 hospitales públicos (HP) y más de 2.000 centros de salud. Los estados provinciales son quienes cuentan con la mayoría de los HP, ya que el Estado nacional solo tiene a su cargo a 12 de ellos, si bien algunos de importancia estratégica como el Garrahan (alta complejidad pediátrica) y El Cruce (alta complejidad de adultos). Esta situación es la consecuencia del proceso de descentralización consolidado en los años 90, que forma parte de un plan estratégico del BM y la OMS tendiente a marginar la atención social y fragmentar los conflictos derivados de sus fallas.

En los hospitales públicos se atiende prioritariamente a la población sin obra social, pero también a afiliados de OS en la emergencia (accidentes de tránsito y lesiones por armas), así como en programas preventivos de maternidad e infancia. La atención médica curativa del primer y segundo nivel es utilizada por sectores pobres<sup>21</sup> y cubre la mayor parte de las prácticas, mientras que la de tercer nivel, debido a la falta de capacidad instalada, es derivada en parte al sector privado pero

---

19 El actual gobierno de Macri degradó el Ministerio de Salud a Secretaría a mediados de 2018, perdiendo entidad regulatoria. La rectoría de la Secretaría tiende a confrontar con los intereses de los actores más concentrados del sector, por lo cual esa medida representa un gesto positivo hacia ellos.

20 En el año 1981, por ley 22.373, se crea el Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por la Nación y los ministros de salud de las provincias, para superar estas cuestiones, ámbito que tiene resultados muy parciales y cambiantes con cada gestión.

21 Esto lo reflejan las Encuestas de uso y gasto en servicios de salud, del INDEC, de los años 2003-2005-2010. También ver: Jorrot, J. y col. "Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud." *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(1):57-76, enero - abril, 2008

financiada por el Estado, que paga a dichos efectores. En las últimas décadas se han agregado prácticas de todos los niveles que se cumplen a través de programas con modelo de seguro (Programas SUMAR), con la misma modalidad: atención en efectores privados con financiamiento estatal<sup>22</sup>.

El complejo de la Seguridad Social está conformado por las Instituciones que se integran a partir del sector laboral originado en el principio de solidaridad y financiado por el llamado “salario social” (aportes y contribuciones). Se trata de las Obras Sociales Nacionales (OSN), las Obras Sociales Provinciales (OSP) y el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y su Programa Asistencial Médico Integral (PAMI).

Las OSN conforman un grupo de más de 300 instituciones diferenciadas por rama laboral, que se encuentran reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), organización autárquica del ámbito del ex-MSN, y brindan cobertura médica a los trabajadores y familiares adherentes por rama. Se encuentran financiadas por aportes sobre el salario (3% del trabajador y 6% del empleador), y tienen una distribución solidaria al interior de cada OS (cada uno aporta en función de lo que gana, pero consume lo que necesita), pero no entre ellas debido a sus diferencias de ingresos y convenios<sup>23</sup>. La SSS tiene normatizado el Programa Médico Obligatorio (PMO), un paquete de prestaciones surgido como parte de la Reforma y que en los hechos promueve un techo de gratuidad a partir del cual se compone una segmentación de acceso según la capacidad de pago de las personas<sup>24</sup>. En el ámbito de la SSS

---

22 Giovanella, L y otros. *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad*. ISAG, UNASUR. Rio de Janeiro. 2012. Disponible en: <http://isags-unasur.org/es/publicacao/sistemas-de-salud-en-suramerica-desafios-para-la-universalidad-la-integralidad-y-la-equidad/>

23 Findling, L. y col. “Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina.” *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4):1077-1086, julio-agosto, 2002.

24 Si bien normativamente el PMO no implica un límite absoluto a las prácticas no

funciona el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), formado con el 15% de los aportes, para la cobertura de prestaciones de alto costo<sup>25</sup>. Las OSN tienen un alto nivel de heterogeneidad en el volumen de su padrón de afiliados, existiendo entidades de 2.000.000 de afiliados y otras de 30.000. Dadas las diferencias financieras derivadas, su capacidad de negociación para la compra de bienes y servicios y para la negociación de convenios con prestadores es altamente asimétrica. Este subsistema cubre una población total de 15.000.000 de afiliados, el 31% de la población argentina y se rige por las leyes 23660 y 23661 del sistema nacional de OS y sus normas complementarias.

Las Obras Sociales Provinciales (OSP) son 24 entidades, una por cada provincia, que brindan cobertura a los empleados públicos y sus familiares<sup>26</sup>. Se financian con aportes que forman parte del salario. El financiamiento, la cobertura y el acceso a la atención son muy heterogéneos, dependiendo de la capacidad instalada provincial, el volumen de afiliados y la gestión de cada entidad, por lo cual adolecen del mismo problema de asimetría descrito para las OSN, con entidades de 2.000.000 de afiliados en algunos casos y otras de menos de 100 mil. Cubren una subpoblación de 7.000.000 de afiliados, el 16% de la población argentina. Las OSP tienen autonomía en la gestión, lo cual se ve relativizado por la frecuente intervención de los gobiernos provinciales en la administración de las entidades, con el agravante del incumplimiento frecuente en los aportes patronales, afectando el financiamiento y por lo tanto la prestación de servicios médicos<sup>27</sup>.

Por su parte el PAMI es una institución pública no esta-

---

incluidas, en los hechos funciona casi siempre de esta manera.

25 Este fondo también se aplica a la asistencia de entidades con necesidades financieras.

26 Como particularidad, el IOMA, la OS de la provincia de Buenos Aires, tiene un sistema de afiliación voluntaria que excede a los empleados estatales. Si bien se trata de una excepción, ocurre en la obra social provincial con mayor volumen de afiliados: más de 2.000.000.

27 Para ampliar este punto, puede verse: Maceira, D. Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. CEDES- Buenos Aires. 2002.

tal que brinda cobertura a jubilados y pensionados. Se financia por aportes de activos y pasivos, brindando una cobertura que excede la médica, incluyendo servicios socio-sanitarios requeridos por la edad y situación de vulnerabilidad social<sup>28</sup>. Si bien el PAMI es regulado por la SSS, a diferencia de las OSN no aporta al FSR por lo que carece de sistema financiador del alto costo<sup>29</sup>. El PAMI cubre una población de 5.000.000 de afiliados, un 11% de los habitantes del país.

Se debe destacar el carácter de las OS como propiedad de lxs trabajadorxs, en tanto su financiamiento proviene de salario diferido en la forma de aportes que serán utilizados colectiva y solidariamente por quienes requieran atención por enfermedad. A pesar de este carácter, tanto en las OS como en el PAMI, lxs trabajadorxs no pueden elegir sus autoridades por el voto directo y secreto y sus participaciones a través de las Organizaciones gremiales son oportunistas y en algunos casos solo testimoniales. Por el contrario, los procesos y los estamentos de decisión son cooptados por grupos que representan a bloques de poder formados por Gobiernos de turno, Complejo Médico Industrial (CMI) y gremios amarillos.

Así se configuran megaestructuras funcionales al uso discrecional de los fondos mediante procesos vinculados al negocio con la enfermedad, y facilitadoras de corrupción porque carecen de todo mecanismo de control real y de supervisión pública y social (sobre todo de los propios trabajadorxs), donde los procesos y los modelos se acuerdan según el interés de estos grupos de poder, y donde eventos delictivos han sido motivo de innumerables causas judiciales. Pagos por beneficiarios fallecidos, prestaciones por bienes y servicios cobrados pero no recibidos por los afiliados, pagos a personas que no figuran en sus padrones, troqueles y facturas apócrifas, efectores no habilitados, medicamentos no aprobados, son algunas de las

28 El PAMI es creado por la ley 19032 en el año 1971.

29 Esto no es necesariamente una desventaja, ya que el papel del FSR es controversial, siendo frecuentemente utilizado para el financiamiento de sobreprecios en prácticas de alta complejidad.

modalidades. Han existido iniciativas para democratizar estas organizaciones a través de la elección directa de autoridades y representación mayoritaria de trabajadorxs en los niveles de decisión, pero hasta el momento no han tenido éxito.

El sector privado se encuentra constituido por las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) y por una red de efectores sanatoriales extensa<sup>30</sup> con una distribución que ha seguido más los avatares del mercado que las necesidades de salud de la población, debido a lo cual se caracteriza por su alta concentración en las grandes ciudades y su escasez en ciudades medianas y pequeñas. Esta red de efectores en general atiende escasamente a ciudadanos que pagan de bolsillo (casi de manera excepcional), ya que tiene direccionada la atención hacia las OSN, las OSP, el PAMI y EMP, aunque también atiende a personas sin cobertura formal, financiadas por el Estado<sup>31</sup>.

Por su parte, las EMP funcionan como seguros privados de salud y tuvieron un fuerte crecimiento en el período mencionado, en virtud de la desregulación de obras sociales. Desde el año 2011, estas entidades se encuentran reguladas por la SSS en virtud de la ley 26.682. Atiende a una población de 6.000.000 de afiliados totales (1.8 millones directos y 4.2 derivados de OSN), un 13% de la población del país. Se destaca que los 4.200.000 afiliados que derivan sus aportes de las OSN deben considerarse población a cargo de ellas, que siguen siendo el financiador real. Las EMP constituyen un sector de alta concentración en el que solo 4 empresas captan el 50% de los afiliados totales.

Como síntesis de la conformación del SSA se citan en el siguiente cuadro los datos más relevantes de cada subsector, según diversas fuentes. Nótese que el gasto por persona más alto corresponde a las EMP, seguido por el PAMI. Esto debería ser a la inversa, considerando que por su edad los afiliados al

30 Una de sus entidades congregantes es la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECCLISA), un actor con importante influencia en el sector.

31 Van derKooy, E. y col. Gasto catastrófico de salud. Isalud. Buenos Aires. 2018.

PAMI tienen mayor carga de enfermedad, lo cual lleva a pensar en insuficiencia del gasto en PAMI, y/o en ineficiencia de la administración de las EMP. Los Estados de los tres niveles políticos sumados se encuentran en tercer lugar, lo que expresa la importancia del financiamiento estatal en el sistema. Debe tenerse en cuenta que el gasto per cápita de bolsillo se calcula tomando a la población general como base, lo cual excluye las disparidades existentes al interior de la misma, ya que las encuestas de uso y gasto demuestran que estas erogaciones son mayores en los sectores de bajos ingresos<sup>32</sup>.

***Composición del sistema según poblaciones de cobertura, gasto, fuentes de financiamiento, y modelos de gestión y de atención. Datos de 2018***

<b>Subpoblaciones</b>	<b>Poblac. en millones</b>	<b>Porcentaje de subpoblaciones</b>	<b>Gasto en millones (USD)</b>	<b>Porcentaje de gasto</b>	<b>Gasto en USD por afiliado o beneficiario</b>
OSN	14,5	31%	12271	23%	846,2
OSP	6,8	14%	5462	10%	803,2
Estado Nac.	15	32%	3621	7%	1175,4
Estados Prov.			11039	21%	
Estados Munic.			2971	6%	
PAMI	4,8	10%	6145	11%	1280,2
EMP	6,1	13%	8200	15%	1344,2
DE BOLSILLO	44		4000	7%	90

32 DEIS. Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. 2003, 2005, 2010

<b>Subpoblaciones</b>	<b>Financiamiento</b>	<b>Gestión</b>	<b>Atención</b>
OSN	Aportes del salario	Propia y tercerizada	Privados/Estatal
OSP	Aportes del salario	Propia y tercerizada	Privados/Estatal
Estado Nacional	Presupuesto	Propia y tercerizada en ciertos efectores	Estatal/privado
Estados Provinciales	Presupuesto	Propia y tercerizada en ciertos efectores	Estatal/privado
Estados Municipales	Presupuesto	Propia y tercerizada en ciertos efectores	Estatal/privado
PAMI	Aportes del salario y fondos del tesoro nacional	Propia y tercerizada	Privados/Estatal
EMP	Bolsillo (30%); transferencias de OSN (70%)	Propia	Privados/Estatal
DE BOLSILLO	Privado	-	Privados/Estatal

*Fuentes: elaboración propia en base a Ministerio de Hacienda, padrones por entidad, Informe Key Market, SSS, COSSPRA, Torres, PAMI. Últimos datos recogidos en 2018.*

Ahora bien, dentro de este esquema general, se producen transferencias de la atención de pacientes entre subsectores que toman diferentes modalidades. Una de ellas se refiere a la alta complejidad, por la cual el Estado financia la atención de sus beneficiarios en el sector privado, aduciendo carecer de medios estatales; es el caso de trasplantes y hemodinamia, entre otras prácticas<sup>33</sup>. Algunos procesos terapéuticos complejos y prolongados, son atendidos en el HP en sus prácticas de 1° y 2° nivel y en el privado para el 3° nivel, lo cual implica una desviación hacia el privado de las prestaciones más rentables.

Otras transferencias de sentido inverso son: a) las emer-

33 Migueles, L. Dozo, I. y col. "Accesibilidad al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas según entidades financiadoras de salud en Argentina, 2000-2010." *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 3 - N° 10, marzo de 2012.

gencias, que se atienden predominantemente en sector estatal, aún aquellas de la población con obra social; b) en no pocas ocasiones la población de OS es objeto de selección adversa, según la cual aquellos que tienen coberturas de menor jerarquía son desplazados y terminan siendo atendidos en el HP; c) este último, además, sirve como válvula o recurso de última instancia frente al desborde de la urgencia en internación en la época invernal y frente a pérdidas transitorias o definitivas de la cobertura formal. En las tres circunstancias mencionadas el financiamiento es predominantemente estatal, ya que el sistema de recupero de costos de los HP funciona solo marginalmente<sup>34</sup>.

Entonces, cuando hay transferencia de atención en sentido público-privado, se acompaña del correspondiente financiamiento; mientras que, si el sentido es inverso, del privado al público, en general termina siendo financiado por el Estado<sup>35</sup>.

Por otra parte, a la histórica transferencia de recursos financieros desde las OSN, OSP, PAMI y Estado al sector privado, desde los años 2003 y 2005 se agregan de forma progresiva por los programas Nacer y SUMAR grandes transferencias financieras sistemáticas desde el Estado nacional a la red de prestadores privados, por la atención de personas sin OS, en todos los niveles de complejidad<sup>36</sup>. De manera que esta subpoblación que históricamente fue usuaria del HP, desde la creación en 2005 del SUMAR, y cada vez con mayor intensidad, pasa a atenderse en efectores privados, con financiamiento estatal. También hay que considerar al programa de cardiopatías congénitas<sup>37</sup> e Incluir Salud (ex-Profe), que desde los años 90

34 Torres, R. Mitos y realidades de las Obras Sociales. Isalud. Buenos Aires. 2004.

35 Esto se debe a que solo unos pocos Hospitales de complejidad como el Hospital Garrahan, tienen buen funcionamiento de recupero a las OS.

36 Si bien las transferencias de estos programas tienen un destino que incluye a efectores públicos y privados, la tendencia al deterioro de las condiciones del sector público hace que, cada vez más, la atención se produzca en el sector privado.

37 Villa A, y col. H. "Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas: diseño, implementación y resultados a mediano plazo." *Revista Argentina de Salud Pública*. 2015; Sept; 6(24):39-42.

funciona como seguro público para atención de discapacitados pobres y otras subpoblaciones de bajos recursos como las madres con más de 7 hijos. Como muestra de la importancia de estos programas en la transferencia estatal-privada, puede citarse que, actualmente, SUMAR tiene convenios con más de 7.800 establecimientos, que constituyen un 30% del total<sup>38</sup>. A continuación, se muestran los montos transferidos por los programas SUMAR y de cardiopatías congénitas. Si bien estos fondos no solo se destinan a efectores privados, la información oficiosa de gestores de los programas da cuenta que la proporción es alta, alrededor de un 70%.

### ***Transferencias nación-provincias por programas Sumar y de Cardiopatías congénitas***

Programa Sumar 2005-2017	\$ 6.278.965.191
Programa Cardiopatías congénitas 2010-2017	\$ 149.121.396

*Fuente: Ministerio de Salud. Informe gestión Programa SUMAR (diciembre de 2017)*

Conforme al panorama descrito, puede afirmarse que los grandes financiadores del sistema son las OS tanto nacionales como provinciales y los Estados nacional y provinciales, mientras que la atención médica se distribuye entre el sector público y el privado. Ahora bien, en virtud de la forma en que se gestionan los pases de atención entre subsectores, el financiamiento tiende a dirigirse predominantemente hacia el Sector Privado.

---

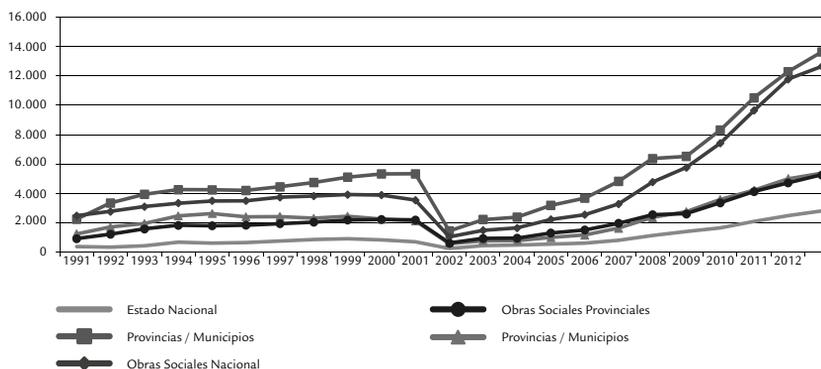
38 Ministerio de Salud. Programa Sumar. Reporte de Gestión, diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/sumar/index.php/institucional/resultados-de-gestion/resultados-2017>

### *1.6. Estructura y evolución del gasto según subsectores*

En el período en análisis, la estructura y evolución de gasto en salud por sectores puede verse en el siguiente cuadro, donde lo más notable son los picos de aumento del gasto en la segunda mitad de los 90 y de los 2000, que coincide con períodos de expansión económica, mientras que los años de bajo gasto se corresponden con los momentos de crisis (1991 y 2001). Según estas curvas, puede afirmarse que el gasto en salud se mueve al ritmo de la economía general. El segundo hallazgo destacable es el distanciamiento de las curvas de gasto de distintos subsectores, lo cual se torna especialmente notorio a partir de 2009, cuando el gasto del Estado nacional, obras sociales provinciales y PAMI van quedando muy por debajo del nivel de gasto de los Estados provinciales y las OSN. A nivel del sector público, esto significa que el proceso de descentralización del financiamiento se consolida con el mayor gasto concentrado en las provincias.

La participación histórica del sector salud en el PBI de la Argentina es de aproximadamente el 10%. En el año 2015, de 550.000.000.000USD del PBI, 58.000 corresponden al gasto total en salud, que incluye todos los subsistemas. El organismo rector del sistema, el ex-ministerio de salud nacional, tiene un presupuesto de USD 2.500.000.000, representando solo un 0.4% del gasto total en salud, lo que de por sí habla de la escasa importancia que se otorga al organismo. Como puede apreciarse en el gráfico, la curva del gasto estatal nacional pierde importancia a lo largo del período, comparado con cualquiera de los otros subsectores.

### ***Evolución del gasto consolidado por sector en millones de dólares. Serie anual de 1991 a 2015***



*Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda, Secretaría de política económica.*

## **2. La Reforma Sanitaria**

Necesariamente, debemos concebir a la reforma sanitaria en el marco de una situación mundial de dimensiones sociales, políticas y económicas. La reforma del Estado esconde bajo ese enunciado una reconfiguración completa del sistema capitalista a finales de los 70 con la crisis del Estado de bienestar, como un modo de generar una nueva (y cíclica) acumulación primitiva de capital<sup>3940</sup>.

A grandes rasgos, la reforma neoliberal en salud ha transitado por dos etapas, a veces sobrepuestas. La primera, lanzada con el informe del BM *Invertir en Salud*<sup>41</sup> (Banco Mundial,

39 Hardt. M y Negri, A. Commonwealth. Akal. Barcelona. 2011.

40 Fumagalli, A. Bioeconomía y capitalismo cognitivo. Traficantes de sueños, Madrid. 2010.

41 Jamison, D. y col. Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993: Invertir en salud.

1993), postulaba que la salud es responsabilidad de los individuos al ser un ‘bien privado’ y ellos deben resolver sus necesidades en el ámbito doméstico o a través del mercado. De acuerdo con esta concepción, al Estado le corresponde exclusivamente la cobertura de poblaciones sin capacidad de pago, a través de paquetes mínimos de servicios, mientras el resto de la población debe financiar su salud en el mercado. Descentralización y autogestión de servicios públicos fueron el complemento de estas políticas.<sup>42</sup> La segunda etapa, unida a la segunda Reforma del Estado<sup>43</sup> se basa en modelos de seguros, la definición de valor de paquetes de servicios, la competencia y el uso de fondos estatales para respaldar el mercado. Este es el modelo con pretensiones hegemónicas que hoy se conoce como ‘Cobertura Universal de Salud’ (CUS). La importancia del derecho a la salud, que había imperado desde la segunda posguerra hasta los años 70, es interpelada en ambas etapas descriptas mediante una fuerte orientación mercantilista y privatizadora que intenta dar entrada al juego de intereses privados para la generación de ganancias y acumulación de capital<sup>44</sup>.

En ese escenario, solo cuatro años después de la caída del socialismo real, el citado informe del BM da comienzo a la reforma. El proceso de sobreendeudamiento del país derivó en una pérdida de soberanía que favoreció el redireccionamiento de flujos de capital desde el sector público al privado, dejando para el primero las prácticas de nivel 1 y 2 que son las menos onerosas, y reservando las más caras para el subsector privado. Comienzan allí a incorporarse acriticamente en las tecnoburo-

---

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. 1993.

42 Laurell, A. “Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados.” Cuadernos de relaciones laborales. 34(2) 2016: 293-314 Ediciones complutenses. Madrid. 2016.

43 Oszlak, Óscar. 1999. “De menor a mejor. El desafío de la segunda reforma del Estado”, Nueva Sociedad, n. 160, Caracas, 81-100.

44 Laurell, A. C. “Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados.” Cuadernos de relaciones laborales 34(2) 2016: 293-314 Ediciones complutenses. Madrid. 2016.

cracias locales, un grupo de nociones como “tecnología”, “digital”, “gerencia”, “ahorro”, “eficiencia”, “costo-efectividad”, y “eficacia”, que tienen efecto mistificador en tanto representantes de “lo moderno” en salud. Grandes volúmenes de teoría funcionalista del BM y del BID (el llamado marco lógico, por ejemplo) se volcaron en esos años a la implementación de programas sanitarios y a la educación de los profesionales del sector, tanto en universidades públicas como privadas.

Para ciertos autores en ese momento se incorporaron “de la manera más sistemática, entre los países latinoamericanos, los criterios centrales del modelo hegemónico de las reformas sanitarias impulsado desde el BM”<sup>45</sup>. Este modelo teórico, caracterizado como pluralismo estructurado o competencia regulada, utiliza los conceptos de pluralismo y regulación para encontrar un equilibrio entre el libre mercado y la centralización estatal, pero en la práctica abona al primero, al permitir grados de libertad muy amplios a los actores privados con poder concentrado<sup>46</sup>. De hecho, la experiencia del sistema de salud de Colombia, desde que Londoño y Frenk dieron forma a su modelo teórico usando como referencia ese país, ha demostrado una mayor mercantilización de la salud, y lo mismo ha ocurrido en otros países como México y Chile<sup>47</sup>.

## 2.1. Actores de la reforma

En términos generales, caracterizar los actores sociales intervinientes en el proceso de reforma implica un esfuerzo para ubicarlos en categorías móviles según la época. Un primer

45 Hernández, M. “El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina.” *Revista Cubana de Salud Pública* 2003;29(3):228-35 (2001).

46 Frenk y Londoño. “Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353. Washington.1997.

47 Almeida, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública* v.18 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2002

esbozo puede ser trazado dividiendo el campo entre aquellos que son sus entusiastas mentores, y los que se oponen a ella. Entre los primeros encontramos a los gobiernos de turno con variantes de intensidad y contradicciones internas según cuál se considere, pero más allá de los matices todos los gobiernos involucrados han propiciado la reforma sanitaria con entusiasmo. También los conglomerados empresariales del sector (nacionales y extranjeros), en general, han manifestado su apoyo debido a que forma parte de lo que entienden como “clima de negocios”. Sin embargo, sus acciones de lobby corporativo en ocasiones distorsionaban parcialmente esas alianzas. Ciertos sectores académicos han sido parte entusiasta debido a su afiliación a concepciones econométricas de la administración de salud; en este grupo encontramos tanto actores de la universidad pública como privada. Y, finalmente, algunos sindicatos estatales y privados, dirigidos por conducciones afines a políticas de mercado (CGT) y tributarios de negocios con las corporaciones, así como las federaciones y colegios médicos tradicionales (COMRA) que, si bien tuvieron algunas expresiones críticas, en general acompañaron en los hechos la reforma<sup>48</sup>.

Los grupos que resistieron la Reforma desde una perspectiva de reivindicación de un modelo de Estado social, fueron los sindicatos de trabajadores, como la Asociación Trabajadores del Estado (ATE), las centrales obreras que surgieron en los 90 por fuera de la CGT (CTA<sup>49</sup>-MTA<sup>50</sup>) y los nuevos sindicatos de profesionales de la salud originados también en esa época (CICOP<sup>51</sup>), que adoptaron posiciones contrarias a las federaciones médicas históricas. También se opusieron grupos académicos con tradición de conocimiento basada en el sani-

---

48 La Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), reúne a los sindicatos médicos tradicionales.

49 Central de Trabajadores Argentinos

50 Movimiento de Trabajadores Argentinos

51 La Asociación Sindical de profesionales de la salud de la provincia de Buenos Aires

tarismo de Carrillo y la planificación estratégica estatal<sup>52</sup>. En cuanto a las fuerzas políticas fueron los partidos de izquierda los que tuvieron una posición contraria constante y unificada a su interior, mientras que los partidos tradicionales adoptaron actitudes variables, lo que en términos concretos se tradujo en una actitud política funcional a las reformas.

En los 90, la existencia de un gobierno de raigambre peronista que se alió fuertemente a grupos de la oligarquía nacional, preservando a su vez la mística discursiva de la tradición partidaria como instrumento estratégico, promovió con entusiasmo el desarrollo de la reforma, siendo protagonistas incluso algunos dirigentes que provenían de la izquierda peronista. Hubo un sentido común de pragmatismo por el cual la tradición de Carrillo fue abandonada por quienes acompañaron al gobierno de Menem en las políticas de salud.

La presencia del grupo Exxel, que oportunamente se asoció a importantes EMP, es un ejemplo cabal de la intervención del Capital Financiero (CF) internacional en el mercado local de la salud. Otro actor destacado fue la industria farmacéutica, que supo establecer y reproducir convenios de características leoninas para el vendedor y condiciones de comercialización de gran ventaja<sup>53,54</sup>.

En los años 90 la tecnocracia que apoyó las reformas en salud se constituyó con sanitaristas clásicos y otros vinculados a una formación en Medicina Basada en Evidencia (MBE), epidemiología clínica (EC) y medicina familiar (MF), disciplinas fuertemente impulsadas por las vertientes de pensamiento de los países del norte, y con profundo sesgo de mercado. Todos ellos protagonizaron la divulgación de un

52 Sobre planificación estratégica estatal, ver: Testa, M. Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud. OPS, Argentina. 1989. Y también: Matús, C. Política, planificación y gobierno. ILPES. 1987.

53 Sobre el poder de lobby de la industria farmacéutica, ver: Angell, M. La verdad acerca de la industria farmacéutica. Bogotá. 2006. Ed. Norma.

54 Bisang, R. y otros. El mercado de los medicamentos en la Argentina. Buenos Aires. 2017. Centro de Estudios para el cambio estructural.

sentido común eficientista para el uso del recurso asumiendo como propia la nueva verdad de la conveniencia del subsidio a la demanda y la necesidad de reformar, al menos parcialmente, el funcionamiento del sector público en su tradicional modo de subsidio a la oferta. El desembarco y desarrollo local de la MBE tuvo más que ver con un modelo que justifica la negación de prácticas según costo-eficiencia que con un instrumento para mejorar la calidad de la atención médica. La EC y la MF trataron de reemplazar los determinantes sociales de enfermedad por los estilos de vida, como argumento explicativo de la situación de salud. De esta forma se responsabiliza al individuo aislado, como si sus decisiones no fueran influidas por relaciones de poder en la sociedad.

Uno de los bloques de poder se conformó entre los técnicos propiciadores de la costo-efectividad y los administradores de gerencadoras y sus dueños, a quienes algunas OSN ya habían entregado su gestión. Esta alianza provenía de la conveniencia de condiciones de trabajo que se ofrecían, así como el importante crecimiento de la oferta de trabajo en una nueva red de empresas gerencadoras que se amplió con rapidez. Paralelamente, en muchas entidades de la seguridad social nacional, la conducción intentaba desligarse de las responsabilidades de gestión, tercerizándola.

Otro frente de proporciones se conformó con la unión de una tecnoburocracia estatal abocada a la administración de programas focalizados con financiamiento del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BM) y del BID y las administraciones provinciales beneficiadas por la aplicación de esos programas en sus territorios. La gran oferta de financiamiento por programas sanitarios estimuló la incorporación de técnicos sanitarios a los mismos.

Si bien la oposición técnico-académica a estos actores fue escasa y débil, no pasó lo mismo con los reclamos de los usuarios descontentos por las restricciones en el acceso a la atención, que hacían oír su voz a través de organizaciones gremiales, cen-

tros de jubilados o asociaciones de afiliados autoconvocados. A estos cuestionamientos se sumaron los trabajadores y trabajadoras de los centros de salud y hospitales locales, a quienes se imponían importantes cambios de sus circuitos laborales previos, según las lógicas de los nuevos programas. Gran parte del registro de las acciones pasaron a engrosar la tarea ya dilatada de médicos, enfermeras y técnicos. Como además esto no se acompañaba de incentivos de ningún tipo a no ser por algunas mejoras edilicias, en general primó el descontento.

Mientras tanto las corporaciones médicas y el CMI contaban con una alianza de hecho para seguir alimentando una medicina curativa de alto costo con el “estímulo” de la calidad figurada en los dispositivos importados y la última generación de equipos, medicamentos y prácticas, más allá de su utilidad clínica. Es importante plantear esto porque algunos de los problemas previos a la reforma tenían que ver con ese uso escasamente fundado en lo técnico y fueron utilizados por las tecnoburocracias aliadas como evidencia de la necesidad de un cambio con énfasis en la contención del gasto. En esa línea interpretativa, podría afirmarse que se cambió un bloque de poder por otro. Las gerencadoras y sus aliados reemplazaron a las corporaciones médicas, aunque con vasos comunicantes entre ellos. Pero el CMI permaneció y creció como actor del juego, incorporándose el CF como nuevo grupo de interés.

La desregulación de OS trajo beneficios a todas las EMP, incluidas las pertenecientes a las asociaciones médicas, nucleadas en la RAS<sup>55</sup>, con lo cual estas asociaciones no sólo no se opusieron a la reforma sino que en ocasiones la apoyaron fuertemente. Sin embargo, hubo adaptaciones conflictivas a las nuevas situaciones, como la del trabajo médico remunerado por productividad, sumado a las “innovadoras” formas de contratación de profesionales por parte de los estados (na-

---

55 La Red Argentina de Salud es el Consorcio de EMP que pertenecen a asociaciones gremiales médicas tradicionales. Se fundó en 1991, año clave de la reforma.

cional y provincial)<sup>56</sup>. La falta de respuesta adecuada de las asociaciones profesionales a estas problemáticas, dio origen e impulso a nuevas entidades gremiales como la CICOP, que se consolidaron a partir de los 90.

En síntesis, el proceso de Reforma comenzó en el marco de la ofensiva neo liberal pos dictadura en la Región, con los sectores populares en Salud afectados por las secuelas de ese tramo histórico, ejerciendo una resistencia más testimonial que en perspectiva de disputa de poder. La carencia de un sujeto político unificado por la defensa del Derecho a la Salud en la Argentina, forma parte de una vacancia político-institucional que perdura hasta nuestros días. Los períodos de “ventanas” de ejercicio de procesos vinculados con el Derecho a la Salud fueron excepcionales, sin lograrse una tendencia histórica hacia la alteración de relaciones de poder en los actores de la disputa. El Movimiento por el Derecho a la Salud emerge en 2017 como respuesta al proceso de vaciamiento y mercantilización/privatización del Sistema Público por parte del gobierno de Macri, aglutinando a las mayores y más diversas expresiones del campo político sanitario, y proponiéndose intervenir transversalmente en la agenda política.

Impulsado por múltiples Organizaciones y Representaciones del ámbito de la Salud y DDHH del país, nos proponemos alertar públicamente sobre la iniciativa del Gobierno de instalar la llamada “Cobertura Universal de Salud”, lo cual no es otra cosa que una aceleración del propósito de reformar nuestro Sistema de Salud, promoviendo el avance de su mercantilización, el recorte de prácticas, el aumento de no-usuarios del sector público, del gasto de bolsillo de los usuarios, y una profundización de las distintas formas de precarización laboral y salarial para lxs trabajadorxs del sector.<sup>57</sup>

---

56 En los 90 se divulgó en el mercado médico de trabajo la contratación por locación de servicios, por la cual el profesional factura al Estado. En estos contratos el profesional carece de todos los derechos de una relación laboral formal clásica (OS, aporte previsional, vacaciones). Además, existen otras formas de contratación precaria como becas, contratos a través de universidades.

57 Proclama del Movimiento por el Derecho a la Salud en el día internacional de la

## 2.2. Gobiernos de menem: las bases para una reforma estructural

Como esquema general ubicaremos a las principales medidas de la reforma sanitaria en dos grandes períodos, la década de los años 90 hasta el año 2001 y desde 2002 hasta la actualidad. Esta clasificación se asume no solamente por el gran parteaguas socioeconómico que significó la crisis de 2001 en la Argentina, sino también por el hecho de que la década del 90 fue el período en el que se consolidaron los ejes principales de la reforma sanitaria tanto en sus aspectos jurídicos como culturales, siendo el período posterior un tiempo de fortalecimiento del modelo de aseguramiento integral, en detrimento de un sistema universal.

### ***Períodos y ejes de la reforma del sector salud entre 1990 y 2018***

<b>Ejes de la reforma en los 90</b>	<b>Ejes de la reforma en los 2002-2018</b>
Programas estatales con lógica de focalización	Política de medicamentos-APS-programa médicos comunitarios
Desregulación de OSN.	Regulación de EMP
HAG y HPGD	CUS-Sumar
Gerenciamiento tercerizado en OSN, OSP, PAMI.	Proyecto de Agencia Nacional de evaluación de tecnologías (AGNET)

*Fuente: elaboración propia*

Como se dijo, la reforma tuvo que ver con una matriz construida por los OMC (BM, BID, FMI) para todos los países de la región, basada en instrumentos tendientes a debilitar la intervención del Estado, e instalar progresivamente un sistema de aseguramiento mercantilista que permita la apropiación de capital en beneficio de las empresas y los grupos económicos concentrados. La lógica imperante a partir de ese momento,

---

salud. Buenos Aires. Febrero de 2017. Disponible en: <http://idepsalud.org/ate-en-defensa-de-la-salud/>

vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal iniciado en la última dictadura, donde el protagonismo decisional y la captura de capital circulante tiende a pasar del Estado al mercado a través de la Reforma global del Estado (leyes de Reforma del Estado y de Emergencia económica (1989), y Decreto de desregulación económica (1991). Se propone la presencia de un Estado mínimo y de escaso poder regulatorio, que permita el libre juego de las corporaciones más concentradas del sector (obras sociales, asociaciones profesionales, asociación de clínicas y sanatorios).

Una reforma integral y silenciosa del Sector Salud en el gobierno de Menem, se caracterizó por instalar lógicas de mercado en las políticas sociales, sin debate abierto sobre la conveniencia de las nuevas reglas, llegando a acuerdos entre los actores del bloque dominante (“consenso de las hegemonías”) que excluyó a amplios sectores de la salud que opinaban diferente pero carecían del poder suficiente para hacer valer sus conceptos. En los casos que se pudo plantear discusión, la misma fue generada por la tozuda insistencia de los “actores de la resistencia” (sindicatos adversos a la reforma, partidos de izquierda, movimientos piqueteros). Estas organizaciones obtenían de manera informal los proyectos y los planteaban en discusión pública en medios de comunicación o por encuentros forzados en el Estado. En general fueron escasamente escuchados y a veces cooptados a través de pequeños cambios del plan original conservando sus líneas generales.

Se consolida el proceso de reconversión del Sistema de Obras Sociales (desregulación, Gerenciamiento, Plan Médico Obligatorio), del Sistema Público (autogestión hospitalaria, seguros públicos, arancelamiento) y del subsistema Privado (desregulación, incorporación de grupos económicos externos al sector). Recorte administrativo financiero, profundización de la descentralización, privatización de servicios de salud, y puesta en marcha de programas focalizados, (por ejemplo, el Programa Materno Infantil y Nutrición -PROMIN) completan

el cuadro de la reforma “menemista”<sup>58</sup>.

### 2.2.1. Descentralización

El proceso descentralizador al que referimos fue parte de los condicionamientos de los OMC en el marco de la Reforma integral del Estado. Consistió en la transferencia de la gestión y el financiamiento de las instituciones de salud y educación desde la órbita nacional a las provincias, de forma tal que el financiamiento siempre resultaba insuficiente respecto de las responsabilidades operativas que se derivaban<sup>59</sup>. La expresión “se transfieren funciones pero no recurso financiero” traduce la lógica imperante de reducir el gasto del Estado central, objetivo impuesto por los organismos de crédito internacional en el marco de las negociaciones sobre la deuda externa.

En este contexto, y con una actitud de desidia por parte del Estado Central en lo que hace a procesos de liderazgo y de resolución de asimetrías, se compone un cuadro donde prima la intención de transferir situaciones conflictivas desde el nivel central hacia los gobiernos locales. Así concebido, y así compuesto, el proceso desconcentrador de los Servicios de Salud en la Argentina determina una serie de consecuencias altamente disruptivas y atomizantes con una multiplicidad de “neosistemas” hacia el interior del Sector (incluso hacia el interior de los subsectores), desmantelado en lo que hace a su integralidad y con una fuerte descomposición táctica y estratégica de los procesos<sup>60</sup>.

---

58 Godoy D. y Diloretto M. “La Organización del sistema de salud en la Argentina.” Cuadernos para trabajadores de la Salud”. Buenos Aires. IDEPSALUD- Buenos Aires. 2011.

59 Caterberg, G. y col., Aportes para el desarrollo humano en argentina. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. PNUD, CEPAL, OPS. Buenos Aires, 2011.

60 Lago, F. y col. “Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires”. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 8(3):263-274, septiembre - diciembre, 2012.

Como crítica a la descentralización, se alertó sobre las fuertes asimetrías entre provincias en términos de estructura burocrática, recursos humanos, equipo, capacidad edilicia instalada y prestaciones que se brindan en lo referido a la experiencia e idoneidad<sup>61</sup>. A ello debe agregarse la falta de un dispositivo de regionalización para el acceso a las prácticas, que atenúe dichas asimetrías y garantice a los ciudadanos de todas las provincias el acceso a prestaciones de calidad equivalente. El financiamiento per cápita desigual por provincia, incrementó la inequidad de inicio.

La descentralización opera, además, una dispersión de los conflictos entre los gremios y el Estado, que tiende a disminuir el poder de los primeros en sus reclamos de salario y mejores condiciones de trabajo en detrimento del nivel de funcionamiento de los efectores públicos de salud. En el aspecto laboral de trabajadorxs del Sector, deben destacarse las disarmonías en cuanto a normativas, carreras, convenios de trabajo y por lo tanto sueldos, violando el principio de “a igual tarea, igual remuneración”.

Como muestra de las diferencias provinciales, a continuación se observan las subpoblaciones sin obra social en cada una en los años 2001 y 2010, y sus variaciones.

---

61 ibídem

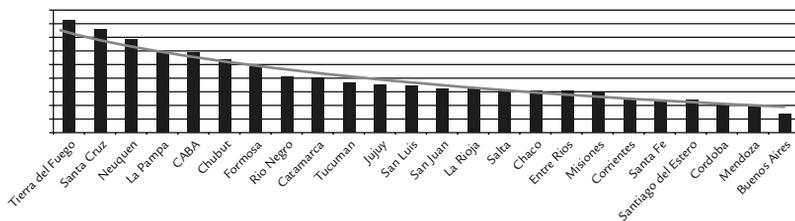
**Porcentaje de población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual, años 2001 y 2010, por provincias, ordenadas en forma descendente por variación entre ambos años**

	<b>2001</b>	<b>2010</b>	<b>Variación</b>
Corrientes	62,1	31,9	-30,2
Misiones	57,8	28,9	-29,0
Salta	60,4	31,5	-29,0
Formosa	65,8	37,7	-28,2
Chaco	65,5	38,3	-27,2
Río Negro	49,9	22,8	-27,2
Santiago del Estero	63,7	37,0	-26,6
Mendoza	50,6	24,4	-26,2
Neuquén	48,7	22,9	-25,8
Buenos Aires	48,8	23,3	-25,5
San Luis	51,6	26,2	-25,4
Entre Ríos	48,7	23,6	-25,1
Jujuy	54,2	29,8	-24,3
Total del país	48,1	23,7	-24,3
Tucumán	48,2	24,1	-24,2
Córdoba	45,8	21,6	-24,1
La Pampa	45,5	21,4	-24,1
San Juan	53,0	28,9	-24,0
Chubut	39,5	18,0	-21,5
Santa Fe	42,0	20,8	-21,1
Catamarca	45,0	25,8	-19,2
Santa Cruz	29,2	11,2	-18,0
Tierra del Fuego	30,1	14,2	-15,9
La Rioja	40,8	25,2	-15,6
CABA	26,2	11,4	-14,8

*Fuente: elaboración propia en base a datos de INDEC, censos 2001 y 2010*

También existe una fuerte disparidad entre las provincias en materia de gasto público en salud per cápita. La brecha entre ellas se pone en evidencia, alcanzando una relación de 8 a 1 entre valores extremos (Tierra del Fuego y Buenos Aires).

### ***Gasto en salud per cápita por provincias año 2015, en pesos***



*Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda, Dirección Nacional de asuntos provinciales, e INDEC, poblaciones proyectadas 2015*

### ***2.2.2. Hospitales de Autogestión***

En los 90 se intentó cambiar la forma de gestión de los Hospitales públicos mediante los modelos de Hospital de Público de Autogestión (HPA) y Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD), que se vincularon desde su origen con la desregulación de OS, funcionando como procesos articulados. El mismo Decreto N° 9 de 1993, que establece la desregulación de las obras sociales, dispone que estas entidades estarán obligadas a pagar los servicios que sus beneficiarios demanden en los hospitales del subsistema público; esta disposición se completa con el decreto 578/93, regulatorio del HPA. La norma autoriza a los hospitales que se inscriban en el respectivo registro, a complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales. Los ingresos extrapresupuestarios así percibidos serán administrados directamente por el

hospital. Al mismo tiempo se establece la descentralización de la administración de estos hospitales y la integración de redes de servicios. Con el fin de mejorar la administración interna, se autoriza la utilización de los recursos provenientes de la venta de servicios, para crear una estructura de incentivos basada en el reconocimiento de la productividad y eficiencia del personal. Se hace referencia a una futura introducción de mecanismos de subsidio a la demanda que deja abierta la posibilidad de creación de seguros de salud de carácter público<sup>62,63</sup>. Este modelo propone el funcionamiento de los hospitales como instituciones con autonomía en lo financiero y en la gestión, lo cual trajo fuertes resistencias de quienes entendían que se trataba de un modelo empresario para una institución pública. Además, en el contexto de ajuste económico, la medida tendía al autofinanciamiento, y si bien no se anulaban los presupuestos históricos, la reducción de hecho de los mismos por el ajuste reforzaba esa interpretación. Las críticas al modelo incluían la fuerte posibilidad de rechazo de pacientes por mecanismos solapados vinculados a la forma que se iba a definir su incapacidad de pago<sup>64</sup>. Entre otros problemas se relataron casos de auto exclusiones por pudor frente a la necesidad de demostrar pobreza, cuestiones que ya habían sido experimentadas en épocas de dictaduras, pero sin normatización legal.

La implementación del HPA fue parcial, errática y muy variable según la institución<sup>65</sup>. La función de cobro a personas

---

62 Belmartino S. "Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina". *Salud Colectiva*.1 (2):155-171. Mayo-agosto, 2005.

63 Godoy D. y Diloretto M. "La Organización del sistema de salud en la Argentina". Cuadernos para trabajadores de la Salud. Buenos Aires. IDEPSALUD. Buenos Aires. 2011.

64 Spinelli, H. "Salud y políticas de ajuste." Buenos Aires, 1991. *Revista Salud, problema y debate*.

65 Crojethovic, M. y col. "La autogestión Hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas". *Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín*. ISSN: 1851-2577. Año 2, n° 4, Buenos Aires, noviembre de 2008.

no trajo ninguna ventaja y, de hecho, ese fracaso motivó que en el año 2000 a través del decreto 939/2000 se crease una nueva figura, el Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD). Este nuevo modelo anula el cobro al paciente, y dice expresamente que el HP debe garantizar la gratuidad del acceso a la atención y para ello eliminar el arancelamiento vigente hasta ese momento. Paralelamente, mantiene la posibilidad de celebrar convenios con cualquier entidad de salud, permite el cobro por recupero de gastos a las OSN y EMP, e incorpora un sistema de garantía de calidad. Este modelo mejorado tampoco tuvo las consecuencias esperadas con excepción de unos pocos casos de hospitales nacionales de alta complejidad, y con limitaciones. Cabe citar como una de las estructuras administrativas residuales de este modelo al SAMO, un sistema de sobresueldo para profesionales de la provincia de Buenos Aires por buen comportamiento como presentismo, que conserva aún hoy la idea de los incentivos al personal del HPA de los 90.

### *2.2.3. Focalización de Programas*

La lógica de focalización en los programas de salud fue implantada por la alianza con el BM. Esto se expresa en la proliferación de programas destinados a población o sector de la administración, cuya multiplicidad y variedad en los años 90' demuestra la capacidad de influencia en todos los subsectores del sistema que tuvo el BM y que aún hoy persiste. Como puede observarse en el cuadro siguiente, este tipo de programas tuvo una importancia clave en el trabajo del Ministerio de Salud nacional sustentados en créditos con financiamiento externo, pero acompañados de fuertes condicionalidades para su funcionamiento.

### ***Algunos programas del Banco Mundial aplicados en la década de los 90***

Préstamo 3931-AR (PRESSAL): desarrollo de infraestructura edilicia hospitalaria y gestión de los Hospitales Públicos

Préstamo 3643-AR (PROMIN I) y Préstamo 4164-AR (PROMIN II): atención materno infantil.

Préstamo 4168-AR (LUSIDA): lucha contra el VIH-SIDA.

Préstamo 4516-AR (VIGIA): vigilancia epidemiológica.

Préstamo 4002/4003-AR (PROS): reforma de las Obras Sociales Nacionales y el INSSJyP (PAMI).

Préstamo 4004-AR, apoyo técnico a la Superintendencia de Servicios de Salud.

Préstamo 4405-AR (SSAL – Special Structural Adjustment Loan), un programa de emergencia que impone condicionalidades

Préstamo 7075-AR (SAL I – Structural Adjustment Loan I), un programa estructural, con condicionalidades para el sector salud.

Préstamo 7199-AR (SECAL - Sector Adjustment Loan), programa sectorial, con condicionalidades.

*Fuente: elaboración propia con datos de Ministerio de Salud.*

#### ***2.2.4. Desregulación de obras sociales***

El conjunto de Obras Sociales Nacionales gestiona la cobertura de cerca de un tercio de la población de ciudadnxs y

25% del recurso financiero de la totalidad del Sistema de Salud Argentino. Este subsector fue objeto de un abordaje específico por parte de la Reforma, atacando aspectos nodales de la estructura del subsector (la conformación de OS por rama de actividad y el financiamiento/uso solidario), para hacerlo funcional al Sistema de aseguramiento proyectado.

El comienzo jurídico de la reforma puede situarse en 1991, con la reglamentación de las leyes 23.660 y 23.661, sancionadas dos años antes. A partir de allí comenzó a discutirse la desregulación de OS, debate en el que tiene importancia fundante un informe de FIEL, organismo regional de extracción neoliberal<sup>66</sup>. Nótese que esto es previo a la edición del informe del BM de 1993, lo cual demuestra que en la región se estaba trabajando sobre una reforma integral del Estado ya desde los años 80.

En las bases conceptuales del modelo se encuentra el viraje de la figura de beneficiario-solidario a cliente-autónomo para ejercer la transferencia de sus aportes hacia otra OS o una EMP. Paralelamente, la desestructuración del mercado de trabajo formal, condiciona fuertemente el giro individualista, porque impone una disminución de la masa de aportantes vinculada al crecimiento de la desocupación, sumado al desbalance de la relación trabajo/empresariado en la distribución de la renta y los aumentos de costos de las prestaciones asistenciales. En 1996 se crea la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS por decreto 1615/96), un ente regulatorio con misiones y funciones que contradicen en parte el marco de las políticas desregulatorias, pero que es utilizado para beneficiar con cargos a la dirigencia gremial tributaria del modelo. Poco después, la creación de la Administración de Prestaciones Especiales (APE) en 1998, se implementa como una herramienta de financiamiento de la alta complejidad por la cual el FSR, pierde entidad como mecanismo solidario para subsidiar las OS de menores ingresos, quedando como un reaseguro de fi-

---

66 Cerdá, JM. El sector salud en la Argentina de los 90. Controversias acerca de las obras sociales sindicales. Universidad Nacional de Quilmes, Quilmes. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/173/175>

nanciamiento para el CMI<sup>67</sup>.

Por su parte, el Banco Mundial apoyó el programa de reforma de las obras sociales, ofreciendo créditos vinculados con la supuesta mejora de la gestión de esas instituciones. El Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS), proveyó financiamiento a entidades dispuestas a actualizar su gestión según el nuevo paradigma imperante. Comienza en 1996, con una financiación de \$360.000.000, y en sus diferentes etapas suma a un centenar de instituciones.

En enero de 1993, con la sanción del decreto 9/93, se establece que los beneficiarios de OSN comprendidos en los artículos 8 y 9 de la Ley N°23.660 tendrán libre elección de su obra social, excluyendo las entidades del personal de dirección, las asociaciones profesionales de empresarios y las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados adheridos. Según la nueva normativa los trabajadores tenían la libertad de cambiar su afiliación de una entidad a otra y sus aportes serían reasignados. Este nuevo modelo implica una destrucción de la solidaridad al interior de cada entidad que existía en el subsistema nacional, por el cual los miembros de ingresos elevados aportaban un mayor volumen que financiaba un nivel medio de prestaciones más alto para todos los afiliados. Dicho de otra forma, la reforma no optó por establecer un sistema más solidario, que habría derivado de reasignar recursos entre las OSN en el sentido de compensar sus asimetrías, sino que se promovió la individualización de la cobertura, donde cada afiliado podía reasignar su aporte eligiendo otra entidad. El resultado fue el incremento del financiamiento de las OSN y EMP de mayor prestigio y solidez, y la debacle económica para las más débiles, que veían cómo gran parte de sus afiliados de mayor capacidad contributiva transferían su aporte a las pri-

---

67 Leone, F. "Obras sociales en la Argentina. Un sintético relato histórico." Voces en el Fénix. año 2 número 7 Julio 2011. Disponible en: [http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/numero\\_pdf/Voces%20N.7%20-%20final%20baja\\_0.pdf](http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/numero_pdf/Voces%20N.7%20-%20final%20baja_0.pdf)

meras<sup>68</sup>. De hecho, uno de los objetivos de esta reforma, junto con la del sistema previsional, fue la creación de un mercado de capitales local, por lo que se ofrecían planes de aseguramiento diferenciado<sup>69</sup>. Esto deviene en mayor estratificación del mercado, por un mecanismo de selección preferencial de poblaciones bajo cobertura (descreme), similar a la que realiza el mercado en los seguros privados de salud (poblaciones jóvenes, sin patologías previas y con salarios superiores).

En conclusión, la reforma del periodo menemista generó un efecto de transferencia de las personas con salarios más altos hacia las obras sociales que ofrecían mayores prestaciones o mejor propaganda de las mismas. La contracara de este proceso es que a las obras sociales con menores recursos les quedaron los afiliados de bajos salarios y mayor riesgo. Dentro de cada obra social se incrementó la heterogeneidad de las prestaciones dependiendo de la contratación de seguros suplementarios y el sistema de copagos frente a una prestación se generalizó, incrementando el gasto de bolsillo de los afiliados.

En el caso de las Obras Sociales Provinciales, el proceso de reforma presentó una diferencia importante con lo ocurrido en el ámbito nacional, debido a que dichas entidades se rigen por legislación propia de cada jurisdicción. Esta condición determinó la imposibilidad de transferencias de afiliados entre entidades, lo cual evitó el impacto negativo de mayor estratificación según nivel de aportes. No hubo en el nivel provincial, a pesar de intenciones ciertas como el caso de la Provincia de Buenos Aires a inicios del año 2000, un proceso de desregulación equivalente al sistema nacional y el mecanismo de transferencias de afiliados no se habilitó. Sin embargo, el gerenciamiento tercerizado sí fue una medida que la mayoría de las OSP aplicaron de una u otra manera, y en ese sentido el caso de

---

68 Belmartino S. "Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina." *Salud Colectiva*. La Plata 1 (2):155-171. Mayo-agosto, 2005

69 Manuel Messina, El sector salud argentino en los dos modelos de crecimiento en las etapas de la convertibilidad y la posconvertibilidad. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*. Lanús. Año 2 N° 3 (julio-diciembre2012).

IPAM (luego APROSS) la OSP de Córdoba es paradigmático, si bien se aplicó en muchas provincias. En su implementación se produjo una puja de poder entre asociaciones profesionales y colegios médicos de Córdoba que antes establecían convenios de manera directa con la OS, y las gerenciadoras licitantes constituidas como “unidades de gestión prestacional” (UGP) con un modelo societario similar a las UTE<sup>70</sup>. En ellas tenían peso los grupos prestadores más concentrados como las grandes clínicas y sanatorios, así como algunas prepagas importantes, locales y nacionales. Los argumentos a favor del gerenciamiento tercerizado era que debían bajarse los costos, pero también mejorar la prestación en términos de hacerla más eficiente y más eficaz<sup>71</sup>. Sin embargo, los resultados fueron opuestos.

### 2.2.5. Programa médico obligatorio

El establecimiento del PMO se encuentra en el marco de la desregulación de obras sociales, ya que el Decreto 9/1993 que la establecía, ya mencionaba su conveniencia. Este instrumento que solo aplica a las OSN (decreto 492/95 y resolución MSyA 247/96) en sucesivas versiones, fija la obligatoriedad de un piso de prestaciones médicas que persiste hasta la actualidad. Nacido al calor de las bases técnicas de la MBE y del dogma de la costo-efectividad, el PMO determina las prestaciones que deben brindarse obligatoriamente, quedando el otorgamiento a criterio de la OS sobre todas aquellas no incluidas<sup>72</sup>.

O sea que por una parte se fijan condiciones de “competencia” para los actores (HPA, HPGD y OSN) y por otra se

---

70 UTE. Unión transitoria de empresas.

71 Adaro, J y col. Mesa Debate: Gestión de contratos en salud. Buenos Aires. 2004. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Serie seminarios salud y política pública.

72 Roa, R., & Maceira, D. (2011). Cómo definir una Canasta de Servicios Asistenciales: claves para aumentar la eficiencia del sistema de salud. Documento de Políticas Públicas/Recomendación N°93. Buenos Aires: CIPPEC.

determinan pisos prestacionales que en realidad terminarán siendo tomados como techos limitantes para que esa competencia rinda en términos de rentabilidad y contención del gasto (en el vendedor y en el comprador respectivamente).

El PMO es el instrumento que operacionaliza el escalonamiento prestacional en función de la capacidad “cotizante” de cada individuo y tiende a consolidar una cultura de aseguramiento en las Obras Sociales, que se expande al resto del Sistema. En este sentido, tiende a restringir el Derecho al acceso al conjunto de las prestaciones demandadas o necesarias, para limitarlas a las “incluidas” o “aseguradas”; por exclusión desplaza a la posibilidad de pago o a la judicialización a aquellas prestaciones que no lo están; e instala esa focalización para irradiarla al ámbito público en forma de “Canasta básica de Servicios” como en el caso de la CUS.

### *2.2.6. El modelo gerenciado: un fenómeno transversal a todos los subsectores del sistema*

El gerenciamiento<sup>73</sup> como propuesta alternativa a la administración estatal tradicional, puesto en práctica en el HPGD, forzó en muchos casos al sector público a entregar sus instrumentos de planificación a empresas privadas o mixtas, que incrementaron ganancias restringiendo el acceso mediante el rechazo de todas las prácticas que podían eludir. El gerenciamiento de los servicios en el Estado ha sido visto por ciertos sectores como un avance hacia la completa privatización de los hospitales en los 90. Con el marco de las privatizaciones de empresas estatales de servicios, esa interpretación no era para nada descabellada. De hecho, el modelo de HPGD se visualizó como una prueba en ese sentido, que mostraría hasta qué punto el hospital puede autofinanciarse como si se tratara de una empresa. En ese sentido, el HP debía convertirse para

<sup>73</sup> Gerenciamiento puede entenderse como “gestión de modelo mercantil” que se implantó tanto en el sector público como en el privado, y que puede ser propia de la institución efectora o financiadora, o bien, como fue más frecuente, tercerizada.

los primeros en una institución similar a una clínica, eficiente y con capacidad de cobro para generar recursos llamados “genuinos”, como si no tuvieran este carácter los fondos estatales. Según esta lectura, los recursos extra presupuestarios del HPAG fueron habilitados para combinar desfinanciamiento estatal con cobro de servicios a particulares, tratando de reemplazar el primero por pagos de bolsillo.

Casi como una reedición de la fiebre tercerizadora del gerenciamiento de los 90, en los hospitales públicos de la CABA la facturación y cobro de prácticas a afiliados de OS se ha tercerizado en 2008 por la ley local n° 2808, que favoreció a la empresa Agrupación Integral de Salud (ASI). Por su parte, la CABA financia los gastos derivados de los sistemas informáticos y administrativos que permitan a la ASI cumplir con esa tarea. La ASI es una asociación público-privada que se creó en la primera mitad de los 90y que se ocupó de gerenciar los programas PRO-FE-INCLUIR y PAMI, en diferentes períodos de las últimas décadas. Su desempeño fue muy cuestionado por entidades gremiales y organismos estatales de control, y también por los usuarios y grupos de trabajadores de los propios programas. El servicio ha sido deficitario en término de acceso a las prestaciones por parte de los afiliados de las citadas coberturas.

Por su parte, en el marco del gerenciamiento, en las OS el modelo capitado de convenios se aplicó con furor en los 90 con el argumento de que lo principal y urgente era contener el gasto, un planteo vinculado a la ampliación para países sudamericanos, de un modelo vigente en los EEUU<sup>74</sup>. El pago de una cápita fija por un paquete limitado de servicios se planteaba como instrumento idóneo, y los dos momentos de crisis económica (1989 y 2001) ayudaron a darle dramatismo a ese argumento, que se basaba en la repetición del enunciado “los recursos son escasos, las demandas infinitas”. Su enunciación fue tan redundante que es difícil escuchar a

---

74 Iriart, C. y col. “La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma.” *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1):95-105, enero-marzo de 2000.

alguien del sector que plantee lo contrario, aun con la evidencia indiscutible de que el verdadero problema es la mala distribución del gasto y los recursos en salud. Los resultados de la aplicación de convenios capitados fueron malos para los afiliados debido a la restricción de las prácticas que quedaban fuera del convenio, y a los rechazos destinados a incrementar el margen de ganancia de las gerencadoras.

La presión para el uso de prácticas de alto costo no siempre de demostrada eficacia que se ejerce de manera constante por parte de actores del CMI en alianza con una importante parte de la comunidad médica es un fuerte determinante de la crisis financiera al interior de las entidades financiadoras en salud. De manera que a la mala distribución y a los sobrepagos puede agregarse sobreuso en algunos sectores con subutilización en otros.

El modelo de gerenciamiento a ultranza se hizo común en la segunda mitad de los 90, coincidiendo con el pleno auge de la desregulación de OS. En no pocas ocasiones las gerencadoras se constituían como anexos de clínicas que tomaban a su cargo contratos capitados asegurándose de esa manera un ingreso fijo mensual cuya tasa de ganancia se regulaba hacia arriba a través de la sub prestación, denegando todas las prácticas posibles. Estos rechazos se hicieron en base a la capacidad de demanda del afiliado/usuario, por lo cual aquellos con mayores posibilidades de reclamo ya sea por condiciones culturales o de “contactos” iban resolviendo sus cuestiones de manera individual, mientras quienes los aceptaban quedaban íntegramente privados del derecho a la salud. Habitualmente, los contratos incluían cláusulas en las que la OS debía hacerse cargo de las prestaciones más caras, e incluso de áreas completas del servicio vinculado a escasa renta y alto gasto como es el caso de la discapacidad y la salud mental. Esto constituyó una forma de selección adversa a favor de las gerencadoras y las clínicas que a veces eran/son del mismo dueño o grupo de socios. Algunos de estos convenios cayeron debido a la incapacidad de las gerencadoras de regular el conflicto entre su prestación

y el descontento del afiliado, que frecuentemente terminaba en demanda judicial. El modelo de rechazo de prestaciones en gerenciadoras repite una realidad conocida en las EMP.<sup>75</sup>

Se observa gran heterogeneidad de la implementación del gerenciamiento, que fragmentó aún más el sistema. La presencia de más de 300 OSN y 24 OSP, conformaban un panorama difícil que se agravó con el gerenciamiento, porque impuso al sistema una proliferación de nuevos entes intermedios que no mejoraron la eficiencia y que multiplicaron las barreras al acceso. Habiendo generado esta situación, la misma tecnoburocracia propone como parte de una solución la creación de “redes de salud”. En este punto, el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud de la OMS<sup>76</sup> se toma como base conceptual, y la red argentina de salud pretendió ser un experimento, por ahora fallido. Este dispositivo está formado por el conjunto de las EMP de federaciones médicas y representa un ejemplo de las frustraciones de la gestión privada en red, ya que, si bien proclama ese modelo como fenómeno solidario, esto termina formando parte de una propaganda para atraer clientela y consolidando una lógica de competencia con las otras EMP.

Los motivos aducidos para imponer el gerenciamiento fueron la necesidad de contener el gasto, la coyuntura política dentro de cada entidad que lleva a veces a instrumentar el gerenciamiento como medida de transparencia, y la presión cultural del sector sobre sus ventajas. Los problemas han sido la baja del acceso por aumento del rechazo de prácticas, no necesariamente vinculado a pautas de la MBE, disminución de calidad (por hacer convenios con efectores de menor calidad para aumentar la renta), y los reclamos judiciales que debe afrontar siempre la entidad de origen ya que la gerenciadora

---

75 Spinelli, H. “Las denuncias de los afiliados de las empresas de medicina prepaga presentadas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor en Argentina, 2000-2000”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(5):972-982, mayo de 2014.

76 OPS. *Redes integradas de servicios de salud*. Washington, 2010.

actúa como simple mandataria de la obra social<sup>77</sup>. Dado que no se trabaja con suficiente evaluación de resultados en indicadores clásicos y menos aún con indicadores de satisfacción, sumado a los conflictos (político, gremial, económico), la evaluación de sus resultados solo pueda verse -y con parcialidad- en el gasto, pero no en los resultados de salud.

Los modelos prestacionales de cápita, módulos, cartera fija de clientes y sus combinaciones, todos ellos orientados en teoría a poner un techo de gasto mediante la transferencia de riesgo, fueron intensamente discutidos, practicados y todos mostraron resultados escasamente beneficiosos o directamente perjudiciales en especial para la atención médica de calidad de los afiliados, pero también para las finanzas de las OS. Cada ventaja teórica de esos modelos como la previsión de los montos en la cápita fue desaprovechada por los gestores entre otras causas por no medirse en el rechazo de prestaciones para elevar la tasa de ganancia. Esto se debió, en general, a la falta de control de los adjudicatarios pero, predominantemente, al sesgo ideológico sobre la escasez de recursos que acompañó a los administradores, que se combinaba con la falta de valor para enfrentar el gasto más alto del sector, el farmacéutico.

### *2.2.7 Política de medicamentos: los ganadores de siempre*

Debemos mencionar el juego de las farmacéuticas, en el que contratos y patentes son probablemente las dos claves sobre las que se asienta el negocio de este mega-actor que compone el CMI<sup>78</sup>. El período analizado fue testigo de un incremento del poder de las farmacéuticas determinado por un constante incremento del precio de los medicamentos, el gasto de bolsillo

---

77 Para ampliar sobre la judicialización del derecho a la salud en relación con la reforma, ver: Abramovich, V. y col. "El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina". Salud Colectiva, Buenos Aires, 4(3):261-282, septiembre - diciembre, 2008.

78 Correa, C. y col. "Patentes, suministro de medicamentos y protección de la salud pública". Revista Argentina de Salud Pública, Vol. 2 - N° 7, junio de 2011.

de los ciudadanos y los convenios con entidades financiadoras de la seguridad social con sesgo leonino para la industria.

Se calcula que, del gasto total en salud, más del 10% corresponde a medicamentos, mientras que a mediados de los 90 ese porcentaje era del 6,6%. Este nivel de gasto viene aumentando todos los años, siendo la Argentina el tercer país de la región luego de Venezuela y Bolivia que más lo incrementó desde 2008<sup>79</sup>.

En 1994 alrededor del 80% del valor se concentraba en las 10 empresas más grandes mientras que, en 2003, las 8 empresas más grandes representaban el 90%. La concentración no sólo se encuentra en la producción de medicamentos, sino también en la distribución: el 1% de las droguerías concentran el 70% del negocio, y 4 distribuidoras el 99% de la distribución de medicamentos<sup>80</sup>.

### ***Industria farmacéutica y manufacturera en relación al PBI en millones de pesos a precios de 1993***

<b>PIB total precios de mercado</b>	<b>Industria Manufacturera</b>	<b>% IM sobre PBI</b>	<b>Industria Farmacéutica</b>	<b>% IF sobre PBI</b>
2002	36176,07	15%	10269,39	4%
2003	41952,37	16%	11467,46	4%
2004	46976,61	17%	12337,38	4%
2005	50480,32	17%	13274,51	4%
2006	54974,93	17%	15025,08	5%
2007	59152,88	16%	17240,23	5%
2008	61841,93	16%	19444,81	5%
2009	61502,94	16%	21739,29	6%
2010	67447,33	16%	24282,79	6%
2011	74962,48	16%	25666,9	6%
2012	74659,51	16%	26744,91	6%

79 Bisang, R; Luzuriaga, J.P., San Martín, M. "El mercado de los medicamentos en la Argentina." Centro de estudios para el cambio estructural. 2017. P. 59

80 Abrutzky, Rosana y col. "El perfil de la industria farmacéutica de la Argentina. Interrogantes a mediano plazo." Ciencia, docencia y tecnología. Pp. 26- 51, noviembre de 2015.

Fuente: elaboración propia en base a datos citados por Abrutzky, Rosana y col<sup>81</sup>.

Dos eventos fueron destacables en el periodo analizado: la Ley de Genéricos y el lanzamiento del Programa REMEDIAR. La sanción de la ley N° 25.649 de Medicamentos Genéricos, del año 2002, y la implementación del Plan Remediar a partir del año 2003, integraron la llamada Política Nacional de Medicamentos (PNM), y fueron expuestas a la sociedad como políticas de salud orientadas a aliviar la grave situación social ocasionada por la crisis económica que se acentuó a fines de la década de 1990. No obstante, ni uno ni otro intentan dar una respuesta concreta a los problemas que mayormente aquejan a los usuarios, el acceso al medicamento. La Producción Pública de Medicamentos (PPM) y el Uso racional de Medicamentos, procesos que amplían la intervención del Estado y le otorgan racionalidad al rubro siguieron sin tener un abordaje decidido por los gobiernos de turno, más allá de algunas declamaciones y concreciones marginales y sin impacto real en la vida cotidiana de lxs ciudadanxs.

### *2.3. Segunda etapa de la reforma: seguros públicos*

A los 10 años de gobierno de Menem le siguieron sendos mandatos presidenciales de De La Rúa, Duhalde, Néstor Kirchner y Cristina Fernández. Ninguno de ellos y sus 12 ministros de Salud desmontaron la matriz montada en los 90.

La fuerza política conocida como kirchnerismo y su componente partidario, el FPV, fundado en 2003, gestionó el gobierno nacional durante 12 años. El ministro de salud más representativo de la política sanitaria durante este período fue Ginés González García (GGG), designado por Eduardo Duhalde en enero de 2002 y ratificado por Néstor Kirchner al asumir la presidencia hasta el final de su mandato. Nadie duda de

---

81 *Ibíd.*

GGG como uno de los principales impulsores de los Seguros de Salud en la Argentina. Sólo para poner unos ejemplos, a poco de asumir en la gestión firma en San Nicolás el recordado Pacto Federal de Salud con los Ministros Provinciales (22 de marzo del año 2003); su cláusula tercera dice:

SEGURO PÚBLICO DE SALUD – Realización de una búsqueda de la equidad en salud promoviendo el aseguramiento de la cobertura de bienes y servicios, a través de avances en la implementación del Seguro Público de Salud de acuerdo a las perspectivas de cada Jurisdicción, que permita a su vez, optimizar los recursos existentes y explicitar los servicios necesarios para el cuidado de la salud de todos los habitantes del país.

Muchos de los programas de “matriz” securista como el REMEDIAR, el Nacer, el SUMAR, Médicos Comunitarios, nacieron en esa gestión como enclaves de focalización y precarización. Centenares de trabajadorxs hoy están perdiendo sus puestos de trabajo gracias a la inestabilidad de sus condiciones de contratación. En su libro *Salud para los argentinos*<sup>82</sup> dice:

... entre las principales características de la estrategia de construcción de seguros provinciales de salud deben destacarse la reorientación de los RRHH y presupuestarios hacia la identificación de población cubierta de acuerdo con criterios de riesgo y bajo responsabilidad nominal; la definición de conjunto de prestaciones garantizadas; la fijación de objetivos y metas sujetas a sustentabilidad económica; y la determinación de las responsabilidades jurisdiccionales. (González, Tobar, 2004)

En este texto, Ginés González García prefigura lo que luego el gobierno macrista llamaría Cobertura Universal de Salud (CUS)<sup>83</sup>.

---

82 González García, G. y Tobar, F. *Salud para los argentinos*. Economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina. Isalud. Buenos Aires. 2004.

83 Lemus, J. “Cobertura Universal de Salud”. *Revista Argentina de Salud Pública*,

Así como la desregulación de OS fue la medida clave de los años 90 para consolidar un modelo afín al mercado en el sector de OSN, los seguros públicos pueden considerarse la jugada axial en los años 2000 para transferir recursos estatales al sector privado, desfinanciando los HP. A partir de 2016, esas tendencias fueron aprovechadas para dar impulso a la CUS<sup>84</sup>, avalada por la Organización Panamericana de la Salud<sup>85</sup>.

En esta etapa persisten serios problemas de financiamiento. La atención en los niveles locales, generalmente municipalizados, sigue sin jerarquizarse de la mano de una estrategia de Atención Primaria de la Salud. Por otra parte, varios programas en salud (Nacer, SUMAR, Remediar) continúan financiándose mediante organismos internacionales de crédito, a costa de deuda externa y condicionamientos a la política pública. Esto implica una continuidad con las políticas de focalización de los 90, que introducen lógicas de mercado y contribuyen a la fragmentación en la atención en el sistema público, entre otras consecuencias.

Podemos destacar algunas características del Plan Nacer que rompen con la historia de programas de salud pública hasta el momento vigentes. Una de ellas es conformación de seguros provinciales de salud que cuentan con una unidad de gestión para la administración del programa. Esta modalidad tiene similitudes con el modelo descentralizador y de gerenciamiento de los 90 y de alguna forma lo prolonga y extiende en sector público. Otra particularidad es que incluye la posibilidad de atención de los pacientes en efectores privados mediante convenios del seguro provincial. Esta es una forma en la que reemplazar la atención en efectores privados tiene

---

2016; 7(27): 33-39

84 Godoy, D. La cobertura universal de salud y la tela para cortar. IDEPSALUD. Disponible en: <http://idepsalud.org/wp-content/uploads/2017/10/LA-COBERTURA-UNIVERSAL-DE-SALUD-Y-LA-TELA-PARA-CORTAR-1.pdf>

85 Para ampliar sobre los lineamientos de la CUS, ver: Bascolo, E. y col. “Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal”. Revista Panamericana de Salud Pública 42, 2018

un efecto negativo sobre el sector público. La tercera cualidad destacable es que la atención se basa en una canasta básica de servicios, lo cual repercute en la limitación del derecho a la salud como fenómeno integral. Si bien esta canasta se amplió en años posteriores, es cuestionable la lógica general de inicio. Finalmente, este programa incluyó el plan de nominalización de la población a cargo para constituir un padrón, meta que se cumplió de manera parcial. En una segunda etapa el Plan Nacer se extendió a las provincias de las regiones centro, cuyo y Patagonia, y amplió la población objetivo incluyendo edades mayores de la infancia.

La ampliación del plan Nacer a ciudadanos sin otra cobertura de hasta 65 años constituyó a partir del 2005 el Programa SUMAR<sup>86</sup>. La lógica general de organización fue la misma que la del plan nacer, pero se trata de un programa que persiste hasta la actualidad y tiene un desarrollo tal que permitió al gobierno que asume en 2015 implementar sobre su base lo que ha dado en llamar CUS-SUMAR. Podemos sintetizar el armazón del programa SUMAR de la siguiente forma: se trata de seguros públicos provinciales de salud, con padrón nominalizado de beneficiarios en construcción, con canasta básica de servicios explícita y con financiamiento público mixto (nacional y provincial), cuyo modelo de atención se basa en convenios prestacionales Estado-entes privados o estatales.

Estos seguros públicos han tendido a reemplazar el modelo de atención histórico en los HP y centros de salud por demanda espontánea del usuario y con financiamiento a la oferta por parte del Estado, por un modelo de seguros que priorice el financiamiento a la demanda, los incentivos por resultados, la competencia entre efectores y la priorización del costo beneficio en la selección de prácticas a brindar. Más allá de las ventajas teóricas del modelo, la implementación chocó con las conocidas realidades, de las que podemos citar: a) cuestiones culturales que distorsionan el acceso al obligar al usuario a una

---

86 El Programa SUMAR está financiado por el préstamo BIRF AR-8062.

adaptación al sistema; b) latencia exagerada en la conformación de padrones, que no se encuentran consolidados habiendo transcurrido más de una década; c) control deficiente de los convenios y la atención brindada en efectores, que redundan en pérdida de la eficiencia en la aplicación de recursos; d) insuficiente desarrollo de los sistemas de información que permitan la evaluación por resultados. Algunos de estos problemas habían sido anticipados en etapas previas a la implementación<sup>87</sup>.

Como evaluación de los seguros provinciales, podemos decir que no han producido el impacto esperado y que probablemente han incrementado los déficits del sistema de efectores públicos existentes.

En el período 2000-2015, el aborto legal seguro y gratuito siguió postergado a pesar de que el aborto clandestino es la primera causa de mortalidad materna en Argentina. Por otra parte, las mejoras en este aspecto no pueden atribuirse al Estado sino a las redes de organizaciones feministas y sus consejerías.

Medidas como la Ley de Salud Mental o la Producción Pública de Medicamentos tuvieron tibios impulsos.

De la mano de un modelo productivo neodesarrollista, extractivo y contaminante, que produce daños aún no totalmente dimensionados en la salud de las poblaciones y el ambiente, en el período que va del fin del menemismo a la actualidad han avanzado las industrias contaminantes como la minería a cielo abierto, el desmonte y el uso masivo de agrotóxicos, el *fracking*, el crecimiento del parque automotor contaminante y que genera mayor accidentabilidad, discapacidad y mortalidad.

Sin embargo, es destacable el cambio de rumbo estratégico, conceptual y operativo de la última etapa del Ministerio de Salud del Gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, a cargo de Daniel Gollan, que se expresa en líneas de política sanitaria claves como la valorización de la producción pública de medicamentos mediante la creación de la Administración

---

87 Abadie, J. "Reflexiones sobre seguros públicos provinciales de salud". Rosario. Cuadernos médicos sociales 80: 119-123.

Nacional de Laboratorios Públicos, compras de medicamentos conjuntas a escala Mercosur que obtienen significativas reducciones de costos, Programas de Formación en Salud Colectiva, e incremento de acciones de APS en territorio, entre otras.

### 3. Evaluación de los resultados de las reformas

Lo que se esperaba de la Reforma según el documento fundacional del BM era un gasto más eficiente, mejor acceso, fortalecimiento de lo preventivo, impacto positivo en indicadores epidemiológicos. Nada de esto ocurrió. Por el contrario, un incremento exponencial y constante del gasto se acompañó de una accesibilidad cada vez más desigual en detrimento de las subpoblaciones vulnerables, con nuevas barreras administrativas derivadas de los rechazos fundados en el supuesto costo beneficio o directamente en forma arbitraria, entre otros mecanismos que ya se mencionaron.

Podríamos decir sin dudar, que la Reforma del Sistema Sanitario en la Argentina, no tuvo los resultados declamados, sino consecuencias que revelaron sus intenciones no explícitas: las que pretenden dejar atrás el modelo con liderazgo estatal, para conformar una estructura desregulada de prestación de servicios tributaria del mercado. Y en ese marco, los resultados sanitarios son los que devienen del reinado del costo beneficio en combinación con la profundización de las determinaciones estructurales del proceso salud enfermedad.

Así, la evolución de los indicadores de salud, se relacionó más con cuestiones demográficas y sociales que con el funcionamiento del sistema de atención médica<sup>88</sup>. No puede decirse que el panorama actual sea mejor al previo a la reforma. De hecho, el incumplimiento de las metas del milenio es una constante en casi todos los aspectos considerados<sup>89</sup>. Aún sobre

88 Borini, L y Migueles, L. La mortalidad infantil en Argentina. IDEP. Buenos Aires. 2015.

89 Las metas u Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), un proyecto de las Naciones Unidas, tuvieron que ser reprogramadas en 2015 por su incumplimiento,

aquellos indicadores que mejoraron, sigue pesando la frustración de las profundas diferencias entre provincias/municipios, que en realidad son expresión de las desigualdades por estrato social, no cuantificables por las características del registro oficial de datos que las ocultan, al no capturar información específica de esa dimensión<sup>90</sup>.

La mortalidad infantil ha presentado un descenso constante en el periodo 1990-2015. Sin embargo, el ritmo de descenso disminuye desde 2005. Este comportamiento descendente parece más relacionado con la urbanización poblacional que con el funcionamiento del sistema de salud (DEIS<sup>91</sup>). Por su parte la mortalidad materna se mantiene prácticamente constante en los 25 años del lapso de tiempo observado, constituyendo una tragedia evitable que el país no pudo resolver<sup>92</sup>. Los índices de Gini para MI y MM han evolucionado de manera similar; ambos revelaron aumento de la desigualdad entre 1990 y 2000 y luego un descenso hasta 2015. Sin embargo, tanto en la tasa de mortalidad infantil como materna, se observan grandes asimetrías entre provincias, que se conservan en el período analizado<sup>93</sup>.

---

por los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

90 Migueles, L. y Borini, LM. Sistemas de Información en Salud. Información, desinformación, sus determinaciones y fines. ¿Cómo transformar dispositivos de manipulación social en herramientas de emancipación? Buenos Aires. 2015. IDEPSALUD. Disponible en: [http://www.ateargentina.org.ar/idep/documentos/128Sistemas\\_de\\_Informacion\\_en\\_Salud.pdf](http://www.ateargentina.org.ar/idep/documentos/128Sistemas_de_Informacion_en_Salud.pdf)

91 DEIS Dirección de Estadísticas y Censos.

92 Si bien se produjo un descenso del nivel del indicador en los últimos dos años registrados, aún no puede hablarse de una tendencia en ese sentido.

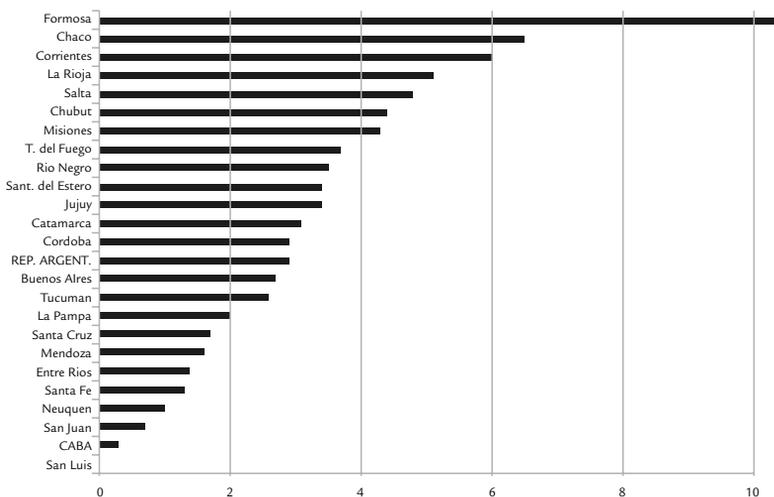
93 Marro, M. y col. "Análisis de tendencia de la desigualdad en la mortalidad materno-infantil, Argentina, 1990-2010". Revista Argentina de Salud Pública, 2018; 9(35): 17-24

### ***Evolución del índice de Gini para la mortalidad infantil y materna. 1990-2015***

	<b>Coefficiente de Gini de mortalidad infantil</b>	<b>Coefficiente de Gini de mortalidad materna</b>
1990	0,101	0,346
1995	0,106	0,357
2000	0,124	0,436
2005	0,104	0,311
2010	0,088	0,238
2015	0,088	0,231

*Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.*

### ***Tasa de mortalidad materna por mil nacidos vivos por provincias argentinas. Año 2017***



*Fuente: Dirección de Estadística e Información en Salud. Secretaría de Gobierno de Salud. Anuario 2017*

El análisis de la mortalidad por principales grupos de causas muestra que entre los años 2003 y 2015 la tasa ajustada por edad de las enfermedades cardiovasculares (reducción del 22%) es la única con tendencia francamente descendente, a la que sigue las tumorales con un descenso menor (reducción del 11%). Como contraparte las tasas de enfermedades infecciosas y por causas externas evidencian una tendencia a la estabilidad. No obstante, estos datos no son alentadores, ya que en aquellos países con buen funcionamiento del sistema la tendencia es a la disminución en todas las causas. Además, considerando que la reducción de la mortalidad en causas cardiovasculares es muy dependiente de los hábitos alimentarios y de actividad física, es dudoso que el descenso de la mortalidad cardiovascular (el único importante), pueda ser atribuido predominantemente al funcionamiento del sistema de salud.

***Tasas trienales de morbilidad de enfermedades seleccionadas por vulnerabilidad social, entre 2003 y 2015***

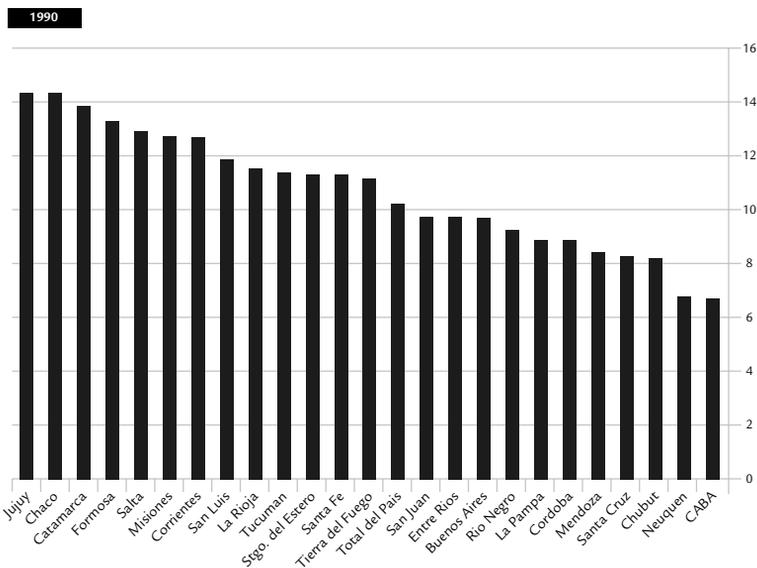
	<b>SIDA x 100 mil</b>	<b>TBC x 100 mil</b>	<b>Chagas Agudo x 10 millones</b>	<b>Sifilis CG x 1000 NC VIV</b>
2003	4,8	32,3	4,8	1,0
2006	0,0	30,4	6,2	0,8
2009	3,7	26,6	1,7	0,9
2012	2,9	25,7	0,5	1,0
2015	2,6	22,9	0,7	1,1

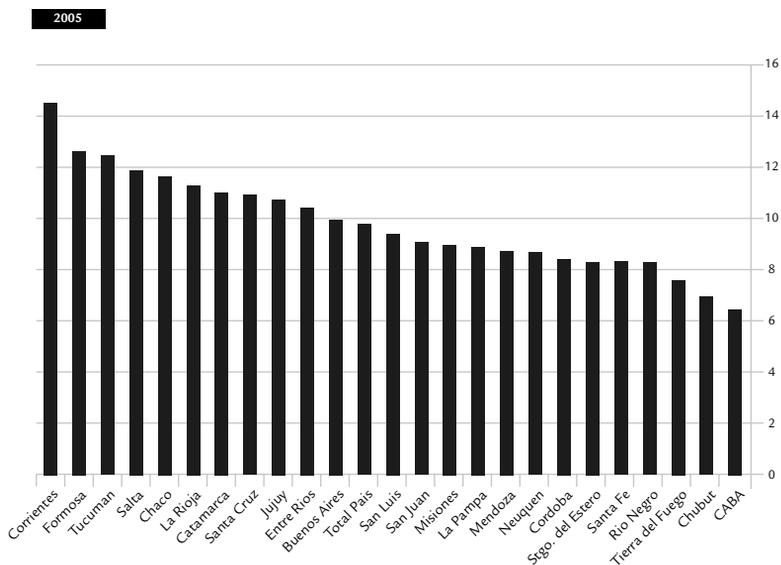
*Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.*

La característica más saliente del análisis de todos los indicadores clásicos de salud es la persistencia de enormes brechas entre provincias y departamentos. Dado que el análisis por clase social es imposible de realizar por las características de nuestros sistemas de información, la forma más acabada de evaluar las diferencias es por territorios de diferente situación

social como son las provincias. Como una manifestación clara del escasísimo avance en cuestiones de salud equitativa se muestra las diferencias en la mortalidad infantil en el año 1990 en el que comienzan las reformas, y luego en el 2015, tras 25 años de implementación. Las provincias del norte del país son las que conservan las tasas más altas de mortalidad infantil, y las mejor posicionadas (tasas bajas) siguen siendo algunas provincias del centro y Patagonia.

***Tasas diferenciadas de mortalidad infantil por provincias argentinas, ordenadas de manera descendente en 1990 y 2015***





*Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.*

Lejos de cumplir con su objetivo, las medidas reformistas han agregado problemas adicionales. La tercerización de la gestión, al haberse hecho con una lógica de lucro y sin regulación de las gerenciadoras, produjo una derivación de recursos a esas entidades que incrementaron la sub prestación, no como racionalidad médica, sino como instrumento de elevar la tasa de ganancia. La repetición del dogma de que los recursos son escasos, llevó a que se ajustara en los sectores de menor poder (donde era más viable) mientras que el gasto se incrementaba en aquellos nichos de convenios con actores poderosos. Este último fue el caso de las farmacéuticas y de ciertas empresas que comercializan dispositivos biotecnológicos. Paradójicamente se rechazaban prestaciones de gran valor preventivo y de bajo costo con la lógica de que los recursos son escasos, y en paralelo se continuaba financiando prácticas onerosas de

escaso valor para la salud, como ciertos medicamentos oncológicos cuya utilidad es nula, o dispositivos implantables como por ejemplo *stents* cardíacos de muy alto costo y poca o ninguna ventaja terapéutica frente a opciones más clásicas. En ese sentido, ha sido la propaganda y los incentivos a profesionales por parte del CMI, una forma de aumentar el gasto en estos sectores mientras se proclamaba la austeridad en otros.

Como agravante, la obsesión por contener el gasto de la peor forma (restringiendo el acceso), no tuvo que ver directamente con la macroeconomía, ya que ocurrió tanto en épocas de extrema crisis como en las de abundancia. Tanto es así que en los dos periodos en los que dividimos las reformas hubo aumento del PBI. Entre los años 1990 y 1998 el PBI creció más de 4 veces, partiendo de 76.000.000.000 USD y llegando a 298.000.000.000USD. Entre 2002 y 2017 el PBI argentino se sextuplicó, pasando de 97.000 hacia 637.000.000.000USD, en una curva ascendente solo interrumpida por leves bajas en los años 2009, 2014 y 2016<sup>94</sup>. Sin embargo, se continuó repitiendo que los recursos son escasos, y restringiendo el acceso de forma diferencial a los grupos más vulnerables y con menor poder de influencia.

Una de las expresiones del fracaso de la reforma fue el descontento general de los usuarios con el acceso a las prácticas de salud. A punto tal que en 2009 y como forma de paliar esta disconformidad, se promulga la ley 26529/2009 sobre derechos del paciente, propiedad de la historia clínica y consentimiento informado. La sanción de la ley de regulación de prepagas puede ser interpretada en el mismo sentido. Este aumento de la litigiosidad, que genera todo tipo de distorsiones al funcionamiento del sistema, se ha observado en otros países como Perú, Colombia y México.

Las EMP son actores que han sacado una gran ventaja en virtud de la desregulación de OSN. Además, este sector ha

94 Información del Banco Mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD?locations=AR>

95 Aún calculado per cápita, el crecimiento del PBI es muy importante en estos periodos: entre 1990 y 2017 el PBI per cápita se multiplicó por siete.

experimentado una concentración importante, que hace que sus dos entidades más grandes (OSDE y SMG) se lleven entre el 60 y el 70% del total facturado por EMP e impongan las condiciones del mercado al resto de las entidades. Como muestra del poder acumulado, destacamos que algunas importantes EMP conforman holdings que diversifican sus negocios en áreas de medios de comunicación, seguros tradicionales, agronegocios y acciones extranjeras<sup>96</sup>.

Lxs trabajadorxs de la salud, profesionales o no, han perdido participación en este juego, salvo por aquellas elites minoritarias que por su tipo de actividad muy rentable (cirugía plástica o anestesia, por ejemplo) o por su prestigio que les permite cobros muy altos se benefician, pero son los menos, prácticamente una excepción.

Las OSN, OSP y PAMI también han perdido debido a las transferencias hacia las EMP, al sector privado prestador y a la industria farmacéutica. Sin embargo, debe reconocerse que las OS grandes tienen posiciones aventajadas en el universo de las más de 300 OSN, incluso algunas con diversificación de sus negocios (efectores, empresas de medicina prepaga)<sup>97</sup>. Pero los más dañados son el Estado nacional y los estados provinciales cuyas múltiples transferencias a todos los otros subsectores, en forma de RRHH hasta financiamiento en atención por emergencias, sumado a la desvalorización de los presupuestos nominales y reales por devaluación, ha llevado la peor de las tajadas. Como consecuencia, el sistema público cada vez regula menos, se desfinancia progresivamente, presenta problemas serios edilicios y de insumos, y gestionan cada vez con mayor dificultad.

El impacto general que tuvieron las confrontaciones teórico-académicas y programáticas de estas tendencias, fue de

---

96 Entrevista de Facundo Sonatti a Claudio Bellocopit, en la revista Forbes edición argentina, agosto de 2018. Bellocopit es el dueño de Swis Medical Group, la EMP en segundo lugar de facturación en Argentina.

97 Es paradigmático el caso de la Obra Social Unión Personal, que acompañó con entusiasmo las reformas y que hoy se ha constituido en un holding que cuenta con su propia EMP.

una transformación del sistema en una estructura de tipo privatista, con lógicas de mercado infiltrando el subsector público y con una ampliación de la estructura del subsector privado a expensas de la capacidad instalada estatal.

Cuando se observan los subsistemas en particular (Estado, OSN, OSP, PAMI, EMP), el análisis se ve atravesado por una tónica general que expresa, no solamente la tendencia hacia la privatización de los recursos.

#### **4. Conclusiones**

El tramo histórico analizado ha coincidido con un momento de la geopolítica local y regional, donde el capitalismo y los bloques dominantes se reconfiguran para relanzar el esquema de la globalización, hacia el paradigma del “Estado Posnacional” –según la interpretación del investigador Ignacio Lewkowicz– conformado por una nación compuesta de público o gente y no de clase o pueblo, de consumidores y no de ciudadanos. Una nación dependiente más del espectáculo y el relato que de su historia; más identificada con sus celebridades que con sus próceres.

Los Estados y las Políticas Públicas son parte de este proceso de recolonización de los territorios y las Naciones.

La democracia no sólo no modificó las grandes determinaciones de enfermedad colectiva (Pobreza y Desigualdad), sino que ha generado condiciones para el desarrollo de un modelo productivo extractivista contaminante, nuevo protagonista del proceso Salud Enfermedad en la Argentina.

Se desarrolló en este tramo, un proceso planificado y sobredeterminado por los OMC de reconversión integral del Sistema de Salud Argentino, hacia un Sistema de Aseguramiento desregulado. Descentralización, desregulación de OSN, gerenciamiento tercerizado y reformulación del modelo de Hospital Público, fueron los ejes en los que coincidieron gobiernos y bloques de poder concentrado que operan en el sector.

Las aceleraciones y desaceleraciones de esta reconversión, estuvieron condicionadas por la puja hacia el interior de los sectores dominantes, más que por una alternancia en la correlación de fuerzas con los sectores populares.

Se reconocen al Gobierno de Carlos Menem y el de Mauricio Macri (2015 en adelante, CUS mediante) como los momentos institucionales de mayor incremento de innovaciones legales e instrumentales de la Reforma neoliberal.

Los Gobiernos de De la Rúa y Duhalde no ofrecieron variantes significativas. Y los doce años a cargo de Néstor Kirchner y Cristina Fernández estuvieron dominados por gestiones adictas a la Reforma, y un tramo final pero breve más vinculado con los preceptos de la Medicina Social y el Universalismo que augura una interesante perspectiva de debate y puja hacia el interior de uno de los partidos políticos mayoritarios.

La falta de un sujeto político defensor del Universalismo en la Argentina, enraizado en el movimiento popular ha sido una vacancia histórica que todavía no se salda. La irrupción del Movimiento por el Derecho a la Salud inaugura una esperanza para trascender las coyunturas políticas y las cooptaciones sectoriales.

## **Bibliografía**

- Abadie, J. (1998) *Reflexiones sobre seguros públicos provinciales de salud*. Cuadernos Médicos Sociales 80: 119-123 Rosario.
- Abramovich, V. (2006). *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo*. \_Revista de la CEPAL 88. Buenos Aires.
- Abramovich, V. y col. (2008). *El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina*. Salud Colectiva, 4(3):261-282. Buenos Aires.
- Abrutzky, R. y col. (2015). *El perfil de la industria farmacéutica de la Argentina. Interrogantes a mediano plazo*. \_Ciencia, docencia y tecnología. Pp. 26- 51, Buenos Aires.

- Adaro, J. y col. (2004). *Mesa Debate: Gestión de contratos en salud*. Buenos Aires. 2004. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Serie seminarios salud y política pública. Buenos Aires.
- Almeida, C. (2002). *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. Cadernos de Saúde Pública v.18 n.4. Rio de Janeiro.
- Angell, M. (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica*. Ed. Norma. Bogotá.
- Bascolo, E. y col. (2018). *Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal*. Revista Panamericana de Salud Pública 42. Washington.
- Basualdo, E. y Lozano, C. (2000). *A 25 años del golpe, la economía argentina luego de la dictadura*. Instituto de Estado y Participación (IDEP). Buenos Aires.
- Belmartino, S. (2005). *Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina*. Salud Colectiva.1 (2):155-171.
- Bisang, R.; Luzuriaga, J.P. y San Martín, M. (2017). *El mercado de los medicamentos en la Argentina*. Centro de estudios para el cambio estructural. P. 59. Buenos Aires.
- Borini, L. y Migueles, L. (2015). *La mortalidad infantil en Argentina*. Cuadernos de Salud. IDEP SALUD. Buenos Aires.
- Borini, L. (2014). *Financiamiento de la Salud poblacional*. Cuadernos de Salud. IDEP SALUD. Buenos Aires.
- Caterberg, G. y col. (2011). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. PNUD, CEPAL, OPS. Buenos Aires.
- Cerdá, J. (2012). *El sector salud en la Argentina de los 90. Controversias acerca de las obras sociales sindicales*. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/173/175>
- Correa, C. y col. (2011). *Patentes, suministro de medicamentos y protección de la salud pública*. Revista Argentina de Salud Pública, Vol. 2 - N° 7. Buenos Aires.
- Crojethovic, M. y col. (2008). *La autogestión Hospitalaria: descentra-*

- lización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas.* Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín. ISSN: 1851-2577. Año 2, n° 4, Buenos Aires.
- Falappa, F. y Andrenacchi, L. (2009). *La política social de la Argentina democrática.* Universidad Nacional de Gral. Sarmiento. Buenos Aires.
- Findling, L. y col. (2002). *Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina.* Cadernos deSaúde Pública, 18(4):1077-1086. Rio de Janeiro.
- Frenk, J. y Londoño, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina.* Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353. Washington.
- Fumagalli, A. (2010). *Bioeconomía y capitalismo cognitivo.* Traficantes de sueños, Madrid.
- Galante, M. y col (2015). *Principales resultados de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en Argentina.* Revista Argentina de Salud Pública. 6 (24):22-29.
- Giovanella, L. y col. (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad.* ISAG, UNA-SUR. Rio de Janeiro.
- Godoy, D. y Diloretto, M. (2011). *La Organización del sistema de salud en la Argentina.* Cuadernos para trabajadores de la Salud. IDEPSALUD- Buenos Aires.
- Godoy, D. (2017). *La cobertura universal de salud y la tela para cortar.* IDEPSALUD. Buenos Aires. Disponible en: <http://idepsalud.org/wp-content/uploads/2017/10/LA-COBERTURA-UNIVERSAL-DE-SALUD-Y-LA-TELA-PARA-CORTAR-1.pdf>
- González García, G. y Tobar, F. (2004). *Salud para los argentinos. Economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina.* Isalud. Buenos Aires.
- Hardt, M. Y Negri, A. (2011). *Commonwealth.* Akal. Barcelona. 2011.
- Hernández, M. (2001). *El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina.* Revista Cubana de Salud

- Pública 2003;29 (3):228-35. La Habana.
- Hourest, M. (2009). *Nuevas formas de trabajo y organización en el Estado. Capítulo: Crítica a la estadolatría*. IDEP, Buenos Aires.
- Iriart, C. y col. (2000). *La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma*. Cadernos de Saúde Pública, 16(1):95-105. Rio de Janeiro.
- Jamison, D. y col. (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en salud*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Washington.
- Jorrat, J. y col. (2008). *Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud*. Salud Colectiva, Buenos Aires, 4(1):57-76. Buenos Aires.
- Lago, F. y col. (2012). *Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires*. Salud Colectiva, 8(3):263-274. Buenos Aires
- Laurell, A. (2016). *Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados*. Cuadernos de relaciones laborales. 34(2) 2016: 293-314 Ediciones complutenses. Madrid.
- Lemus, J. (2016) Cobertura Universal de Salud. Revista Argentina de Salud Pública, 7(27): 33-39. Buenos Aires.
- Leone, F. (2011). *Obras sociales en la Argentina. Un sintético relato histórico*. Voces en el Fénix. año 2 número 7. Buenos Aires.
- Maceira, D. (2002). *Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino*. CEDES- Buenos Aires
- Marro, M. y col. (2018). *Análisis de tendencia de la desigualdad en la mortalidad materno-infantil, Argentina, 1990-2010*. Revista Argentina de Salud Pública, 2018; 9(35): 17-24. Buenos Aires.
- Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Ed Altadir. ILPES.
- Messina, M. (2012). *El sector salud argentino en los dos modelos de crecimiento en las etapas de la convertibilidad y la posconvertibilidad*. Revista Perspectivas de Políticas Públicas. Año 2 N° 3. Buenos Aires.
- Migueles, L. (2018). *Análisis del presupuesto de salud 2019*. IDEPSALUD. Buenos Aires. Disponible en: <http://idepsalud.org/analisis-de-proyecto-de-presupuesto-de-sa>

lud-2019-idep-salud/

- Migueles, L. Y Borini, L. (2015). *Sistemas de Información en Salud. Información, desinformación, sus determinaciones y fines. ¿Cómo transformar dispositivos de manipulación social en herramientas de emancipación?* IDEPSALUD. Buenos Aires.
- Migueles, L., Dozo, I. y col. (2012). *Accesibilidad al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas según entidades financiadoras de salud en argentina, 2000-2010*. Revista Argentina de Salud Pública, Vol. 3 - N° 10, Buenos Aires.
- Oszlak, O. (1999). *De menor a mejor. El desafío de la segunda reforma del Estado*, Nueva Sociedad, n. 160, 81-100. Caracas.
- Relman, A. (1980). *El Nuevo Complejo Médico Industrial*. Cuadernos medico sociales. n° 18 – Traducido de “The new medical-industrial complex”. The New England Journal of Medicine, N° 17, Vol. 303: 963-970. Pag 963 a 964. Rosario.
- Roa, R. y Maceira, D. (2011). *Cómo definir una Canasta de Servicios Asistenciales: claves para aumentar la eficiencia del sistema de salud*. Documento de Políticas Públicas/Recomendación N°93. CIPPEC. Buenos Aires
- Spinelli, H. (1991). *Salud y políticas de ajuste*. Revista Salud, problema y debate. Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (2014). *Las denuncias de los afiliados de las empresas de medicina prepaga presentadas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor en Argentina*. Cadernos de Saúde Pública, 30(5):972-982. Rio de Janeiro
- Testa, M. (1997). *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (1989). *Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud*. OPS, Argentina. Buenos Aires.
- Torres, R. (2004). *Mitos y realidades de las Obras Sociales*. Isalud. Buenos Aires. 2004.
- Van Der Kooy, E. y col. (2018). *Gasto catastrófico en salud*. Isalud. Buenos Aires.
- Villa, A. y col. H. (2015). *Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas: diseño, implementación y resultados a mediano plazo*. Revista Argentina de Salud Pública. 6(24):39-42. Buenos Aires.



Contribuciones teóricas  
y ético-políticas a  
la intervención profesional  
del Trabajo Social en Salud



# Concepciones en torno del proceso salud-enfermedad-atención Malnutrición e intervención profesional

Liliana Madrid<sup>1</sup>

## Introducción

Hay una diversidad de modelos teóricos y de disciplinas involucradas en el análisis de los determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad-atención, en ocasiones contrapuestas y que expresan diferencias en la manera de interpretar la realidad y, por tanto, en la forma de afrontarla.

En la actualidad nadie puede negar el carácter biológico de la enfermedad. Sin embargo, tampoco puede negarse sus connotaciones sociales pues la pobreza y las condiciones de vida que ella implica favorecen el contagio (Sy, 2018). El conocimiento epidemiológico ha demostrado que la determinación social de la frecuencia y distribución de los eventos patológicos se encuentra a un nivel jerárquicamente superior a la determinación biológica y psicológica.

---

<sup>1</sup> Licenciada en Trabajo Social (UNICEN, Argentina), Magister en Trabajo Social (UNLP, Argentina), Doctora en Ciencias Sociales (UBA, Argentina). Docente de la Carrera de Trabajo Social e Investigadora del GlyAS (Grupo de Investigación y Acción Social). Facultad de Ciencias Humanas, UNICEN.

El proceso de industrialización experimentado por los países capitalistas centrales fue acompañado por la reducción de la mortalidad general e infantil en particular y por el aumento de la esperanza de vida al nacer. En esa evolución jugaron un papel fundamental las mejoras habitacionales, el saneamiento ambiental (aguas y eliminación de excretas), y los progresos de la higiene y de los hábitos alimentarios. Así, McKeown (1978) afirma que el descenso extraordinario en la tasa de la mortalidad a partir del siglo XVIII fue debido a tres factores: la nutrición (desde el siglo XVII la producción de alimentos aumentó rápidamente en el mundo occidental y con ello el consumo alimentario y la resistencia a las infecciones), las condiciones de higiene y saneamiento (a partir de la segunda mitad del siglo XIX) y el descubrimiento de microorganismos y la teoría microbiana de las enfermedades en el siglo XX.

En este sentido es necesario señalar que hay una diferencia esencial entre plantear el proceso biológico humano como un fenómeno natural y postular que, aun siendo un proceso biológico, asume formas históricas específicas (Laurell, 1986). No obstante, la especialización de las diferentes disciplinas y la fragmentación interna del abordaje de un mismo objeto de estudio ha contribuido a renunciar a la comprensión de la realidad como un todo.

En este contexto analítico, el artículo procurará identificar, describir y analizar modelos teóricos para examinar el proceso de salud-enfermedad. En este sentido, se recuperará el modelo biomédico, la medicina social latinoamericana y la mirada mágico-religiosa. La intención de este punto es la recuperación de los principales elementos que definen cada mirada, pues cada uno entiende a los problemas de salud de una manera en particular y, por tanto, define estrategias de abordaje también diferentes, las cuales observamos en el ejercicio profesional en el campo sanitario. Luego, se focalizará en torno del proceso de medicalización y biomedicalización alimentaria analizando aspectos de la intervención profesional.

## Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad

El proceso de salud-enfermedad puede comprenderse de diversas maneras, por tanto, tiene varios significados, los cuales, a su vez, han variado en su devenir histórico de acuerdo a los actores que han estado involucrados. La consecuencia de esta diversidad es la existencia de explicaciones dispares para dar cuenta de un mismo problema de salud. Y, como consecuencia de la heterogeneidad, es posible observar estrategias de intervención disímiles para abordar el problema de salud en cuestión. Esta diversidad involucra a una multiplicidad de disciplinas y actores; por consiguiente, excede lo estrictamente médico, aunque tiene un nivel de determinación importante. En este contexto ubicamos la práctica profesional del trabajador social, que se constituye en un actor más del proceso de salud-enfermedad-atención.

Para dar cuenta de esta diversidad, podríamos comenzar diciendo que, en términos generales, en el campo sanitario hallamos dos grandes miradas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención: la mirada biomédica (biológica), que ha logrado constituirse en hegemónica -y que ha sabido también generar las estrategias para sostenerse en esa hegemonía como el proceso de medicalización que desarrollaremos más adelante- y la mirada histórica crítica, cuya expresión la podemos hallar en el movimiento de medicina social latinoamericana de la década del 70; si bien las distintas dictaduras militares y las políticas neoliberales ejercieron su influencia para restar fuerza a esta concepción del proceso mencionado, pudo sostenerse. No obstante, el artículo propone considerar también una mirada mucho más antigua que los modelos biomédicos o histórico crítico y que, a pesar de sus años, sigue siendo utilizado sobre todo por los sujetos pacientes y su presencia suele ser soslayada por la intervención profesional: el modelo mágico-religioso. Desde esta perspectiva, la enfermedad es causada por fuerzas o espíritus, representando un castigo divino o bien un estado de purificación que pone a prueba la fe reli-

giosa. La perspectiva mágica/religiosa circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes y la curación a la ejecución de ritos. Arredondo (1992) señala que, como ventaja, podría señalarse que facilita la aceptación de la muerte inminente, pero por otro lado fomenta la actividad pasivo-receptiva del sujeto. Si bien las sociedades primitivas son un buen ejemplo del protagonismo de esta cosmovisión, actualmente es posible advertir la continuidad de esta mirada teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas. Es una mirada reprimida por el campo sanitario, a pesar de que Argentina es un país con marcada diversidad cultural. Saizar (2008) enfatiza que la pretensión de hegemonía de un sistema médico por sobre otros genera conflictos y contradicciones al interior del campo de atención de la salud, y señala que, a pesar de las recomendaciones de la OMS en 1970 a los países con multiculturalidad respecto de la necesidad de incorporar al sistema de atención de la salud oficial otras medicinas que fuesen representativas de los usuarios, en Argentina continua imponiéndose el sistema biomédico como el único con carácter oficial.

En relación al modelo biomédico, comenzaremos diciendo que, durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, Pasteur y Koch alimentaron con sus descubrimientos el crecimiento de la mirada biológica y el protagonismo del agente biológico como único responsable de los problemas de salud de las poblaciones. De esta manera, la identificación del denominado agente patógeno que causaba la enfermedad se constituyó en central, menospreciando y omitiendo el rol de otros factores intervinientes, limitándose el abordaje a los aspectos biológicos y psicológicos. A pesar de haber transcurrido dos siglos de su surgimiento, las premisas del modelo biomédico o unicausal se encuentran intactas: el carácter curativo/reparativo -lo cual supone el incremento de la medicamentación-, su faz normalizadora y controladora (requiere normalizar para actuar y controlar para ser eficaz) y su carácter ahistórico e individual donde la participación de

los sujetos pacientes está subordinada al saber médico. De acuerdo a Saizar, el modelo en cuestión:

sienta sus bases en la patología orgánica individual, en la etiología fisiológica, en forma unicausal y en terapias que actúan por la contra –antivirus, antibiótico, antihistamínico, antidepresivo, etc. La biomedicina construye una idea de persona centrada en el eje del cuerpo biológico, construcción que no solo es diferente sino además distante de la experiencia de los individuos en su vida cotidiana. La perspectiva biomédica de la enfermedad y la salud limita la consideración de factores ambientales y sociales más complejos, al ubicar el foco de atención en la consideración de causas y soluciones de índole biológica. El resultado es una forma de anti-holismo que equipara a una persona con su patología, más que con su totalidad de persona viviente. (...) La construcción simbólica que plantea la biomedicina presenta una visión del hombre como un conjunto de células, sistemas y subsistemas que interactúan. (Saizar, 2008: 36)

Así, la biomedicina define a la salud como ausencia de enfermedad, dividiéndonos entre sanos y enfermos; siendo enfermedad aquello que el médico puede reconocer, demostrar y clasificar. El cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes, y el médico interviene física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico. Esta concepción mecanicista del proceso salud-enfermedad ha obtenido muchos logros en la mejora de la salud de la humanidad, pero no es suficiente para interpretar las interacciones entre mente, cuerpo y ambiente como sistemas complejos e históricos.

Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948), lo cual supone, en principio, una superación de la consideración de la salud como ausencia

de enfermedad, hablar de “completo bienestar” es subjetivo y funcional al paradigma biomédico (reduccionista). La idea de completo bienestar introduce la noción de normalidad en la salud. Lo normal es lo que suele suceder de forma común y corriente (promedio o estándar de una situación determinada). Además, esta noción muestra a la salud como algo fijo, estático. La salud dista mucho de ser estática, pues es un proceso en continuo cambio y adaptación. Por tanto, la idea de normalidad en salud es controversial, dado que existen casos en los que una persona puede aparentar estar saludable y, sin embargo, ser portadora del virus del VIH-SIDA, de la hepatitis B, padecer hipertensión arterial, tener diabetes o presentar cáncer en estado inicial, lo que ocasionaría una limitación científico-práctica a la hora de determinar oportunamente el estado de salud de una persona.

Los límites observados en el modelo biomédico y los antecedentes de la medicina social en Europa en el siglo XIX estimularon la construcción de una perspectiva del proceso salud-enfermedad superadora del protagonismo de lo individual por sobre lo colectivo, de los fenómenos biológicos por sobre los sociales, de las acciones curativas por sobre las preventivas y promocionales y de la atención clínica por sobre la intervención comunitaria. De esta manera, con la intención de superar la mirada reduccionista del modelo biomédico, el modelo histórico-social reconoce perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Su aporte especial es la incorporación de la dimensión histórico-social al análisis epidemiológico, a la vez que aportó nuevas categorías de análisis y cuestionó la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que las generan (Arredondo, 1992). En este sentido, el modelo histórico-social considera que los procesos salud-enfermedad del conjunto son una expresión de los procesos sociales y que se deben analizar los fenómenos de salud

y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos (Laurell, 1986).

En Latinoamérica, esta mirada cobró vida en el denominado movimiento de la medicina social latinoamericana, el cual no puede pensarse sin considerar el antecedente que significan los desarrollos en Europa durante el siglo XVIII. En ese momento histórico diversos médicos europeos reconocieron la necesidad de tomar en cuenta el punto de vista social en el manejo de los problemas de la medicina y de la higiene. Quedó para el siglo XIX el desarrollo de la idea de la medicina como ciencia social. En este sentido, Virchow y Neumann en Alemania afirmaron que la mayor parte de las enfermedades que impedían el disfrute completo de la vida o mataban a un considerable número de personas prematuramente no se deben a causas naturales sino a condiciones sociales producidas artificialmente. Estaban convencidos de que la pobreza, el hambre y la miseria si no eran idénticos a la muerte, la enfermedad y el sufrimiento crónico, eran por lo menos sus compañeros inseparables y decían que el prejuicio, la ignorancia y la estupidez son la fuente inagotable en que estos se originan. Virchow y sus colaboradores reconocían los descubrimientos de los bacteriólogos, pero nunca aceptaron una relación causal sin calificativos entre las bacterias y la enfermedad. Sin embargo, este punto de vista no logró madurar en su época, aunque había sembrado la semilla. En Inglaterra, el auge de la doctrina liberal -en particular del liberalismo económico- y de la doctrina religiosa limitó la discusión porque estimulaban la aceptación del status quo. Cualquier esfuerzo por alterar las condiciones existentes era leído, en consecuencia, como un peligro para el bienestar social porque significaba que se estaba interfiriendo con la ley predestinada por Dios. No obstante, en la primera mitad del siglo XIX se presentaron algunos informes que denunciaban la relación entre condiciones de trabajo y salud de los trabajadores (Gaskell, 1833; Informes de Comisión

de la Ley para los Pobres entre la década del 30 y 40 y en 1844 el Informe de la Comisión de Salud de los Pueblos). Estos se constituyeron en la base para el cambio ideológico en Inglaterra hacia finales del siglo XIX. Para entonces, diversos médicos y administradores habían reconocido que las condiciones sociales y económicas estaban íntimamente relacionadas con una mayor o menor frecuencia de enfermedades y que esas relaciones debían ser objeto de investigaciones rigurosas. En Bélgica, Meynne estudió los problemas de salud en el marco de un alto grado de industrialización y concluyó que la pobreza era la principal causa de enfermedad, sobrepasando de lejos a causas como el suelo, el clima y el contagio, y proponía prestar especial atención al trabajador y protegerlo de la explotación. Abogaba por un salario más alto, mejor vivienda, mejor nutrición y disminución de males sociales como el alcoholismo (Rosen, 1974).

Teniendo en cuenta estos antecedentes, es preciso decir que la medicina social latinoamericana surgió hacia finales de la década del 60 y comienzos de los 70 del siglo pasado como resultado de un conjunto de insatisfacciones, como observa Eslava-Castañeda:

Por un lado, la de militantes de izquierda que veían en las políticas desarrollistas de la época un obstáculo para lograr la soberanía de los pueblos y alcanzar mejores condiciones sanitarias; por otro lado, la de personas inconformes que ansiaban disfrutar de los avances médico-sanitarios pero que veían frustradas sus aspiraciones, a pesar de eventuales mejorías en algunos indicadores demográficos y epidemiológicos y, adicionalmente y de modo especial, la de algunos profesionales del sector salud y grupos académicos que no sólo encontraban deficiente el enfoque biomédico que dominaba la enseñanza de la medicina sino que consideraban demasiado excluyente y autoritario el ejercicio médico. (Eslava-Castañeda 2017: 397)

A su vez, el desarrollo de la medicina social latinoamericana se da en un marco de deterioro creciente de la salud

colectiva, cambios en el perfil de morbilidad y desigualdad social creciente ante la enfermedad y la muerte que hacía imposible soslayar el carácter de clase de la problemática de salud. A su vez, el gasto en salud había crecido y, aunque todavía era insuficiente, no era posible explicar el deterioro de las condiciones de salud como el resultado de un empeoramiento de los servicios médicos. Además, se observaba una creciente estratificación del sistema de salud, junto con una sofisticación de la medicina privada y precariedad de los servicios estatales (Laurell, 1986).

La medicina social latinoamericana estableció una confrontación con el modelo biomédico y salubrista existente y recuperó -como ya expresamos- la tradición de la medicina social europea, aunque construyó su propia identidad, fundamentada en la teoría social materialista (marxista).

Laurell (1986) afirma que el objeto específico de la corriente de la Medicina Social Latinoamericana es el proceso de salud-enfermedad en su carácter social y biológico. Esta consideración supera la mirada biomédica que define el problema de salud en términos de la enfermedad biológica del individuo desarticulándolo de la totalidad social. La medicina social latinoamericana entiende que los fenómenos de salud y enfermedad son fenómenos tanto biológicos como sociales; en consecuencia, para entender las condiciones de salud de las poblaciones, es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas (Eslava-Castañeda, 2017).

El carácter histórico y social de proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbilidad 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. Otro hecho que muestra la historicidad del proceso biológico humano es la esperanza de vida, ya que varía en las distintas épocas históricas

y entre las clases sociales (Laurell, 1986: 6).

Si bien en los años setenta se produce un notable crecimiento de la corriente de pensamiento de la medicina social a través del impulso dado por Juan César García, médico argentino, María Isabel Rodríguez, salvadoreña y Miguel Márquez, ecuatoriano, y también por el apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de Organizaciones no gubernamentales en la difusión de la corriente, referentes del movimiento señalan actualmente la necesidad de fortalecer la perspectiva. En este sentido, reconocen que el eje en el contexto social e histórico de los problemas de salud, el énfasis en la producción económica y en la determinación social, y la vinculación de la investigación y la formación con la práctica política han proporcionado enfoques innovadores para estudiar e intervenir en los problemas contemporáneos.

Sin embargo, las barreras de idioma y posiblemente el escepticismo acerca de las investigaciones que provienen del “Tercer Mundo” han favorecido el desconocimiento de esta importante corriente entre los profesionales sanitarios de los países del “Primer Mundo”. Asimismo, el lenguaje y los métodos tradicionales de circulación de las revistas latinoamericanas de medicina social han sido un obstáculo para que accedan a esta importante producción científica muchos profesionales sanitarios de todo el mundo, cuyos trabajos podrían beneficiarse de los avances de la medicina social si esta estuviera más difundida y fuera más accesible (Iriart et al. 2002: 134).

En consecuencia, la medicina social latinoamericana es un campo de conocimiento y práctica muy importante, pero poco conocido; por tanto, señala importantes desafíos para su difusión.

Para concluir este punto es importante mencionar que en Brasil la corriente de la medicina social latinoamericana es denominada *saúde coletiva*. La razón es resaltar la construcción colectiva y el énfasis de sus análisis en el conjunto de las prácticas y organizaciones de salud, incluida la práctica mé-

dica, abandonando la enfermedad y su tratamiento, y el acto médico, como ejes centrales del proceso salud/enfermedad/atención (Iriart et al. 2002).

## Medicalización y biomedicalización

En el marco de la hegemonía del modelo biomédico, se identifica un proceso denominado *medicalización*, el cual se entiende como una estrategia para el fortalecimiento del carácter curativo/reparativo, normalizador/controlador, ahistórico e individual de la práctica biomédica.

La medicalización puede ser entendida como el proceso mediante el cual problemas inicialmente no médicos son definidos y tratados como problemas médicos (patologías). Al respecto, Sy observa:

(...) gradualmente procesos, eventos, comportamientos y padecimientos que antes formaban parte de la vida cotidiana o del ciclo de vida de las personas, se han patologizado: por ejemplo, las emociones -el duelo por la muerte de un ser querido, el dolor, la angustia o la ansiedad-, eventos del ciclo vital -el embarazo, el parto y el nacimiento, la niñez, los cambios hormonales en la adolescencia, la menopausia y el proceso de envejecimiento-, para nombrar sólo algunos. La “construcción” o delimitación que se realiza de tales problemas como plausibles de tratamiento médico es lo que llamamos medicalización. (Sy, 2018: 1533)

Para que se produzca este tránsito tienen que suceder algunos pasos tales como considerar necesario el control médico de ciertas etapas de la vida (adolescencia, menopausia, envejecimiento, etc.); entender problemas personales o sociales como problemas de injerencia médica (tristeza, duelo, síndrome postvacacional, etc.); ponderar factores de riesgo como auténticas enfermedades (osteoporosis) y decidir que situaciones poco frecuentes y síntomas leves se transformen

en frecuentes (disfunción eréctil, disfunción sexual femenina, etc.) y graves (colon irritable, síndrome premenstrual, etc.) (Orueta Sánchez et. al, 2011).

La producción académica entre los años 1950 y 1970 construyó una mirada sumamente crítica del proceso medicalizador y de sus consecuencias. En este sentido, hubo una fuerte denuncia hacia el enfoque reduccionista centrado en el individuo, en detrimento de los factores sociales que intervienen en el proceso de salud enfermedad. También se llamó la atención sobre las pretensiones universalistas e imperialistas de la medicina y el carácter omnipresente y omnipoderoso de los médicos y de la institución médica. A mediados del siglo XX se consideraba a la medicalización como un proceso ilimitado, inevitable e irreversible que convertía a los sujetos en pacientes pasivos, indefensos y dependientes de modelos y tratamientos.

En esta línea teórica podemos recuperar los trabajos de la perspectiva histórico-crítica, que sostenía que la medicalización reportaba beneficios al capitalismo pues lograba presentar problemas emanados de situaciones sociales de desigualdad como patologías individuales. Por tanto, esto se traducía en una búsqueda de soluciones personales –en lugar de políticas– para lo que en realidad son, desde esta óptica, problemas de clase producidos por el orden social. En esta línea de pensamiento, la perspectiva histórico-crítica llamó la atención sobre el mayor consumo de todo tipo de tratamientos, que favorecía tanto a los médicos, en particular, como al capital, en general.

Desde esta misma mirada crítica, el feminismo también ha denunciado las pretensiones expansionistas de la medicina abocándose a investigar específicamente los discursos y las prácticas dirigidas a las mujeres. El feminismo ha reflexionado sobre la manera en que la institución médica se apropió de sus cuerpos y experiencias y se destacaron los trabajos sobre la usurpación y control de los médicos, en su mayoría varones, de la reproducción y del parto.

Ante la ampliación de la jurisdicción médica, se aumenta

la magnitud del control sobre el comportamiento humano. La medicina debe pensarse como estrategia biopolítica: el poder regulatorio sobre las elecciones individuales se naturalizó, la sociedad lo internalizó y se incrementa cada vez más cuanto más amplia es el área de fenómenos personales y sociales que se incluyen en el ámbito de dominio de la medicina.

En la década del 90 las ciencias sociales intentaron dar cuenta de la complejidad del proceso medicalizador y por ello deja de entenderse a la medicalización sola y exclusivamente como sinónimo de control médico y de medicamentación. Se continúa cuestionando la ampliación inexorable de la jurisdicción médica y se denuncia que los riesgos y límites de la biomedicina han sido y siguen siendo sistemáticamente infravalorados, sus capacidades curativas –y no sólo su dimensión biopolítica– resultan centrales para comprender por qué se ha convertido en el modelo médico hegemónico (MMH), a pesar de las consecuencias negativas de esta hegemonía.

Así, la medicalización es entendida como un proceso que puede ser impulsado por diferentes actores y fuerzas – profesionales de la salud, sujetos legos, grupos de defensa de los pacientes, empresas farmacéuticas, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones internacionales, gobiernos, compañías de seguros etc. Claro está que no todos los participantes tienen la misma proporción de recursos e influencia para instituir sus demandas, pero esta consideración de multiplicidad de actores da cuenta de la complejidad del fenómeno.

En consecuencia, en las últimas décadas, las ciencias sociales han denunciado que el proceso se ha complejizado de tal manera que ya ni siquiera son necesarios los médicos, sino que se ha construido un andamiaje a través de los medios de comunicación por medio del cual la industria farmacéutica fortalece su presencia.

Iriart (2014) conceptualiza este proceso como *biomedicalización*, para dar cuenta de las estrategias del complejo médico-industrial, principalmente la industria farmacéutica, que

permitió la radicalización de la medicalización. Si la medicalización supone, como señalamos más arriba, la expansión de la jurisdicción médica sobre situaciones previamente no consideradas padecimientos a través de la deslegitimación de prácticas que no se realizaban bajo supervisión médica, instituyendo la necesidad de control médico ante el peligro de complicaciones; la biomedicalización, por su parte, supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los propios individuos, 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. A propósito de esto, Iriart señala que

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 (...) Dos fueron los procesos que facilitaron el pasaje de la medicalización a la biomedicalización, por un lado, la posibilidad de masificar el consumo de biotecnologías, incluyendo medicamentos, instrumentos diagnósticos y otros equipamientos (...) Por otro lado, los desarrollos en computación y comunicaciones que facilitaron, tanto la captura de enormes cantidades de datos de salud de individuos y colectivos por parte de las corporaciones, como la diseminación masiva de información sobre enfermedades, padecimientos y riesgos, y las formas de detectarlos, tratarlos y prevenirlos. (2014: 6-7)

Como dijimos, el modelo biomédico minimiza la importancia de la causalidad social y cultural en la génesis del proceso salud-enfermedad, recurriendo para ello a estrategias ideológicas como la medicalización de variados aspectos de la vida coti-

diana, entre ellos la alimentación. Entre los diversos aspectos de la vida cotidiana medicalizados, hallamos el hambre, lo cual supone individualizar el problema, legitimar una situación de desigualdad social existente e ignorar (conscientemente) la causalidad estructural del problema (Madrid, 2010). La medicalización de la alimentación es una categoría que supone dos fenómenos hacia su interior: por un lado, la consideración del problema alimentario en términos de padecimiento, la deslegitimación de prácticas alimentarias sin supervisión médica y la necesidad del control ante el peligro de complicaciones y, por otro lado, el fenómeno de la medicamentación de los alimentos (Rodríguez Zoya, 2015), donde la selección y el consumo de alimentos se definen por razones de orden médico nutricional más que por motivos pragmáticos, simbólicos y sociales. Los alimentos son ponderados en virtud del aporte de vitaminas, fibras, aceites, proteínas, minerales, etc., sean estos naturales de los alimentos o resultado de modificación técnica.

En el proceso de biomedicalización alimentaria, la equiparación de una alimentación saludable con una buena alimentación tiene como consecuencia la comprensión de que el comportamiento correcto es el denominado saludable y la forma de alcanzarlo está vinculada a la capacidad de autodeterminación de los sujetos, escindiendo las múltiples determinaciones de clase, edad, etnia, religión, género, entre otras, de las prácticas alimentarias. Observar su propia práctica alimentaria y ajustarla al comportamiento correcto lo presenta como un sujeto activo y responsable por la gestión de los medios para tener salud. Ello implica la formación de competencias dietéticas nutricionales, el conocimiento de categorías médicas, la atención a los procesos biológicos o estados orgánicos del propio cuerpo, la autoobservación de la práctica alimentaria y la toma de decisiones relativas a la misma.

Gracia-Arnaiz (2007) expresa que la consideración biomédica de la obesidad como una enfermedad de carácter plurifactorial y epidémico, que puede prevenirse con estilos de

vida saludables que procuren el equilibrio entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas, implica una visión reduccionista del acto de comer, pues éste no es una simple operación matemática. En el abordaje de la obesidad son muy frecuentes las recriminaciones relativas a las conductas alimentarias en razón de sus dimensiones morales. En consecuencia, se adjudica la responsabilidad casi con exclusividad al obeso porque no sabe o no quiere comer bien. En el caso de la obesidad infantil tal responsabilidad se traslada a la mujer madre, fortaleciendo el mandato histórico del cuidado de la prole.

## **La responsabilidad individual**

La consideración de la responsabilidad individual ante problemas de salud y la posibilidad de superación a partir de la modificación de aspectos subjetivos suele ser recurrente en los procesos de intervención del trabajo social. En intervenciones vinculadas a lo alimentario, tanto por déficit como por exceso, suele recurrirse a la educación como estrategia exclusiva de intervención para superar diagnósticos biomédicos de obesidad, sobrepeso o desnutrición. En este sentido, es posible advertir un conjunto de planes y proyectos que hacen foco en mejorar la capacidad de elección de los alimentos e incluso formas de prepararlos desconsiderando variables de índole económicas (accesibilidad de los alimentos, acceso a servicios).

Esto implica una perspectiva reduccionista y da cuenta de una mirada tradicional y conservadora sobre la alimentación que la limita a un fenómeno exclusivamente biológico (nutritivo), es decir, la consideración de la alimentación como un medio para satisfacer el hambre y promover el sostén, crecimiento y energía para el cuerpo.

Cabe señalar que la problemática alimentaria puede definirse a partir de la producción, comercialización/distribución y desde el acceso por parte de la población. El acceso está definido por la disponibilidad de recursos económicos

para adquirir los alimentos en el mercado, y por ende el problema no es la consideración de los aspectos subjetivos sino su consideración prioritaria y muchas veces exclusiva. En una economía como la argentina, donde el acceso a los alimentos se encuentra mayoritariamente mercantilizado, la disponibilidad de dinero para poder adquirir los alimentos se constituye en un determinante objetivo del acceso.

La pobreza implica elementos subjetivos, pero, fundamentalmente, importantes limitaciones materiales. Baraibar Rivero (2011) denomina este proceso *desmaterialización de la pobreza*. Esta noción resulta útil para conceptualizar prácticas que estimulan la solución al problema nutricional en los propios pobres y a través de programas especiales. Así, asistimos (y somos parte como colectivo profesional) al proceso de culturización de las capacidades de los pobres que alienta el lema 'ayúdate a ti mismo' y promueve que la vida de las poblaciones sea autogestionada o cogestionada por las propias familias y comunidades.

Definir como estrategia de intervención la modificación de los denominados estilos de vida, desconsiderando los múltiples condicionantes de la alimentación cotidiana y dejar de lado que comer mal o bien reviste significados distintos, contradictorios o complementarios según sea el determinante (placer, bolsillo, comensalidad, conveniencia o enfermedad), solo contribuye a responsabilizar al individuo por su estado de salud (Gracia-Arnaiz, 2007).

Gran parte del discurso contemporáneo sobre la salud gira en torno a las 'elecciones' individuales del estilo de vida. Desde este punto de vista, la salud es a fin de cuentas una preocupación personal: algo que experimenta el individuo y de lo que, en última instancia, también se encarga el individuo de solucionar (Suarez, 2010)

Castillo y Robles (2008) señalan que recaer en la familia y en su falta de educación no permite abrir la mirada sobre el acto alimentario, porque lo que no se está contemplando

en estos discursos es la idea que se tiene de los alimentos. Y agregan que la idea que subyace en el marco del discurso de la mayoría de los agentes institucionales es una falta de iniciativa o conocimiento por parte de los individuos o familias que se solucionaría sólo con una adecuada educación alimentaria.

La mirada biomédica ha construido su hegemonía en buena parte por su capacidad reparadora y curativa donde los medicamentos han tenido un rol protagónico. En este sentido, es imposible negar su éxito pues los antibióticos claramente han dado respuesta al control de bacterias que provocaban y provocan problemas de salud. Sin embargo, el punto a discutir es la reducción o limitación de la intervención sanitaria al suministro de medicamentos. Haciendo un paralelo con nuestro tema de análisis, la aplicación de las normas dietéticas pretendió sustituir una buena parte de los motivos pragmáticos o simbólicos sobre los cuales se articulan la selección y el consumo alimentario por otros de interés médico. Este énfasis en los aspectos fisiológicos en detrimento de los sociales se remonta a los tratados hipocráticos que, al aludir al cuidado del cuerpo y la salud, hicieron célebre en la Antigüedad clásica la máxima “Que tus alimentos sean tu medicina” (Gracia-Arnaiz, 2007).

El énfasis en la práctica reparativa y curativa invisibiliza determinantes estructurales del proceso salud-enfermedad. ¿Somos todos iguales ante los problemas de salud? La mirada biomédica hablará de un individuo que enferma por condiciones particulares, pero la mirada histórico-crítica advertirá que la posición de los sujetos en la estructura social define por qué unos enferman y otros no. ¿Por qué la mayoría de los niños malnutridos pertenecen a estratos bajos? Una mirada individual, biomédica, seguramente encontrará en los hábitos de consumo las respuestas al interrogante. Pero una explicación anclada en la perspectiva histórico-crítica evaluará las condiciones de vida de ese conjunto poblacional, es decir, los accesos posibles o vedados. ¿Es responsable el individuo por su obesidad o por la malnutrición de sus hijos? Una mira-

da individual reconocerá en el individuo la causa y, a su vez, la posible superación de la situación problemática. Se apelará a la idea de individuo como recurso activo (Rosanvallon, 2004), es decir, responsable de su situación y, al mismo tiempo, medio para superarla. Entonces, las familias de estratos bajos son responsables de la situación de la malnutrición de sus hijos por desconocer cuáles son los alimentos oportunos y apelarán a capacitar para dotar de competencias dietéticas y responsabilizar a los individuos de su estado de salud y tomar las mejores decisiones. Así, en el caso de la malnutrición infantil, las mujeres madres son convocadas a espacios de formación nutricional o talleres de cocina desconociendo el grado de determinación que las limitaciones materiales provocan. Según observa Rosanvallon, “Para analizar lo social, hay que recurrir cada vez más a la historia individual antes que a la sociología” (2004: 192). Las trayectorias individuales corren de la escena tendencias sociales, optando así por la singularización de los procesos sociales como mecanismo de acceso a conocer lo social. Gracia-Arnaiz (2007) incita a pensar ¿qué hay de verdad en esta afirmación? Y recuerda que la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida de las poblaciones se explican, sobretodo, por la mejora del estado nutricional de determinados grupos sociales. Entonces, no se trata de ausencia o escasos conocimientos sino de accesibilidad, es decir, determinaciones objetivas que condicionan las decisiones sobre qué comer.

¿Por qué se insta a modificar los hábitos alimentarios inadecuados y no se proponen medidas eficaces para cambiar el sistema que es el que, al fin y al cabo, favorece la emergencia de ciertas enfermedades en determinados grupos sociales? Las recomendaciones nutricionales no deben perder de vista, además que los estudios epidemiológicos señalan para muchos países una mayor prevalencia de la obesidad entre las mujeres y entre la población con menor nivel económico y formativo. Entonces ¿por qué emitir todavía mensajes estandarizados sobre la conveniencia de la actual dieta equilibrada si, por razo-

nes estructurales o culturales, mucha gente no puede acceder a ella? (Gracia-Arnaiz, 2007: 240-241).

Una mirada de este tipo interpela la noción de derechos sociales, buscando la explicación causal en disfuncionalidades de las personas, reforzando el carácter privado de los problemas sociales y negando la procesualidad socio-histórica.

A su vez, en el marco de las estrategias de educación alimentaria para el abordaje de situaciones de malnutrición (tanto por déficit como por exceso) la exigencia de contrapartidas, como la participación obligatoria en las instancias de formación vinculadas a programas de asistencia alimentaria, instala una nueva relación de derecho-obligación donde el cumplimiento de condicionalidades adquiere un lugar central para la recepción de una prestación social. Así, la asistencia social deja de ser un derecho y queda a expensas de las condiciones que establezcan los Estados. La ciudadanía es erosionada y deviene en contrato que exige el cumplimiento de obligaciones por parte de los sujetos.

Esta consideración oculta las determinaciones objetivas de las familias de estratos bajos que viven en condiciones de indigencia y pobreza como resultado de la desocupación o precarización laboral, fenómenos que no deben leerse como nuevos, sino que se tratan de la profundización de la desigualdad que las relaciones sociales del modo capitalista generan.

## **Consideraciones finales**

La escritura del artículo estuvo motivada por la posibilidad de comprender que la hegemonía del modelo biomédico excede a la disciplina médica y se encuentra presente en las prácticas de diversos agentes del campo sanitario, entre ellos el trabajo social. Por otro lado, la escritura de este trabajo fue incentivada por la posibilidad de brindar elementos teóricos que colaboren en la problematización de las estrategias de atención del proceso salud-enfermedad. Así, esta producción pro-

curó problematizar algunas intervenciones profesionales con la intención de superar una mirada reduccionista del problema alimentario que culpabiliza y responsabiliza al individuo y las familias por las condiciones de salud y pregona la superación a partir de la modificación de aspectos subjetivos donde la estrategia educativa adquiere una centralidad cuestionable. Con esto no negamos las intervenciones educativas desde nuestra disciplina, pero llamamos la atención en torno al protagonismo que adquiere para el abordaje del problema alimentario. No desconocemos la necesidad de acceso a la información, pero cuestionamos que la intervención profesional se reduzca a ello. El abordaje del problema alimentario, en cualquiera de sus manifestaciones (déficit o exceso) no puede desconsiderar las determinaciones materiales.

## Bibliografía

- Almeida Filho, N. Y.y Rouquayrol, M. (2008). Capítulo 3 “Modelos de salud-enfermedad” en *Introducción a la Epidemiología*. Páginas 43 a 88. Ed. Lugar, Buenos Aires
- Arredondo, A. (1992). *Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad*. Cuadernos de Salud Pública Volumen 8, Nro.3. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05>
- Baraibar Rivero, X. (2011). “Acerca de los procesos de desmaterialización de la pobreza y sus impactos en las políticas sociales.” En *Fronteras*. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República, Montevideo
- Castillo K.; Robles L. (2008). *El acto alimentario: una mirada cultural*. Tesis para optar por Licenciatura en Trabajo social, Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil.
- Eslava-Castañeda, J. (2017). “Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad.” *Revista Salud pública* Volumen 19, Número 3, pp. 396-403.

- Gracia-Arnaiz M. (2007). “Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario.” *Revista Salud Pública de México* Volumen 49, Número 3, mayo-junio de 2007. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n3/09.pdf>
- Iriart C. (2014). “Medicalización, biomedicalización y procesos de salud enfermedad atención.” Ponencia presentada en las XI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, agosto de 2014. Disponible en [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart\\_celia\\_2014\\_\\_\\_\\_medicalizacion\\_\\_biomedicalizacion\\_y\\_proceso\\_salud\\_\\_enfermedad\\_atencion\\_\\_\\_\\_2016\\_.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart_celia_2014____medicalizacion__biomedicalizacion_y_proceso_salud__enfermedad_atencion____2016_.pdf)
- Iriart C., Waitzkin H., Breilh J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos.” *Revista Panamericana de Salud Pública* 12 (2). Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v12n2/128-136/es>
- Laurell, A. (1986). “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina.” *Cuadernos Médico Sociales* Número 36. Disponible en <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.pdf>
- Madrid L. (2010). *Abordaje socio-cultural de la desnutrición infantil. Vivencias y experiencias de unidades domésticas en la Ciudad de Tandil*. Tesis para optar por el título de Magister en Trabajo Social, Maestría en Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.
- Mallardi, M. W. (2013) “La cuestión social mistificada: límites y tensiones en la “crisis” de la sociedad salarial.” *Cuadernos de Trabajo Social* Volumen 262. Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid, España.
- MC Keown, T. (1978). *El crecimiento moderno de la población*. Antoni Bosch Editor, Barcelona.
- Orueta Sánchez R., Santos Rodríguez C., González Hidalgo E., Fagundo Becerra E., Alejandro Lázaro G., Carmona De La Morena J., Rodríguez Alcalá J., Del Campo Del Campo J., Díez Andrés M., Vallés Fernández N. y Butrón Gómez T.

- (2011). “Medicalización de la vida.” *Revista Clínica de Medicina de Familia* 4 (2) Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n2/especial6.pdf>
- Rosanvallón, P. (2004). Capítulos VI y VII de *La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia*. Manantial, Buenos Aires
- Rosen G. (1974). “¿Qué es la medicina social? Un análisis genético del concepto”, en *De la Policía médica a la medicina social (Historia de la atención de la salud)*. Siglo XXI editores, México DF/Buenos Aires.
- Saizar, M. (2008). “Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente” en Krmpotic, C. (Comp.), *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*, Páginas 35 a 53. Espacio, Buenos Aires.
- Suárez J. (2013). *Prácticas alimentarias y obesidad. La importancia de las creencias en el proceso de salud-enfermedad-atención*. Tesis para optar por Licenciatura en Trabajo social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Sy A. (2018). “La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura. *Ciência & Saúde Coletiva*,” 23(5). Disponible em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1531.pdf>



# Externación Sustentable en Salud Mental: un eslogan de época

Bigatti, Gabriela<sup>1</sup>  
Capra, Priscila<sup>2</sup>  
Valenzuela Luque, Daniela<sup>3</sup>

## Introducción

Con el presente escrito proponemos realizar un análisis y una problematización crítica del concepto “Externación sustentable”, eslogan utilizado actualmente por algunos sectores con injerencia política para direccionar el objetivo de intervención de los equipos de salud mental.

Tomaremos para este análisis las experiencias previas que hemos transcurrido, tanto por las salas de internación de salud mental del Hospital Alejandro Korn, como de rotaciones realizadas en el marco de la Residencia de Trabajo Social, en los dispo-

---

1 Lic. en Trabajo Social, egresada de la UNLP. Residente de tercer año del HIEA y C. Dr. Alejandro Korn.

2 Lic. en Trabajo Social, egresada de la UNLP. Residente de segundo año del HIEA y C. Dr. Alejandro Korn.

3 Lic. en Trabajo Social, egresada de la UNLP. Jefa de Residentes de Trabajo Social del HIEA y C. Dr. Alejandro Korn.

sitivos comunitarios dependientes de la institución mencionada.

Creemos que intentar definir el concepto de externalización no es una tarea sencilla; tampoco es objetivo de este trabajo dar por sentado y cerrado este debate, sino que apostamos a la construcción colectiva de saberes y profundización de un tema que ha sido poco investigado y es nombrado con mucha liviandad entre los/las que trabajamos en ámbitos relacionados con la Salud Mental.

Partimos de considerar la ineludible complejidad de la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental y, por lo tanto, resaltamos la necesidad de realizar reflexiones analíticas en los procesos de intervención profesional a fin de encontrar direccionalidades posibles.

Entendemos que esta mirada crítica nos permite establecer mediaciones entre las particularidades de las situaciones que se presentan en la intervención cotidiana y los procesos macro que dan cuenta de la organización de la sociedad en la que vivimos.

La finalidad de este trabajo es desencadenar procesos reflexivos, pretendiendo desarmar el aparente eclecticismo de la práctica cotidiana, en virtud de reconocer las diferentes dimensiones que se entrelazan en el ejercicio profesional en el campo de la salud mental.

### **Problematizando el concepto de “Externación sustentable”**

Si realizamos una separación analítica entre los términos externalización y *sustentable*, podemos encontrar que existen varios trabajos respecto a la salud sustentable, sobre todo de origen brasileño. En términos generales, los mismos hacen referencia a ejes elementales del desarrollo sustentable como el económico, el social, el ambiental y el cultural, que implicarían transformaciones en estos planos.

En algunos autores se puede visualizar una ambigüedad a la hora de analizar sus planteos; en otros, como en el caso de J. Breilh, se evidencian posiciones orientadas a la necesidad

de una transformación social, realizando una distinción entre sostenibilidad y sustentabilidad. Al respecto, el autor expresa concretamente que

La noción de lo sostenible forma parte del paradigma de la sostenibilidad. El énfasis semántico de “sostener” se relaciona con las nociones de “mantener” o “continuar”. La noción de lo “sustentable”, en cambio, forma parte del paradigma de la sustentabilidad, y, se relaciona con las nociones de “sustentar” o “fundamentar”. El paradigma de la sostenibilidad se liga imperceptiblemente con la idea de mantener el modelo social imperante, pero ajustando ciertos parámetros “desajustados” para permitir la continuidad. (Breilh, 2010: 96)

Siguiendo lo planteado por el mismo autor, respecto de la noción de sustentabilidad, este refiere que

El paradigma de la sustentabilidad se inclina hacia la búsqueda de cambios profundos sociales y filosóficos, no solo para un desarrollo sustentable, sino para la creación de sociedades sustentables. La “sustentabilidad” (paradigma de la transformación) es un concepto multidimensional que implica un conjunto de condiciones para que los socio-ecosistemas puedan fundamentar o sostener, no cualquier forma de vida sino una vida plena, digna, feliz y saludable. (Breilh, 2010: 97)

Específicamente, en el campo de la Salud Mental, Carmen Mercedes Cáceres [et al.] toma de referencia lo planteado por De Sousa Campos respecto a la noción de sustentabilidad, argumentando que son tres los ejes de trabajo para lograr una “externación sustentable”: Recursos habitacionales, económicos y asistenciales. “En relación a los recursos habitacionales, este implicaría Vivienda: los recursos económicos comprenden ingresos por pensiones, subsidios, remuneración por trabajo y, por último, los recursos asistenciales comprenderían tratamiento, y la continuidad de los cuidados”(Cáceres et al., 2017: 55-62)

La noción de la sustentabilidad también es retomada

por las estructuras legales argentinas, específicamente en la “Guía Básica, Criterios y Sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental” propuesta por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2014, en donde se afirma que:

La sustentabilidad comprende la posibilidad de la continuidad y el arraigo de los PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS, más allá del periodo de financiamiento (sea o no subsidiado).

Es un resultado a alcanzar como producto de la eficacia de las líneas de acción desplegadas, las articulaciones institucionales, la consolidación de formas organizativas, el impacto de la capacitación, en las concepciones y prácticas de los recursos humanos involucrados y, de la población beneficiaria, de las adhesiones logradas y fundamentalmente de la instalación de la temática en cuestión en la agenda política o pública en el espacio local.

A su vez, se sostiene que “para que la sustentabilidad sea posible, todo plan, programa o proyecto debe:

diseñar estrategias eficaces para lograr adhesiones y legitimidad;

incluir capacitaciones y apoyos que se orienten a dejar capacidades instaladas en los escenarios locales;

prever la diversificación de fuentes financieras; influir en la orientación de las políticas mediante el proceso de Institucionalización del plan, programa o proyecto en cuestión, léase cuando los cambios incorporados en este proceso pasan a ser prácticas o modos regulares de actuación de los actores y áreas involucradas.”

Lo expuesto tiene clara connotación política e indica el grado de involucramiento de las autoridades gubernamentales con la planificación. En correlación a ello, un primer análisis de

esta propuesta nos muestra que en la búsqueda de expresar la “complejidad” de la idea de “externación sustentable”, se genera la apertura de importantes núcleos de ambigüedad, los cuales se hacen presentes al momento de expresar los medios y formas en que se podrían cumplir los postulados que se plantean.

Para la salud mental, la Ley 26.657 establece que debe ser por lo menos un 10% del presupuesto total de salud. Sin embargo, en base a los datos disponibles, el presupuesto de salud mental representa menos del 2% del total destinado a salud. Sólo alrededor del 0.03% está destinado a la Dirección Nacional de Salud Mental, que se encarga de ejecutar la ley sancionada en 2010<sup>4</sup>.

La disponibilidad del presupuesto, la orientación teórica y el plan de trabajo para lograr el objetivo de “externación sustentable” generan un entramado desde el cual se circunscribe la práctica profesional. Se trata de un marco contradictorio, incongruente, de metas sin planificación, sin el presupuesto acorde, y que vislumbra una transferencia de la responsabilidad del sostenimiento del mismo a la comunidad y el “compromiso” de los que intervienen formalmente.

## **Limitaciones del mesianismo en la intervención del Trabajo Social en Salud Mental**

La intervención profesional del Trabajo Social está atravesada por la contradicción de llevar adelante una intervención desde una propuesta teórica integral con un presupuesto escaso e insuficiente. Se trata de una contradicción irreductible e imposible de solucionar a partir de la “voluntad” de quienes intervenimos concretamente en Salud Mental.

Esta contradicción tiene repercusiones en la intervención cotidiana, razón por la cual proponemos, en un primer momento, reconocer algunas de estas repercusiones; y en un segundo momento, establecer las mediaciones teóricas nece-

---

4 Cicop-<https://cicop.org.ar/prensa/presupuesto-para-salud-2018/>

sarias para comenzar a construir líneas de intervención nítidas, desde una perspectiva crítica.

Los equipos de trabajo establecen determinados mecanismos para resolver esta contradicción, aunque no siempre la búsqueda de resolución se realice a partir de una lectura reflexiva de aquello que acontece.

Una de las formas de resolver dicha contradicción es a partir de crear un criterio de intervención desde el que se prioricen cuestiones que impacten directamente en el tratamiento del/la usuario/a. Desde aquí se interviene específicamente en aquello que repercute de forma directa en el proceso terapéutico, construyéndose objetivos de intervención específicos para cada usuario/a, delimitándose la contribución del dispositivo en ese proceso, estableciéndose metas de trabajo, proponiéndose líneas de acción para lograrlas y posteriormente evaluándose el progreso de las propuestas terapéuticas.

Otras de las formas posibles de afrontar esta contradicción es realizar una división disciplinar específica; es decir, para lograr atender la misma, los equipos organizan la demanda y determinan qué disciplina es la más idónea para tratar cada dimensión de la problemática. Esta organización supone, para el Trabajo Social, la sobrevaloración de la dimensión técnico/ instrumental, donde la gestión se establece como el eje central de la intervención posible.

Ambas formas de resolver esta contradicción derivan en una resolución parcial, puesto que no abordan la tensión permanente, sino que buscan resolverla desde la práctica, estableciendo una línea de trabajo que jerarquiza alguna dimensión específica en la intervención.

La resolución de la tensión requiere, en primera instancia, reconocer su existencia. Esto implica llevar a cabo una reflexión crítica en la construcción de la demanda de intervención. Para ello se vuelve necesario realizar una mediación de la demanda construida, partiendo de una separación analítica en la intervención, es decir, dilucidando qué intervenciones están

relacionadas a generar estrategias que incidan directamente en los procesos terapéuticos de los/ las usuarios/as y qué intervenciones están dirigidas a generar estrategias, para enfrentar las consecuencias de la precariedad en la que viven las personas con padecimiento mental.

En la intervención cotidiana, con el objetivo de garantizar las condiciones mínimas de vida para los/las usuarios/as con padecimiento mental, desde el Trabajo Social se construye artesanalmente un tejido interventivo, entrelazando prestaciones sociales insuficientes e intervenciones dirigidas a generar estrategias para afrontar la condición de precariedad a la que los/las usuarios/as son ineludiblemente empujados.

En este punto queda en evidencia la relevancia que adquiere la dimensión técnico- instrumental de nuestra profesión, que conlleva prácticas dirigidas a administrar la pobreza. Sin embargo, la centralidad en este tipo de intervenciones trae aparejada que se produzca una relegación de abordajes que tienen como objetivo generar estrategias que influyan directamente en el proceso terapéutico de las personas con padecimiento mental.

Con esto no pretendemos negar la importancia de las intervenciones tendientes a generar estrategias que permitan enfrentar las condiciones de precariedad en la que viven los/las usuarios/as, ni desmerecer las repercusiones que las mismas generan en el proceso terapéutico de las personas con las que trabajamos, ya que estas intervenciones contribuyen a generar las mínimas condiciones de vida sobre las cuales es posible sostener la externación.

Por otro lado, es imposible evitar la intervención sobre esta dimensión, dado que se constituye como una de las demandas centrales de las personas con las que trabajamos. Nos encontramos interviniendo con usuarios/as que tienen una gran preocupación no sólo por su tratamiento, sino también por el sostenimiento material de su vida cotidiana; en contextos de constante pauperización se puede comprender que esta preocupación da lugar a situaciones de angustia en las consul-

tas o la existencia de pronunciada ansiedad.

En este sentido, es necesario reconocer que la intervención voluntarista y mesiánica no será suficiente para resolver esta dimensión, en la medida en que las condiciones que la generan no dependen directamente de las decisiones de los/las profesionales.

## **Reflexiones acerca de las condiciones de vida de los/las usuarios/as con padecimiento mental**

Nos interesa detenernos en las condiciones de vida de los/las sujetos con padecimiento mental. Es frente a estas condiciones que pretendemos realizar un análisis crítico-reflexivo, pensando la noción de “externación sustentable” a la luz de la realidad actual que atraviesan en su vida cotidiana los/las usuarios/as, sus condiciones materiales de existencia y las posibilidades concretas de una vida digna.

La mediación teórica de esta contradicción nos permite establecer una relación entre este cotidiano caótico de intervención con la estructura social en la que nos encontramos inmersos.

Comprender las condiciones materiales de existencia requiere necesariamente de la aprehensión de esta categoría en su complejidad. Marx en su Prólogo a *Contribución a la crítica de la economía política* plantea que “No es la conciencia de los hombres lo que determina su ser, sino, por el contrario, es su existencia en sociedad lo que determina su conciencia”. (Marx, 2004: 66-67).

Tomando como base esta matriz teórica, es posible comprender las características de las demandas de los/las usuarios/as hacia el equipo de trabajo, y la consecuente sobrevaloración de la dimensión técnico-instrumental en la intervención del trabajo social. En otras palabras, como se viene expresando con anterioridad, es preciso comprender que las demandas hacia nuestra profesión se basan principalmente en la búsqueda de resolución de problemáticas que son consecuencia de la precariedad en la que viven los/las

usuarios/as. Un ejemplo de ello es la necesidad de garantizar una vivienda, demanda usual y problemática recurrente de la población con la que trabajamos.

La vivienda es un recurso indispensable a la hora de pensar la intervención en Salud Mental Comunitaria y la vida digna de todo ser humano. El acceso a ésta es una problemática constante a la hora de pensar la externación de los/las usuarios/as.

Al respecto Engels expresa

La llamada penuria de la vivienda, que representa hoy un papel tan grande en la prensa, no consiste en que la clase obrera en general viva en malas viviendas, superpobladas e insalubres. Esta penuria de la vivienda no es peculiar del momento presente; ni siquiera es una de las miserias propias del proletariado moderno a diferencia de todas las clases oprimidas del pasado; por el contrario, ha afectado de una manera casi igual a todas las clases oprimidas de todos los tiempos. (Engels, 2001: 18)

Históricamente, la clase trabajadora afronta esta necesidad básica con el pago directo de su salario. Al trabajar con personas con padecimiento mental nos encontramos con que un mínimo porcentaje de ellas logra acceder al mercado formal de trabajo. Entonces, cabe preguntarse ¿Cómo se materializa la aprehensión de la riqueza socialmente producida para las personas que se ven excluidas del mercado laboral por su condición de salud?

Vemos cómo este sostenimiento se realiza generalmente a partir de pensiones no contributivas por discapacidad y otros subsidios estatales, combinándose los mismos con otros aportes informales de personas u organizaciones que se relacionan formal o informalmente con la situación que atraviesan los/las usuarios/as.

Esta conjunción de recursos monetarios es la utilizada por los/las usuarios/as para responder precariamente a dicho obstáculo, mayormente a partir del arrendamiento. La ausencia de políticas integrales por parte del Estado destinadas a resolver la problemática de la vivienda para usuarios/as de salud mental, el negocio inmobiliario de tierras, la especulación

financiera y el deficitario o inexistente control de condiciones habitacionales de las diferentes propuestas arrendatarias dan como resultado que los/las usuarios/as deban resolver su problemática de vivienda en condiciones de hábitat inadecuadas.

A modo de ejemplo, nos parece importante destacar uno de los Subprogramas específicos destinados para usuarios/as con padecimiento mental, el cual da cuenta de las políticas que implementa el Estado. En diciembre de 2016 se aprueba y pone en marcha el Subprograma de Externación de Salud Mental Bonaerense Asistida (SUPEBA), que otorga un monto de \$2000 mensuales. Entre sus objetivos se destacan “contribuir de manera ágil y eficiente a la reinserción social de las personas con padecimientos de salud mental (sean ambulatorias o ya egresadas), facilitar el acceso a su educación, a la vivienda con fines habitacionales, a la protección de su salud, a la búsqueda de empleo y su reinserción sociocultural”.

Ahora bien, teniendo en cuenta el monto destinado a dicho fin, es imposible que se cumplan los objetivos propuestos, habida cuenta que sólo puede satisfacer algunas de las necesidades más elementales de los/las usuarios/as.

Cabe aclarar que, en su gran mayoría, los/las usuarios/as externados/as viven en “pensiones” que alquilan. Dicha incorporación está condicionada por el escaso e inestable ingreso económico, la disponibilidad de lugares en estos sitios y la aceptación de las personas con padecimiento mental. En dichas pensiones las condiciones de habitabilidad son precarias y deficitarias, si se tiene en cuenta que el estado de estas últimas es deplorable.

Lo descripto nos lleva a pensar a la clase social como determinante y condicionante del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, en la medida en que ésta opera como una dimensión que va moldeando el modo en que las personas viven, mueren, se enferman y toman decisiones respecto al cuidado de su salud.

La clase social, a su vez, condiciona el modo en que los/las sujetos/as garantizan sus condiciones materiales de existen-

cia, aspecto estrechamente relacionado con la salud de las personas y particularmente en cómo los/las usuarios/as de salud mental sostienen sus tratamientos en la comunidad.

De esta manera, tomando como punto de partida las condiciones concretas de vida y acceso de los/las usuarios/as a recursos indispensables, queda desenmascarado el carácter de clase del Estado, siendo el mismo el que no da respuestas concretas a favor de los/las oprimidos/as.

Por ende, los lineamientos y las leyes terminan decayendo cuando no es garantizado un presupuesto acorde a las políticas de salud que deberían ser implementadas. Ante un contexto de profundización y regresión de políticas públicas, la intervención profesional adquiere otros desafíos.

Las pocas y focalizadas políticas sociales en materia de salud mental se debilitan día a día, lo que se traduce en la escasez de recursos y de dispositivos territoriales, consecuencia directa del desfinanciamiento y la desinversión en salud pública.

Sostenemos, entonces, que no es posible garantizar una “externación sustentable” en un escenario de creciente desigualdad social, con un aumento exponencial del costo de vida, donde son cada vez más las personas que acuden al sistema público de salud y se encuentran con un sistema desmantelado, donde se ve concretamente la “igualdad formal” y desigualdad material que obtura toda posibilidad de efectivización concreta de acceso a los derechos establecidos en las leyes.

Más allá de la voluntad y el desgaste profesional, la intervención no modifica la pauperización a la que son sometidas las personas con las que trabajamos. Lejos estamos de contribuir a una desdibujada idea de “externación sustentable”; en todo caso, a lo que contribuimos es al sostenimiento de una externación en condiciones de precariedad. Pese a este panorama optamos cotidianamente por no caer en el fatalismo profesional, repensando la práctica y deconstruyendo la demanda desde una perspectiva de totalidad.

## **La innegociable dimensión política en la intervención del Trabajo Social**

La dimensión política en el ejercicio profesional del Trabajo Social implica realizar acciones dirigidas a incidir en las condiciones materiales de existencia de la población. En salud mental esta apuesta remite a retomar el debate sobre dos aspectos centrales: por un lado, pensar la centralidad del sujeto en su tratamiento y, por el otro, realizar acuerdos con el equipo de intervención.

La centralidad del sujeto es uno de los aspectos más difíciles de abordar, puesto que conlleva a otorgar protagonismo en su proceso terapéutico y centralidad en las luchas por las conquistas de sus derechos y, en última instancia, la responsabilidad en la lucha por la obtención adecuada de la riqueza socialmente producida, a la cual actualmente accede de forma desigual, materializada como una mera limosna social tanto en su representación social como en su valor real.

Como iniciativa de ello, en el ámbito comunitario, parte importante y eje fundamental de la intervención profesional, suelen ser las estrategias de acompañamiento que están dirigidas a fortalecer la autonomía de los/las usuarios/as en los distintos ámbitos en donde transcurre su vida cotidiana, fomentando la toma de decisiones y elección de sus proyectos de vida, según sus propios intereses y deseos, partiendo de la presunción de capacidad de todas las personas, como un componente central de la dignidad humana.

La complejidad que reviste el devolver el lugar central de los/las usuarios/as en sus procesos vitales requiere del aporte, en primera instancia, del equipo tratante. Esto significa que no es posible establecer y desencadenar estos procesos en la soledad interventiva. Reflexionar, tensionar y establecer acuerdos de abordajes conjuntos se constituye en un desafío constante para los equipos de trabajo.

Al respecto, Galende manifiesta la importancia de la re-

flexión en salud mental y dice que

Trabajar en la perspectiva comunitaria en salud mental, no puede ser solamente un compromiso o una militancia social, requiere a la vez de una exigencia racional, científica en algún grado, de comprender y explicar las condiciones, que toma en la actualidad la vida en común, esta existencia inevitable con los otros de trato y sociedad. Es en ella donde buscamos comprender los avatares del sufrimiento mental y donde queremos construir colectivamente, los profesionales junto a la comunidad, los procedimientos para reparar la vulnerabilidad y los daños de la vida psíquica. (Galende y Ardila, 2011: 50)

Esta apuesta genera la apertura a pensar el lugar socialmente asignado a los/las usuarios/as y la profundización de este punto e implica trabajar sobre la conciencia de clase de los/las mismos/as. Una apuesta que debe, necesariamente, ser abordada en conjunto, no solo entre los/las usuarios/as y el Trabajo Social, sino de manera interdisciplinaria.

En este sentido, es indispensable trabajar en la conciencia de clase para sí, no solo de los/las usuarios/as sino también de los/las profesionales que intervienen. Es por esto que es ineludible realizar un trabajo reflexivo junto al equipo de trabajo, el cual nos convoque a repensar las concepciones éticas que guían las intervenciones.

Allí no concluye nuestra tarea; es necesario establecer las acciones concretas que materializarán las posturas políticas del equipo y de la institución. Parafraseando a Matusevicius (2014): “De lo que se trata es de traer a la conciencia las consecuencias políticas de nuestras intervenciones para los procesos de luchas cotidianas”.

Estas posturas políticas forman parte del entramado sectorial e intersectorial que permite o no transformaciones del campo de intervención en salud mental y concretamente en la vida de las personas con las que intervenimos cotidianamente.

## Consideraciones finales

El presente trabajo tuvo como objetivo tensionar el concepto de “externación sustentable” y la viabilidad de la orientación del ejercicio profesional para llevar adelante esta propuesta desde una perspectiva crítica.

Las mediaciones teóricas y prácticas dan cuenta de una intención de trasladar las responsabilidades del abordaje de la salud mental a la comunidad, con una orientación de comunitarización.

En este mismo sentido, el concepto de “externación sustentable” enmascara el desfinanciamiento de la política social y los procesos de vaciamiento de la inversión estatal en salud pública, apelando a una lógica de corresponsabilidad.

Es necesario, entonces, problematizar la orientación de estas políticas y las funciones que las mismas asignan a la intervención profesional. Insistimos sobre la necesidad de construir interrogantes ante lo que nos resulta caótico, ante esta realidad aparentemente inmodificable, una realidad en la que parecemos muchas veces “alienados” en términos marxistas.

Reflexionar sobre ello nos permitirá distanciarnos de un abordaje desde una lógica de “encerrona trágica” en la que cualquiera de las respuestas a esta tensión pareciera insuficiente.

Sostenemos que, ante los argumentos expuestos el concepto de “externación sustentable” es meramente un “eslogan de época”, no pudiendo convertirse en un horizonte de intervención, ya que las desigualdades son inherentes al sistema vigente.

Es por ello que la solución definitiva para las condiciones de precariedad y vulnerabilidad en la que viven tanto los/las usuarios/as como una amplia mayoría poblacional no pasa por reformas de la democracia burguesa, sino por aportar a los procesos de conciencia de clase y organización social.

Así, se vuelve fundamental discutir, tensionar y generar acuerdos a fin de trabajar la dimensión política de los equipos tratantes que intervienen en el campo de la salud mental.

Las condiciones de vida de los/las usuarios/as con padecimiento mental se precarizan día a día. Partir de comprender los aspectos estructurales que condicionan la vida de las personas con padecimiento mental no se contradice con darle centralidad a los mismos/as como sujetos activos/as.

Por esto hablamos de intervenciones que apunten y contribuyan a fortalecer los procesos de autonomía de las personas con las cuales trabajamos, promoviendo una conciencia de clase para sí, un sujeto con actitud crítica frente a su realidad, que cuestione y repiense sus condiciones, en donde juegue un papel activo/a en pos de garantizar y ejercer sus derechos.

Consideramos que el Trabajo Social tiene un papel clave apostando a los procesos organizativos y de lucha colectiva. Trabajar sobre estos aspectos se torna un constante desafío e implica un trabajo a largo plazo.

## Bibliografía

- Astarita, R. (2010). “La cuestión de la vivienda y el marxismo”. Disponible en: <https://rolandoastarita.blog/2010/12/30/la-cuestion-de-la-vivienda-y-el-marxismo/>
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser pobre y loco, alternativas al manicomio*. Topia, Buenos Aires.
- Breilh, J. (2010). “Determinación social de la salud y reforma sanitaria”. Capítulo 4. “Las tres “S” de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y de la salud.” Organizador: Nogueira Passos, Roberto. Ed. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES.
- Cáceres, C. [et al.] (2017). *Derechos Humanos en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental*. 1a ed. ADES-AM, Asociación por los Derechos en Salud Mental, Lanús. Disponible en: [https://rednacionalor.files.wordpress.com/2017/04/derechos-humanos-en-salud\\_en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-lnsm.pdf](https://rednacionalor.files.wordpress.com/2017/04/derechos-humanos-en-salud_en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-lnsm.pdf)

- Defensoría del Pueblo Provincia de Buenos Aires (2017). “Salud mental: anuncian plan que apunta a la externación sustentable en Romero” Disponible en: <https://www.defensorba.org.ar/contenido/salud-mental-anuncia>
- Dimenstein, M. (2013). “La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental.”, en CS Número 11, enero-junio 2013. Cali, Colombia Disponible en: [https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista\\_cs/article/view/1566/2801](https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/1566/2801).
- Engels, F. (2016) “Contribución al problema de la vivienda”. Fundación de Estudios Socialistas Federico Engels, Madrid.
- Galende, E. y Ardila, S. (2011) “El concepto de comunidad en la Salud Mental Comunitaria”. EN: *Salud mental y comunidad*, año 1, número 1 UNLA.
- Gianna, S. y Massa, L. (2016). “El enfoque de derechos como tendencia contemporánea de la dualidad entre igualdad política y desigualdad material”. Ponencia institucional. III Foro Latinoamericano de Trabajo Social.
- Gianna, S.; Mallardi, M. (2008). “Subjetividad y conciencia de clase. Reflexiones sobre la alineación y reificación en el actual capitalismo”. Disponible en <http://www.razonyrevolucion.org/jorn/PONENCIAS%20EN%20PDF/Mesa%2028/mesa29-gianna.pdf>.
- Marx, K. (2006) *El manifiesto comunista*. Ediciones Acercándonos, Argentina.
- (2004). *Introducción general a la crítica de la economía política*. Siglo XXI editores, México DF.
- Marx, K.; Engels, F. (1968) *La ideología alemana*. Ediciones Pueblos Unidos, Montevideo.
- Matusевич, J. (2014). “Intervención profesional en tiempos de precarización laboral: contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales”, en Mallardi, M. *Procesos de Intervención en Trabajo Social: contribución al ejercicio profesional crítico*. CATSPBA, La Plata.

- Ministerio de Salud de la Nación (2014) “Guía Básica, Criterios y Sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental”. Disponible en [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-05-06\\_guia-basica.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-05-06_guia-basica.pdf)
- Osorio Moranchel, H.; Vázquez, S. y Tanka, B. (2007). “La salud sustentable y ambiente social”, en *Aportes*, Revista de la Facultad de Economía, BUAP, Año XII, Número 36, septiembre-diciembre de 2007. Disponible en: <http://www.re-dalyc.org/pdf/376/37612480006.pdf>.
- Sabin Paz, M. [et al.] (2015) *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Disponible en: <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/#capitulo-6-seguridad-social>
- Subprograma de Externación Asistida (2016). Disponible en: <https://www.google.com.ar/search?q=subprograma+de+externacion+asitida&oq=subprograma+de+externacion+asitida&qs=chrome..69i57j33.9756j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>
- Ulloa, F. (1996). “Cultura de la mortificación y proceso de desmanicomialización, una reactualización de las neurosis actuales”, en *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Paidós, Buenos Aires.



# Formas de enfermar y morir de los varones adultos Aportes para reflexionar sobre la intervención profesional

Tamara Florencia Marignani<sup>1</sup>

Sofía Martínez<sup>2</sup>

## Introducción

Esta producción fue realizada en base a experiencias de intervención profesional de trabajadoras sociales de la Residencia de Trabajo Social del Hospital Zonal General de Agudos “General Manuel Belgrano”, ubicado en el barrio Villa Zagala del partido de San Martín, como parte de la rotación por la Sala de Cuidados Mínimos, siendo la primera rotación de la Residencia de Trabajo Social, correspondiente al período de

---

1 Licenciada en Trabajo Social (UNPAZ). Formación de posgrado en curso, Maestría en Trabajo Social (UNICEN). Residente de Trabajo Social de la Provincia de Bs. As. Formación en salud pública (cursando 2º año) en el Hospital Zonal General de Agudos “General Manuel Belgrano”. Participación de Proyecto de Investigación CyT (UNPAZ), principales áreas de actuación: jóvenes, políticas públicas, inclusión.

2 Licenciada en Trabajo Social (UBA). Residente de Trabajo Social de la Provincia de Buenos Aires. Formación en Salud Pública (cursando 1º año) en el Hospital Zonal General de Agudos “General Manuel Belgrano”.

junio a agosto de 2017.

El Hospital Manuel Belgrano trabaja con la modalidad de “Cuidados Progresivos”, requeridos por las personas internadas. Cada unidad cuenta con un equipo multidisciplinario: enfermeros/as, médicos/as clínicos, cirujanos/as, traumatólogos/as, trabajadora social. Algunas profesiones cuentan con trabajadores/as de planta, y otras también con residentes. De esta manera, el Hospital se divide en las Salas de Cuidados Mínimos, Intermedios e Intensivos. Además, cuenta con salas de Ginecología, Obstetricia y Pediatría.

El presente trabajo aporta herramientas para la reflexión sobre los procesos de intervención profesional en torno al abordaje de las masculinidades, siendo que se trata de un tema poco explorado en nuestra profesión. De ninguna manera constituye un análisis total, sino que pretende realizar una aproximación a la temática en pos de repensar (nos) como colectivo, en esta ocasión como profesionales de la salud pública.

En primer lugar, se realizará una breve introducción al tema, describiendo los objetivos que guiaron el trabajo, haciendo hincapié en los motivos por los cuales consideramos que es pertinente su investigación y exponiendo los principales conceptos y teorías que guiaron el trabajo.

Luego se realizará la presentación de la metodología empleada, así como los resultados de la misma, para posteriormente analizarlos problematizando y poniendo en discusión las intervenciones del equipo de salud, ejemplificando con situaciones concretas de la sala de cuidados mínimos.

Finalmente, se expondrán las reflexiones finales a las cuales arribamos, haciendo hincapié en la importancia de tener presentes los mencionados conceptos teóricos para problematizar constantemente las intervenciones profesionales.

La relevancia del presente trabajo radica en que contribuye al análisis crítico de los procesos de intervención profesional y aporta un conocimiento que es importante para comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado

(PSEAC) de los varones adultos y la influencia del Modelo de Masculinidades Tradicional Hegemónico (MMTH) en éste, enfatizando la importancia de incluir a los varones en el cuidado de sí mismos y de los/as otros/as. Requiere de un esfuerzo de deconstrucción y de crítica de viejos paradigmas, para incorporar en los procesos de intervención profesional una mirada que tenga en cuenta a los varones en los cuidados, que contribuya a trabajar sobre la adherencia a los tratamientos y a generar acciones que tiendan a la accesibilidad al sistema de salud, lo cual constituye un gran desafío.

Para este trabajo definimos un objetivo general, que pretende analizar el MMTH y su impacto en las distintas formas de enfermar y morir en varones adultos de la sala de cuidados mínimos en el período de junio-agosto de 2017. Para el desarrollo del trabajo propusimos un conjunto de objetivos específicos que se desprenden del objetivo general y aspiran, en primer lugar, a conocer los problemas de salud de los varones adultos y los comportamientos que provocan daños a la salud ajena (mujeres, otras masculinidades, etc.); en segundo lugar, a reflexionar sobre la influencia del MMTH en la adherencia al tratamiento; y, en tercer lugar, a analizar el rol de las mujeres desde una perspectiva de género, clase y etnia en el cuidado de la salud de los adultos varones.

En lo que refiere a la metodología seleccionada en este trabajo, utilizamos la estadística asistencial (hoja N°2) correspondiente a la sala de cuidados mínimos de los meses junio, julio y agosto de 2017, las historias clínicas y sociales, así como las entrevistas abiertas a pacientes del hospital. La población seleccionada para el presente artículo son adultos varones mayores de 35 años internados en la sala de mínimos.

Consideramos que trabajar en esta línea representa un desafío como profesionales de la salud, dado que la invisibilización de los varones perpetúa aún más y sobrecarga el rol social atribuido a las mujeres como “cuidadoras”. De esta manera se vuelve necesario problematizar nuestras intervenciones

profesionales, revisar los paradigmas desde los cuales partimos a la hora de intervenir, teniendo presente la influencia del MMTH en las distintas formas de enfermar y morir de los varones que se atienden en el hospital.

### **Construcción social de las masculinidades: Modelo de Masculinidades Tradicional Hegemónico y Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado**

Resulta importante para el presente trabajo hablar del Modelo de Masculinidades Tradicional Hegemónico (MMTH), entendiéndolo como determinante del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC). A su vez, es necesario hablar en términos de “masculinidades” y no “masculinidad”, teniendo en cuenta la existencia de diferentes masculinidades, que no conviven entre sí como estilos de vida alternativos entre los cuales los hombres escogen libremente, sino que existen relaciones definidas entre ellas y esas relaciones dependen de la jerarquía y la exclusión. (Connell, 2006). La supremacía que ejerce el modelo genérico imperante no es total, sino que genera resistencias. Esta jerarquía estará ejercida por los hombres blancos heterosexuales, siendo el resto de las personas quienes estarán en posición de desventaja y/o exclusión (Artiñano, 2015).

Por un lado, proponemos entender las masculinidades como una construcción histórica y cultural, ya que las concepciones y prácticas sociales varían según tiempos y lugares; por otro, como un concepto transitorio, teniendo en cuenta que las masculinidades son múltiples.

Respecto de la construcción de la masculinidad, la mayor parte de las sociedades generan mecanismos de diferenciación en función del género; la femineidad ha tendido más a aplicarse de forma esencialista a todas las mujeres, mientras que la masculinidad requiere de un esfuerzo de demostración.

Asimismo, según manifiestan Téllez Infantes y Verdú Delgado (2011), existen diferentes concepciones/definiciones de la

masculinidad que, si bien se distinguen ideológicamente, muchas veces aparecen relacionadas en la práctica (definiciones esencialistas, ciencia social positivista, normativas y semiótica).

Por otra parte, Connell plantea a la masculinidad como un concepto relacional; es decir, la masculinidad sólo existe en contraste con la feminidad. Ninguna masculinidad puede ser comprendida excepto en un sistema de relaciones de género. En sintonía con Connell, Artiñano propone que en lugar de intentar definir la masculinidad como un objeto (como algo natural, como una conducta promedio, una norma, etc.), debemos centrarnos en los procesos y relaciones por medio de los cuales los hombres y mujeres llevan vidas imbuídas en el género. En estos términos, el autor plantea que

La masculinidad es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura. (Artiñano, 2015: 17)

La presión/exigencia hacia la masculinidad puede entenderse como una actitud cultural cuyo efecto más inmediato ha sido reforzar el poder que los hombres detentan sobre las mujeres, sobre otros hombres y los/as niños/as. Este poder y opresión ejercida sobre los/as otros/as es el patriarcado. Teodori (2015) plantea que el patriarcado es un sistema basado en las desigualdades entre los géneros, caracterizado por la subordinación al poder masculino, por medio de la opresión de los hombres hacia las mujeres y, como manifiesta Segato (2003), hacia los/as sujetos/as feminizados/as. Según Teodori, se trata de un orden jerárquico que ha sido instaurado de modo violento recurriendo a diversos mecanismos (algunos reconocibles y otros no) para naturalizar las diferencias.

Este MMTH, también denominado Modelo Masculino Imperante, predomina en las sociedades occidentales actuales, con características históricas que se sustentan en cuanto a: género, superioridad del hombre (heterosexual) por sobre

la mujer y misoginia y homofobia; pero también a otras categorías como clase, predominancia de la burguesía, etnia y nacionalidad, con predominancia del blanco de origen europeo, religión, judeo- cristianismo y generación, adultismo. Estas categorías se combinan de múltiples formas y están atravesadas por un espacio y un tiempo particulares. Por lo tanto, no existe un modelo masculino rígido y único, sino que lo rígido son algunos atributos recurrentes, principalmente en cuanto a los de género. De esta manera, podemos considerar la existencia de múltiples masculinidades, con elementos en común entre ellas.

Según la historia y la trayectoria de vida de cada persona, ésta irá incorporando, fortaleciendo y reproduciendo cada uno de esos modelos, ya sea con características imperantes o con características críticas a él. De esta forma, la masculinidad está siendo siempre renegociada y ha variado según las clases sociales, las creencias religiosas, las etnias, y otros factores determinantes.

Son cada vez más visibles y frecuentes, sobre todo en las sociedades occidentales, diferentes formas de “ser hombre”, que rompen con el mandato de poder y dominación del MMTH, conformando un movimiento masculino de liberación.<sup>3</sup> El MMTH se vuelve inconveniente en sociedades cada vez más democráticas, en donde se proclama la igualdad y en donde las mujeres reivindican sus derechos y buscan compañeros con quienes compartir las tareas socialmente atribuidas a ellas, como son las tareas de cuidado, del hogar familiar, etc. Es importante destacar que los movimientos feministas han reivindicado el avance de los derechos de las mujeres y han contribuido a cuestionar el MMTH y la supremacía de los hombres y la opresión por parte de éstos. De esta manera, vemos que se asiste a lo que se podría denominar como una crisis de

---

3 Según Téllez Infantes y Verdú Delgado (2011), comienzan a aparecer en España asociaciones de *hombres por la igualdad*, que reivindican el derecho a que los hombres desarrollen su personalidad sin adquirir los mandatos del MMTH, del estereotipo de hombre de una cultura machista que exige y castiga a aquellos hombres que no lo cumplen, en un camino que implica la deconstrucción de los roles atribuidos socialmente y una reconstrucción de nuevas formas de ser hombre.

las masculinidades. Se trata de un proceso que requiere de una crítica constante a la masculinidad hegemónica, masculinidad que implica privilegios a costa de las mujeres, de los otros, y de los hombres mismos. Estos grupos de hombres resultan novedosos, teniendo en cuenta que históricamente las políticas públicas y los programas siempre estuvieron más orientados a las víctimas de violencia machista que a los hombres que ejercen violencia. En este sentido, resulta interesante retomar estas experiencias para replicarlas en las distintas instituciones y para pensar, en este caso, en la inclusión de los varones en las estrategias de intervención, por ejemplo, en su inclusión en las tareas de cuidados de la salud.

Cabe resaltar la presencia del Estado en relación a los cuidados atribuidos al seno familiar, ya que éste tiene un papel determinante en cuanto a su organización dentro de cada sociedad, influye en las maneras en que actúa el sistema económico (Navarro y Rico, 2013) y será determinante en cuanto a políticas públicas orientadas a reforzar el mismo dentro del ámbito familiar o promover diferentes alternativas que conlleven a desnormalizarlo.

Según Voria (2015), es la opresión de las mujeres en la modernidad la que muestra el nexo clave entre patriarcado y capitalismo, donde la función del cuidado obtiene una figura preponderante. Diversas teorías psicoanalíticas, que se han ocupado de definir las funciones “maternas” y “paternas”, enfatizan que cualquier persona puede cumplir dichos roles. Sin embargo, estas funciones resultan necesarias para la estructuración psíquica “sana” del sujeto en cuestión donde, contrariamente a lo dicho, el sujeto será considerado bajo términos de “enfermedad”, y donde la familia será la causante y la culpable de dicha estructuración, que en términos biologicistas resultan “desviadas”.

En este sentido, el cuidado se encuentra relegado dentro del grupo familiar, en el cual a través de las características emocionales y de lazos afectivos, son quienes deben proveer el espacio de contención y atención necesarios. Este proceso puede

denominarse como “familiarización de los cuidados”. En procesos de este tipo, es la mujer a quien se le otorgan determinadas características y atribuciones dentro del grupo familiar, considerando su inserción en el mercado capitalista, el cuidado, su organización y distribución se delega a la esfera de “lo privado” y sostiene la producción de la fuerza de trabajo necesaria (Garibaldi y otros, 2014). Este proceso puede entenderse como “feminización de los cuidados.” De esta forma, vemos de qué manera la naturalización del cuidado como responsabilidad generizada contribuye a que se disponga de las mujeres como mano de obra no reconocida y desvalorizada. Según Lagarde (2001), se trata de un ser para otros (personas dependientes) que cede su cuidado a costa del impacto sobre su salud.

Tájer (2004) reflexiona sobre la necesidad de adoptar una perspectiva de género para pensar las políticas públicas en salud, para identificar cómo las diferencias entre los géneros se transforman en inequidad en salud. En su análisis, la autora plantea cómo operan las asimetrías sociales entre varones y mujeres en el proceso salud-enfermedad-atención –cuidado de cada género, estableciendo vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones deben cumplir en el sistema patriarcal. Esto determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir. Tájer refiere que, si bien las mujeres en la región latinoamericana han avanzado en su presencia en el espacio público, la sociedad espera que continúen siendo las principales cuidadoras de la familia, basándose en la idea de que tienen capacidad empática, receptiva, comprensiva, sensible. Es decir, aunque exista una mayor aceptación de la entrada de las mujeres al mundo del trabajo asalariado, esto implica que aquellas que son trabajadoras tienen como mínimo dos jornadas de trabajo o tres, si existe algún familiar enfermo o que necesita de cuidados. A su vez, Tájer manifiesta que esta triple jornada muchas veces es promovida por el propio sistema de salud, a través de planes de apoyo con dinero a las madres de

familia por medio de programas de focalización, con la idea estereotipada de que las mujeres son más honestas y eficaces que los varones para utilizar los fondos escasos.

De esta manera, vemos cómo influyen los estereotipos de género a la hora de definir la orientación de las políticas públicas en salud y los roles atribuidos a varones y mujeres en cuanto a los cuidados. Así, se sobrecarga a las mujeres y esto provoca un aumento del desgaste en ellas, un aumento de su malestar y su morbilidad. Esta sobrecarga de las mujeres en cuanto a que son las principales responsables de cuidar de la salud de los otros se entiende como “feminización de los cuidados”.

Con respecto a varones y mujeres como usuarios/as del sistema de salud, Tájer plantea que las mujeres son las que realizan la mayoría de las consultas, debido a que son las habilitadas socio- y subjetivamente para consultar y para expresar su malestar de salud, por lo que suelen realizar consultas más precoces que los varones. Por su parte, los varones “deben” cumplir con su rol de proveedores económicos y sociales, ser fuertes, activos, etc., siendo sancionados socialmente cuando no quieren o no pueden cumplir con dicho rol. Esta situación genera perfiles epidemiológicos específicos por sobrecarga laboral y por empeoramiento de las condiciones de su concreción. Sucede que los mandatos del MMTH aprehendidos en su socialización primaria les inhibe la capacidad de registro de sus propios malestares, teniendo como consecuencia su llegada tardía a los sistemas de salud, con cuadros más avanzados, lo que complejiza su diagnóstico.

La autora enfatiza la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el trabajo en salud, refiriendo que “(...) las conductas ligadas al MMTH: el ejercicio del poder, la exposición a situaciones de riesgo para sí y para los demás, la resolución violenta de los conflictos, la falta de registro del cansancio y los primeros síntomas de enfermedad, etc. los enferma como colectivo y genera daño en la salud de las mujeres” (Tájer, 2004: 5).

Oppezzi y Ramírez (2012) analizan el impacto que las relaciones de desigualdad entre varones y mujeres tienen en la construcción social de los problemas de salud y el carácter diferencial para cada uno de ellos. Asimismo, plantean que las políticas públicas están más orientadas a las mujeres, excluyendo a los varones de sus prácticas y discursos.

Por su parte, el paradigma médico higienista-biologicista resulta hegemónico en nuestra sociedad y atraviesa históricamente las relaciones sociales. Éste se explicita en las prácticas cotidianas de los sujetos que consideran determinante esta ideología para explicar cuestiones sociales. Siguiendo a Pombo (2012), se vislumbra cómo la mirada biologicista reproduce desigualdades que se traducen a partir de la despolitización del género.

Cuando nos referimos a las desigualdades de género en las relaciones sociales, en términos de Pombo (2012), entendemos que éstas no se reproducen por los varones o por las mujeres, sino por la asunción de determinados modelos asumidos tanto por unos y por otras respecto de lo masculino y lo femenino. En este sentido, es necesario comprender cómo el MMTH determina las diferentes formas de adherir a los tratamientos y de acceder al sistema de salud en los varones. La adherencia al tratamiento es un proceso complejo y dinámico en el que intervienen múltiples factores que indican que se trata de un proceso multidimensional, que se va construyendo junto al paciente y que no se da de una vez y para siempre (Domínguez, 2012). Nuestra concepción de adherencia se fundamenta en la necesidad de entender que las personas no son responsables exclusivas de completar el tratamiento y de curarse, sino que el adherir conlleva un proceso constructivo entre los sujetos y el equipo de salud en relación con el grado de acceso al sistema de salud, que considere las particularidades y los factores de influencia. Los factores de influencia son las variables que pueden obstaculizar el proceso de adherencia. Podemos mencionar como algunos de ellos la reproducción fiel del MMTH y los estilos de vida vinculados al modelo, la clase, la etnia, la

cercanía o lejanía al hospital, los horarios del sistema de salud, el trabajo y otros. La accesibilidad, por otro lado, es “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Comes, 2007: 4). Sin embargo, desde la óptica de las imposibilidades de los servicios de salud, entendemos que existen barreras que se interponen en la relación con los sujetos, tales como las geográficas, las económicas, las administrativas (horarios de atención/turnos), las simbólicas (imaginario social y representaciones sobre la enfermedad).

De esta manera, vemos cómo el MMTH, en el marco de un sistema patriarcal de dominación masculina, determina las diferentes formas de vivir, enfermar, morir y cuidarse de los varones, así como condicionan su adherencia a los tratamientos.

A su vez, vemos cómo las políticas públicas en salud se encuentran principalmente orientadas hacia las mujeres, invisibilizando a los varones en sus prácticas y sus discursos.

## **Aportes para reflexionar a partir de experiencias de intervención profesional**

*“Los hombres somos como archipiélagos,  
islas separadas por aquello que nos une:  
la masculinidad”  
(D. Leal, et al., 2003)*

Los/as profesionales de la salud muchas veces portan concepciones hegemónicas de la familia<sup>4</sup>, de la masculinidad y de la feminidad, en las que se deposita el cuidado de los sujetos que atraviesan el proceso salud-enfermedad-atención- cui-

---

4 La familia se define como una relación social particular, la misma debe ser entendida en correspondencia a las determinaciones históricas: económicas, culturales, políticas, sociales e ideológicas (Mallardi, 2016). Hay distintas maneras de habitar la configuración familiar y “modos” de ser familia: sin embargo, la misma continúa cumpliendo su función en el sistema económico capitalista al mantener en el ámbito privado la reproducción de la vida cotidiana (Riveiro en Mallardi, 2014).

dado en las mujeres. Suele suceder que quienes consultan en relación a la enfermedad son las mujeres, quienes acompañan en las entrevistas a los varones son sus madres, sus hermanas, sus parejas, etc. Resulta necesario revisar nuestras prácticas profesionales, preguntarnos por cuáles motivos dirigimos nuestras intervenciones y recargamos el cuidado de los varones a las mujeres, siendo que se trata de una responsabilidad del Estado. Como se planteó anteriormente, existe una feminización del cuidado al interior de las familias que contribuye al funcionamiento y a la lógica de la dinámica del capital, siendo el Estado quien actúa, por una parte, normalizándolo y, por otra parte, reforzando el cuidado en las mujeres.

A través de la estadística asistencial correspondiente a la sala de cuidados mínimos del año 2017, se observa que la mayoría son hombres mayores de 35 años, sin obra social (exceptuando los jubilados beneficiarios de PAMI), pertenecientes a los municipios de San Martín y de Vicente López. Uno de los objetivos propuestos por el Servicio Social para las rotaciones en la sala de mínimos es trabajar la adherencia al tratamiento de los/as pacientes, la externación, el autocuidado, los controles de salud, así como trabajar con sus redes. El proceso de reconstrucción analítica de las demandas se encuentra construido previamente por los/as profesionales de la salud, como en el caso de solicitudes de los/as médicos/as con respecto a la contención familiar de los/as “pacientes”; son habituales y conocidas las palabras “nadie viene a ver a este paciente” y el pedido hacia el servicio de indagar sobre sus redes familiares.

El predominio de hombres en la sala de mínimos y, en simultáneo, otro dato destacado para analizar, como la adherencia al tratamiento y los controles de salud, deja entrever que tanto los hombres como las mujeres enferman de determinada manera. Como se mencionó anteriormente, vemos de qué manera el MMTH influye en el comportamiento de los varones, inhibiendo su acceso a la salud, determinando que lleguen al sistema de salud en calidad de urgencia, no habiendo realizado controles previos.

En este sentido, partimos de comprender a la salud/enfermedad como un proceso de carácter histórico y social que expresa el modo característico de enfermar y morir de los diferentes grupos humanos (Laurell, 1981). El estereotipo de varón heterosexual construido en base a los atributos sociales que “deben” poseer los hombres (valientes, fuertes, autosuficientes) que interiorizan a través la socialización, establecen el modelo social hegemónico de la masculinidad tradicional (Bonino, 2002). Que los varones se comporten de acuerdo a este modelo se materializa en la sala de internación de cuidados mínimos, donde llegan al hospital por problemas cardiológicos, ACV, diabetes, sin poseer controles previos o asistencia regulares al sistema de salud y únicamente en calidad de urgencia donde media la vida y la muerte. Entonces, el MMTH inhibe su acceso a la salud, ya que los varones perciben, procesan, enfrentan y solucionan sus problemas de salud de manera particular, diferente de las mujeres, y de un modo problemático para la resolución de dichos problemas (Bonino, 2002).

La forma en que los varones han sido socializados bajo el MMTH implica un factor de riesgo para la salud de los varones y para la salud directa de las mujeres,

la violencia contra las mujeres expresa una fuerte presencia del MMTH como un factor de riesgo para la salud de las mujeres, minimización del problema por parte de los varones con falta de responsabilización, depositación en las mujeres del control de la situación y falta de intervención en el sistema sanitario (Bonino, 2002: s/d).

En esta línea, considerando algunas situaciones de la sala de cuidados mínimos en relación a los datos que arroja la estadística y lo registrado en las historias clínicas y sociales, podemos analizar cómo muchos varones llegaban al hospital con enfermedades muy avanzadas, sin haber realizado controles médicos previos; algunos de ellos debido al tipo de trabajo que realizaban, por lo que manifestaban no tener tiempo suficiente para concurrir al hospital y expresaban la necesidad de tener el alta lo antes posi-

ble, ya que eran el sostén económico de sus familias.

De esta manera, se puede observar que tanto las condiciones materiales de existencia de algunos de los varones entrevistados (precariedad laboral, extensas jornadas de trabajo, trabajos forzados, etc.) y, junto con ello, las características asumidas del modelo de masculinidades, como aguantar el dolor, la llegada tardía al sistema de salud, retardar la consulta, y el rol de proveedor del hogar expresan cómo perciben, solucionan y enfrentan sus problemas de salud. En varias ocasiones sucedía que durante las internaciones eran las mujeres (parejas, madres, hermanas) quienes les traían el almuerzo y la cena todos los días y quienes estaban al tanto de los medicamentos y los horarios, es decir, las “encargadas” de cuidar de su salud.

Asimismo, algunos de los varones entrevistados demandaban el cuidado de sus familiares, quienes se negaban a acudir al hospital manifestando que no querían tener relación con ellos debido a situaciones de violencia vividas previamente. Estas situaciones dejan entrever cómo la reproducción fiel del modelo de masculinidades atraviesa los modos de relacionarse con otros/as (con sus familiares, parejas e hijos/as) y genera relaciones desiguales de poder, donde la violencia resulta ser un medio válido para vincularse. De esta manera, conviven distintas formas de ser “varón” en la sociedad. Por tanto, entendemos que existen particularidades debido a que no todos los varones se ubican de igual manera en la producción capitalista (referida a la cuestión de clase). Retomando la cita mencionada antes, persisten algunas características que emanan del MMTH que los une, privilegios otorgados socialmente a costa de la opresión de las mujeres y de su propia salud.

A su vez, siguiendo el análisis, al consultar a los adultos internados, se evidencian los escasos o nulos vínculos y redes familiares de contención, lo que se plasma en el pedido de los adultos hacia el servicio de contactar familiares, amigos/as y conocidos/as que puedan acercarse a visitarlos. En situaciones en donde la red familiar es escasa, las consecuencias más

frecuentes impactan en la prolongación indefinida de la internación. El trabajo del equipo de salud se limita en ocasiones al ingreso a un geriátrico. Quienes sí poseen familiares o amigos/as son en su mayoría mujeres, “encargadas” de los cuidados de los hombres adultos. Las mujeres cuidadoras de los adultos se acercan a los/as profesionales en los pasillos, manifestando situaciones de angustia debido al “abandono” que se ven obligadas a hacer de sus trabajos, la continuidad del trabajo no remunerado realizado en sus hogares que deben alternar con el cuidado y la visita de sus familiares. Es necesario enfatizar que el cuidado es un derecho humano, que todos/as en algún momento de nuestras vidas transitamos por una situación que requiere de cuidados, que debe ser universalizado y debidamente acompañado con políticas públicas tendientes a desnaturalizar esas desigualdades.

Como profesionales del equipo de salud se vuelve necesario revisar constantemente nuestras prácticas, teniendo en cuenta las necesidades, perspectivas, demandas y los deseos de los/las usuarios/as del servicio de salud, así como el contexto familiar, social y sus posibilidades, siendo importante la co-construcción de las demandas y estrategias de intervención. Asimismo, resulta imperioso que desde el equipo de salud se trabaje, tanto en las entrevistas con los/as pacientes como al interior del propio equipo, sobre la deconstrucción de los roles y estereotipos de género. A su vez, resulta importante que se trabaje en relación a la prevención y la promoción con los varones, para que comiencen a incluirse en las tareas socialmente atribuidas a las mujeres.

## **Reflexiones finales**

Lo analizado en el presente trabajo contribuye a comprender la influencia del MMTH en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de los varones.

Hemos intentado analizar cómo el MMTH determina las

distintas formas de enfermar y de morir de las personas, teniendo como consecuencia que los varones lleguen de manera tardía a consultar por su salud, cuando esta se encuentra grave y en calidad de urgencia. De esta manera, vemos cómo el MMTH implica un factor de riesgo y provoca daños a la salud de los varones y de las mujeres, es causal de falta de responsabilización de los varones en cuanto a su cuidado y a la adherencia a los tratamientos, así como depositación de los cuidados en las mujeres.

A su vez, existe una falta de políticas públicas orientadas a los varones que los incluya como agentes activos en los cuidados, tanto de sí mismos como de los demás. Esto deriva en que muchas veces el equipo de salud recurra a las familias y a las redes de contención, sobre todo a las mujeres, depositando en ellas las tareas de cuidado, reforzando así los estereotipos de género. Entendemos estos procesos como “familiarización” de los cuidados por parte del Estado y, principalmente, como “feminización de los cuidados”.

Cabe preguntarnos si, como trabajadores del Estado, a través de dichos procesos no estamos depositando y sobrecargando a las mujeres con responsabilidades propias de los cuidados, cuando en verdad es competencia del Estado garantizar la accesibilidad al sistema de salud y el derecho a la salud de las personas.

En este sentido, se vuelve necesario repensar las políticas públicas en salud, así como problematizar los procesos de intervención profesional, entendiendo que la responsabilidad en cuanto a los cuidados y la adherencia a los tratamientos implican una construcción conjunta con los/las usuarios/as del sistema de salud.

Lejos de constituir un análisis acabado, el presente trabajo invita a continuar investigando, analizando, problematizando y reflexionando sobre la temática, con el objetivo de lograr intervenciones profesionales más justas y que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de las personas.

## Bibliografía

- Artiñano, N. (2015) *Masculinidades incómodas: Jóvenes, género y pobreza*. Espacio Editorial, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Bonino, L. (2002) “Masculinidad, salud y sistema sanitario. El caso de la violencia masculina”. S/D. Disponible: <http://www.luisbonino.com/pdf/MASCULINIDAD%20y%20sist%20sanitario.pdf>
- Comes, C. (2007) “El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios”. Anuario de investigaciones de la ciudad de Bs. As. (en línea), Volumen 14. Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019)
- Connell, R. W. (2006) “Desarrollo, globalización y masculinidades”. En: Careaga, Gloria y Salvador Cruz Sierra (coord.).
- Dominguez, C. (2012) “Construcción de la adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis”. Revista *Margen* (en línea), Volumen 67. Disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen67/dominguez.pdf>
- Garibaldi, V., Inocciati, M. y Schuttheis, L. (2014) “Reflexiones en torno a la intervención del trabajo social en las instituciones de salud: el cuidado a los que cuidan y el atravesamiento de las concepciones hegemónicas de familia y cuidado”. Revista *Debate Público*, Reflexión de Trabajo Social, Número 4 (8), pp. 61-70.
- Lagarde, M. (2001) *Claves feministas para la negociación en el amor*. Puntos de Encuentro, Managua.
- Laurell, C. (1982) “La Salud-Enfermedad como Proceso Social”, en *Revista Latinoamericana de Salud* Número 2. Nueva Imagen, México DF.
- Leal, D.; P. Szil, J.; Lozoya, J. y Bonino L. (2003) “Algunas sugerencias para impulsar grupos de hombres”. S/D. (disponible en [http://www.jerez.es/fileadmin/Documentos/hombresxigualdad/fondo\\_documental/Movimiento\\_hombres\\_iguali](http://www.jerez.es/fileadmin/Documentos/hombresxigualdad/fondo_documental/Movimiento_hombres_iguali)

- tarios/Sugerenciasimpulsargruposdehombres.pdf)
- Navarro, F. y Rico, M. (2013) “Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional”, en Pautassi, L. y Zibecchi, C. *Las fronteras del cuidado: agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires, Biblos.
- Oppezi, M. y Ramírez, C. (2012) “Los varones en las políticas de salud: ¿cuerpos invisibilizados? Un estudio en las políticas sanitarias de la Provincia de Neuquén, Argentina”. *Historia*. Neuquén. Disponible en <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/139>
- Pombo, M. (2012) “La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género”. En *Margen* Número 66.
- Programa de Educación Sexual Integral. Disponible en [http://www.me.gov.ar/me\\_prog/esi/doc/lineamientos.pdf](http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/doc/lineamientos.pdf).
- Riveiro, L. (2014) “Aportes de la teoría feminista para pensar el ejercicio profesional”. EN: MALLARDI, MANUEL. (comp.) *Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*. Colección Debates en Trabajo Social. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, pp. 203-217.
- Segato, R. (2003) *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Editorial Universidad Nacional de Quilmes, Quilmes.
- Tájer, D. (2004) “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”. En *Políticas públicas, Mujer y Salud*. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán, Colombia, pp. 27-39.
- Téllez Infantes, A. y Verdú Delgado, A. (2011) “El significado de la masculinidad para el análisis social.” Universidad Miguel Hernández de Elche. *Revista Nuevas Tendencias en Antropología* Número 2. Elche, España, pp. 80-103.
- Teodori, C. (2015) “Rutas críticas de mujeres en situación de violencia familiar. Estudio de casos en la ciudad de Buenos Aires”. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias So-*

*ciales* Volumen 11, Número 2, pp. 179-194. Disponible en <http://revistacientifica.uaa.edu.py/index.php/riics/article/view/230/pdf>

Voria, M. (2015) “Dilemas analíticos en torno de la categoría de cuidado”. *Revista de estudios de género La Ventana* Número 41, pp. 113-152.



# Por qué y para qué incorporar los debates del agro-negocio y agrotóxicos en las intervenciones en Salud

Pamela Bergés<sup>1</sup>

Carla Poth<sup>2</sup>

En el presente artículo se expondrán debates acerca del agronegocio y la utilización de agrotóxicos, la tecnología a disposición y la importancia de analizar este modelo de producción en la determinación social de la vida.

El objetivo del artículo es difundir información de la problemática en términos de salud y al mismo tiempo plantear propuestas en la construcción de una demanda colectiva, recurriendo a aportes de la perspectiva crítica en Trabajo Social. Desde una propuesta de la epidemiología crítica, para darle marco al abordaje en salud, el análisis irá de lo general a lo particular jugando con un orden que no tiene orden, si pensamos que son mutuamente determinados y que en ese movi-

---

1 Licenciada en Trabajo Social. Ayudante de primera en la materia “Estrategias de salud comunitaria”. Carrera de Enfermería. Universidad Nacional de Luján (UNLu). Docente Salud Pública II. Carrera de enfermería del Instituto de Formación superior Técnica N°180. Moreno.

2 Licenciada en Ciencia Política (UBA) y Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Investigadora y Docente de la Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS).

miento se encuentra la capacidad de cambio.

Por último, se plantean interrogantes y propuestas al momento de politizar las prácticas profesionales del Trabajo Social, retomando coincidencias en la construcción de la demanda con espacios colectivos de praxis política.

## **Introducción de la perspectiva Crítica en Salud**

En principio hablaremos de salud como proceso salud-enfermedad-atención, en relación a que el mismo es un proceso social (Laurell, 1981) que permite describir las desigualdades y disputas vigentes entre las dos clases sociales fundamentales; la clase trabajadora y la capitalista o dueños de los medios de producción. Este proceso social tiene un carácter histórico que remite a la manera de enfermar, vivir y morir de cada clase de acuerdo a las tensiones o lógicas de poder del conflicto de clase en los distintos momentos históricos. Intenta impulsar una mirada que se corra de la enfermedad como mera consecuencia, pensando las condiciones para el cuidado de la vida y la salud desde un marco general.

En este sentido, se vuelve central describir la forma actual de acumulación del capital en Argentina y Latinoamérica, basada en la lógica del capital financiero. En el contexto de la actual división internacional del trabajo, nuestros países proveen fuerza de trabajo barata y bienes comunes para las empresas internacionales. De esta manera, la lucha en los territorios se estructura con el objetivo de resguardar y defender los “territorios vitales” (fundamentales para la reproducción humana) de los/ las trabajadores/as (Giarretto y Poth, 2015: 13), a través de diversas estrategias (como por ejemplo, establecer mecanismos regulatorios que limiten a industrias y tecnologías la destrucción del ambiente y, en términos singulares, los territorios donde habitan/transitan los/as trabajadores/as). Asa Laurell (1981) propone analizar cómo cada clase social enferma según la determinación de la vida. Pero además, para analizar el proceso salud- enferme-

dad- atención de un pueblo, la autora presenta la propuesta de que es necesario describir las condiciones de trabajo, es decir el proceso de trabajo de la clase trabajadora y las condiciones en que vende su fuerza de trabajo.

El proceso salud-enfermedad-atención, es el concepto que nos permite adentrarnos en la perspectiva crítica, dónde no solamente son las condiciones materiales de reproducción las que determinan la salud, sino también la atención y protección de la vida en general, si hablamos en términos del buen vivir. Este concepto fue discutido, en Bolivia y Ecuador, en los años 70, en base al pensamiento de Bolívar Echeverría y a la cosmovisión de los pueblos originarios, quienes pensaban el campo de la salud y cuestionaban conceptos como el de “calidad de vida”, generando una crítica al modelo productivo. Para esto era necesario pensar la relación del hombre y el ambiente retomando la relación dialéctica entre ambos, planteada por Marx. Esta tesis pretende correrse de una mirada antropocentrista donde el hombre controla todo. La propuesta del buen vivir es

Proveer condiciones para una producción soberanamente sustentable, solidaria y saludable (...). Acerca de las revoluciones más importantes que han avanzado en cambiar la estructura de la propiedad y el acceso universal de servicios públicos” entre otros (...) “no han sido capaces de sus-tentar la reproducción y perfeccionamiento de la vida y de las condiciones económicas, culturales y políticas que se requieren para hacer viable y garantizar modos de buen vivir” (...) “No derrotaron la cultura mercantil individualista, la preeminencia des- bordante del valor de cambio sobre el valor de uso; no desplazaron la centralidad y el crecimiento exponencial del consumo y derroche productivo e individual; no resolvieron la fractura ciudad-campo; no pudieron construir lo que he llamado la capacidad vital al asumir la lógica de una tecnología orientada a la acumulación y no a la vida. (Breilh, 2011: 5)

Ahora bien, cuidar la vida y la salud es también generar las condiciones a largo plazo para el disfrute de los bienes en

comunidad, y así es necesario reflexionar si el manejo de los bienes como tierra, agua, minerales, alimentos y otros se encuentran a disposición de la clase, en una gestión soberana y autárquica de los mismos.

El análisis de la problemática del uso del agrotóxico y el paquete tecnológico en términos de cuidar la vida, libre de explotación y de muerte, requiere del análisis del modelo productivo, cuya problematización desde los marcos teóricos necesarios para analizar la realidad que nos indigna, no puede reducirse a “soluciones inmediatas”, descontextualizadas y deseconomizadas, entendiendo que la disputa entre las clases es política y económica. Consideramos necesario que las dimensiones de análisis para los problemas de salud, soberanía alimentaria e independencia económica en relación al modelo de producción ligado a los agrotóxicos, se encuentren atravesados por el esfuerzo y análisis dialéctico de las dimensiones: Universal-Singular-Particular. Esta manera de conocer la realidad es una propuesta epistemológica del materialismo histórico dialéctico, y se encuentra en relación al analizar la realidad como una totalidad, compuesta por otras totalidades donde serán las mediaciones las que nos permitan acercarnos, en un proceso dialéctico, entre la apariencia de cualquier realidad y la esencia de la misma. Para esto se han logrado identificar las dimensiones planteadas que van desde lo universal o estructural a lo coyuntural, es decir, lo particular- singular, en relación al atravesamiento en la vidas particulares de los sujetos, o sea la concreción de todas las dimensiones. Para quienes venimos de las ciencias sociales este debate es conocido y en este sentido haremos el ejercicio de pensarlo como posicionamiento ético/político de la profesión de trabajo social, porque como expresa Montaño (2014) una de las bases del compromiso de clase es politizar la práctica<sup>3</sup>. De esta manera, sería una contradicción

---

3 “Politizar la práctica profesional significa, primeramente, develar, explicitar, descubrir, las contradicciones de intereses, las tensiones (manifiestas o latentes, explícitas o implícitas) existentes entre los sujetos/actores de las realidades donde interviene el profesional”. Politizar la práctica profesional significa desarrollar la capacidad de

en sí misma no pensar estrategias de intervención colectivas.

Entonces estaremos analizando el contexto político y económico donde se desarrolla la ciencia para el modelo que propicia la implementación de agrotóxicos como relación social. También se indagarán los modos en que éste configura los cuerpos de los/as trabajadores/as. Para esto comenzaremos a describir las diversas maneras en que se legitima el paquete tecnológico implementado y las tensiones en torno al para qué de la ciencia, haciendo eje en los debates en torno a la emancipación humana.

Si bien las categorías de clase social y trabajo nos permitirán hacer la intersección entre salud y modelo productivo, hablaremos de determinación de la salud, desde el pensamiento crítico, para plantear estrategias de intervención, ya sea en términos profesionales o de construcción desde un colectivo político cuyo horizonte sea la emancipación humana.

Presentaremos el artículo, desde lo general a lo particular, a modo de difundir los argumentos que puedan acercarse a las distintas manifestaciones de la cuestión social.

## **Semillas transgénicas y modelo agroalimentario: un debate ¿científico? La concreción del modelo en los cuerpos de los/as trabajadores/as**

La crisis de acumulación del capital que emergió a fines de los '60 y principios de los '70, trajo consigo una serie de transformaciones, de las que las regiones agrarias no quedaron excluidas. La consolidación de lo que se conoció como la “re-

---

establecer conexiones entre la realidad “micro” (singular) en las cuales el profesional interviene, y la realidad “macro” (estructura y dinámica social) en la cual se inserta y que la condiciona y determina parcialmente; entre el corto, mediano y largo alcance de la acción profesional. La clara comprensión de categorías universales –plusvalía, explotación, imperialismo, segregación, mercancía, valor-trabajo, antagonismo de clases, desigualdad, pobreza, etc.–, y como ellas inciden en la realidad en la que se está desempeñando el profesional”. (Montaño 2014: 37-38)”.

volución verde” y la posterior emergencia de las biotecnologías y el paquete a ellas asociado (semillas genéticamente modificadas -OVGM<sup>4</sup>-, agrotóxicos y siembra directa), significaron una nueva etapa en la producción capitalista en las regiones agrarias, que transformaron profundamente las prácticas y sujetos que habían sido, durante décadas, los pilares de la producción agropecuaria en esas regiones.

El desarrollo de nuevas tecnologías y la implementación de políticas comerciales tendientes a favorecer la apertura de las economías agrarias locales al mercado global, dieron lugar a nuevas formas de producción, cambios en el uso del suelo y la expansión de la frontera agrícola, que denominamos Modelo Biotecnológico Agrario (MBA). Todo ello tuvo efectos en las estructuras agrarias, signadas por procesos de concentración, desplazamiento, recomposición de sujetos preexistentes y surgimiento de nuevos actores. En este sentido basta con decir que, a nivel mundial, desde fines de los '60, la superficie ingresada a los mercados agrícolas globales es del 30% (FAO, 2017). A esto se suman los crecientes rendimientos, producto de la sumatoria de insumos agrarios para la elaboración. Así, la producción de granos (soja, maíz, trigo y girasol) en el plano global casi duplica los niveles producidos hace dos décadas atrás. Si para la campaña 1996/97 se producían 1.800 millones de toneladas de granos, para 2014/15 la producción mundial alcanzó los 3033 millones de toneladas.

América Latina vivió este proceso con la contundencia de muy pocas regiones en el mundo. Su carácter estratégico para la producción agrícola y la extracción de recursos naturales ha hecho que, en la actualidad, el 40% del área producida globalmente (73 millones de hectáreas) se encuentre concentrada en sólo cinco países de esta región.

Argentina ha sido pionera en la generación de estos cambios. Entre 1996 y 2015, sólo los cultivos de maíz, soja y trigo crecieron un 200%, pasando de 54 millones a 107 millones de

---

4 Organismos Vegetales Genéticamente Modificados.

toneladas, lo que significa un 3,5% de la producción global de granos (Calzada y Corina, 2017). Mucho más contundente fue, en las últimas décadas, el crecimiento de la producción de la soja, luego de la aprobación en 1996 de su versión genéticamente modificada: la soja Roundup Ready (RR), de Monsanto, resistente al herbicida glifosato. La superficie sembrada con este cultivo pasó de sólo 4 millones de hectáreas, en la década de los '80, a cerca de 9 millones en la campaña 1997/98, para superar las 20 millones en 2014, liderando los rankings con más del 30% de las exportaciones registradas tanto en forma de grano, como harina o aceite (S/A, 2015). Esta producción ha mostrado la apuesta fuerte de la Argentina hacia las semillas genéticamente modificadas y las biotecnologías que las generan.

Argentina fue la puerta de entrada de este tipo de semillas al Cono Sur. En la actualidad produce más de 24 millones de hectáreas de cultivos transgénicos, entre soja, maíz, algodón y papa (ISAAA, 2016). Sólo la producción de soja genéticamente modificada pasó de 50 mil hectáreas en 1996 (año de su liberación) a 1, 7 millones para ocupar, en la actualidad, el 100% del cultivo, reemplazando en su totalidad las variedades convencionales de dicho cultivo (Vara, 2004). De hecho, Argentina tiene en la actualidad 34 cultivos GM aprobados para comercialización, entre los que encontramos: 8 cultivos de soja, 3 de algodón, 22 de maíz y 1 de papa. Todos ellos con diversas variedades de tolerancia a múltiples herbicidas y pesticidas (como glifosato, glufosinato o 2-4D), resistente a insectos o virus, o a inclemencias climáticas.

Estos cultivos implican la deforestación de más de 13 millones de hectáreas al año. Reducción del empleo agrario (Bárcena y otros, 2004), expulsión de productores y campesinos (Teubal, Dominguez y Sabatino, 2005), concentración económica, desplazamientos territoriales asociados a las migraciones rur-urbanas, y sustitución de cultivos para la alimentación, e incluso, de la ganadería (Rosati, 2013) (UMSEF, 2015) son sólo algunos de los efectos visualizados en torno a

la implementación de este modelo de agricultura.

La contracara de esta expansión ha sido la velocidad y multiplicidad de conflictos y resistencias. No se pueden comprender las transformaciones ocurridas en el agro, sin comprender las luchas que las mismas han generado. Desde los pueblos, escuelas y médicos que salen a denunciar la existencia de nuevas formas de enfermar y morir en los paisajes rur-urbanos (Fernández, 2014), hasta la resistencia al avance de las topadoras y a los desplazamientos por parte de los movimientos campesinos y de agricultores familiares, incluso con sus propias vidas (Aranda, 2011). Desde la consolidación de procesos de organización por parte de las comunidades indígenas, como el de las comunidades QOM (MU, 2015), hasta la puesta en debate de la apropiación de la semilla, y la avanzada de los marcos de propiedad intelectual (Perelmuter, 2017). Y, fundamentalmente, el surgimiento de renovadas críticas por parte de muchos científicos que hoy, como hace años atrás, se permiten problematizar el rol de la ciencia y el sistema científico en las relaciones de producción vigentes (MU, 2014).

Sin dudas, las controversias en torno al uso de la ingeniería genética como forma de obtención de organismos genéticamente modificados (OGMs) y, especialmente, semillas transgénicas, han crecido considerablemente en los últimos 25 años. Luego de tantos años, el modelo de producción agrícola, en cuyo corazón se encuentran las semillas transgénicas, se sigue sosteniendo sobre dos aseveraciones que, al día de hoy, es necesario poner en perspectiva. Por un lado, la idea de que los cultivos transgénicos serían, son y serán capaces de alimentar al mundo. Por el otro, y descansando sobre las aguas de la anterior afirmación, quienes defienden el agro-negocio plantean la inocuidad de estas semillas tanto para el ambiente como para la salud humana y animal. Bajo ambas perspectivas, la producción biotecnológica expande sus mercados, con el aval de los marcos regulatorios globales.

En este contexto, el rol que ha cumplido la ciencia ha sido

central. No sólo porque es la productora y reproductora constante de este tipo de semillas GM (genéticamente modificada), sino porque en ella se ha plasmado el conflicto por la subsistencia. Observemos algunos de los argumentos de esta disputa.

En la actualidad, la producción de granos (soja, maíz, trigo y girasol) en el plano global casi duplica los niveles producidos hace dos décadas atrás. Si para la campaña 1996/97 se producían 1.800 millones de toneladas de granos, para 2014/15 la producción alcanzó los 3033 millones de toneladas<sup>5</sup>. Sin embargo, aún al día de hoy, y con estos números que muestran el crecimiento cuantitativo de la producción agraria, no se ha acabado con el hambre. Un informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación -FAO- de 2015<sup>6</sup> ratifica que más de 790 millones de personas padecen hambre crónico; y más de 2000 mil millones poseen “hambre encubierto”, con la consecuente carencia de nutrientes. Es decir, esta cadena alimentaria no ha generado los alimentos necesarios para eliminar el hambre.

A esto se suma que el actual modelo predominante en la producción de granos, no es la principal fuente proveedora de los alimentos globales. De hecho, sólo abastece el 30% de los alimentos utilizando entre el 70% u 80% de la tierra cultivable<sup>7</sup>, mientras que la producción campesina brinda el 70% restante. Y a pesar de la ineficiencia de esta cadena mal llamada alimentaria, las consecuencias de su expansión no han sido menores. Podemos citar la homogeneización de los patrones de consumo mundiales a la lógica de los países centrales (consumidores de animales de *feed lot*), la reducción de la diversidad agrícola a sólo 150 cultivos estandarizados (fácilmente comercializables y apropiables a través de patentes) y el constante avasallamien-

---

5 Datos de la Bolsa de Comercio de Rosario, <https://www.bcr.com.ar/Pages/gea/estimaProd.aspx>.

6 <http://www.fao.org/about/what-we-do/so1/es/>

7 Como contraparte, la industria agrícola utiliza más del 80% de los combustibles fósiles, y un 70% de agua. Además, deforesta más de 13 millones de hectáreas de bosques al año.

to de la agricultura campesina que, en sólo 30 años ha sido capaz de desarrollar más de 7 mil cultivos diferentes.

Ahora bien, si la cadena no produce alimentos, entonces ¿qué produce? Esta cadena sí ha multiplicado las ganancias de grandes corporaciones globales que controlan los circuitos de los insumos agrarios (semillas y agrotóxicos), las cadenas de distribución y de consumo. Hoy, Monsanto, Dupont, Bayer, Syngenta, Basf y Dow Agrosciences controlan el 60% del mercado global de semillas y el 76% del mercado mundial de agrotóxicos, definiendo las dinámicas de producción de las regiones agrarias en todo el globo. El control que poseen las empresas de estos insumos centrales, les brinda el poder de definir qué cultivos serán la base de nuestros alimentos, si serán sanos o no y cuál será su calidad nutritiva.

Así, de primera mano, los datos nos dicen que la cuestión del acceso a los alimentos no sólo no ha sido resuelta, sino que en contraposición la expansión de este modelo pone en peligro las fuentes seguras de alimentos sanos y diversos. Derribado este mito, sobre el que hasta los científicos se paran con el fin de justificar sus múltiples investigaciones financiadas por multinacionales productoras de semillas transgénicas, al menos nos queda pensar que quienes sí comemos, estamos accediendo a alimentos saludables. Pero, ¿lo hacemos?

Las semillas genéticamente modificadas se originan en los laboratorios donde, a través de técnicas de manipulación de germoplasma, se insertan genes de interés en una especie determinada. Así, la ciencia ha creado este tipo de semillas pero también se ha tornado central en la evaluación de salubridad de las mismas. En este sentido, la ciencia ha tenido un rol político primordial en la configuración de las regulaciones y la legitimación de los transgénicos.

Quienes desde la ciencia desarrollan estos organismos se paran en aquellos preceptos teóricos que dieron origen a las biotecnologías: hacia 1970, cuando la confluencia de la “teoría genética de la herencia” de Mendel y las lógicas de evo-

lución del darwinismo daban origen al denominado “dogma central del determinismo genético”. Esta teoría reconoce que el germoplasma está protegido de las influencias ambientales, lo que significa que si bien transmite la información genética para determinar las características del organismo, no recibe ni intercambia información con el ambiente<sup>8</sup>. Por esta razón los genes son inmutables y sumamente estables (salvo por excepcionales mutaciones), lo que permite que “(...) *identificando un gen, se puede predecir un rasgo deseable o indeseable, cambiando el gen se cambia el rasgo, transfiriendo un gen, se transfiere ese rasgo*” (Ho, 2007: 54). En este sentido “*manipulando los genes correctos se puede adaptar el organismo a nuestras necesidades*” (Ho, 2007: 59). Control, manipulación y previsibilidad serán el caballito de batalla de quienes encontrarán en la generación de semillas genéticamente modificadas la gallina de los huevos de oro.

Bajo estas perspectivas, la práctica de la ingeniería genética que produce estos transgénicos se sostiene sobre la creencia de que “*la manipulación genética tiene el potencial para resolver todos los problemas del mundo, dado que los genes determinan las características del organismo*” (Ho, 2007: 59). Tal y como plantea Ho, para quienes desarrollaron y expandieron estas lógicas de conocimiento “*el germoplasma toma el lugar del alma inmortal cuando la ciencia reemplaza a la religión cristiana*” (Ho, 2007: 108). La “neutralidad” del conocimiento científico que las producía, sería la garantía de la que las empresas se valdrían para acrecentar sus ganancias a través de la consolidación de un nuevo mercado (el de las semillas transgénicas) y de la fusión y concentración de viejos mercados (semillas y agroquímicos) (López Monja, 2009). Transnacionales como DuPont, Monsanto o Merck invirtieron millones de dólares en sus propios laboratorios y tentaron a investigadores que se transformaron en los mesías de una neutralidad pro- transgénica (Goldstein, 1989). Ciencia y empresas consolidaron así una cosmovisión y un lenguaje comunes.

---

8 Esto es conocido como barrera de Weismann

Pero esta no fue la única mirada. Al mismo tiempo que una parte de la ciencia festejaba los grandes “avances” en manipulación genética y se acercaba a la investigación aplicada de las grandes transnacionales, muchos científicos advertían que tanto el método, como el producto, no podían ser considerados inocuos de antemano. Desde las *Conferencias de Asilomar* se proponía considerar los posibles riesgos en las biotecnologías y regular en consecuencia. La moratoria voluntaria sobre estas investigaciones –denominada Moratoria Berg– que fue producto de esta preocupación y antecedente inmediato del principio precautorio<sup>9</sup> en biotecnologías, nunca pudo ser implementada (Lander, 2006:75). Sin embargo, cristalizaba la cosmovisión de las nuevas “teorías del flujo génico” que criticaban las aseveraciones del dogma central y mostraban un nuevo paradigma de funcionamiento de los genes.

Los investigadores de esta corriente demostraron que los genes funcionan en una red compleja con causas multidimensionales, no lineales, interactuando con el ambiente y retroalimentándose de su información. Esto hace que los genes y el genoma no sean estables sino fluidos y dinámicos, cambiando en relación directa con el ambiente del que reciben información y generando mutaciones adaptativas y saltos horizontales entre genes, que se mueven del lugar del genoma en el que fueron puestos para recombinarse. Bajo esta perspectiva, el funcionamiento genético exige mirar a estos organismos integralmente, tanto en sus características como en su interacción con el ambiente, ya que es este proceso el que definirá la ignorada evolu-

---

9 El principio precautorio, o de precaución, está definido en el PCB en su artículo 11 de esta manera: “El hecho de que no se tenga certeza científica por falta de información y conocimientos pertinentes suficientes sobre la magnitud de los posibles efectos adversos de un organismo vivo modificado en la conservación y utilización sustentable de la diversidad biológica en la Parte de importación, teniendo también en cuenta los riesgos para la salud humana, no impedirá a esa Parte, a fin de evitar o reducir al mínimo esos posibles efectos adversos, adoptar una decisión, según proceda, en relación con la importación de ese organismo vivo modificado destinado para uso directo como alimento humano o animal o para procesamiento”. Posteriormente veremos que significa su implementación en términos políticos.

ción de su genoma y sus expresiones. Por todo esto, no hay forma de prever los resultados de este movimiento genético. Aun manteniendo variables estáticas en el marco de un laboratorio, las condiciones cambiantes del ambiente pueden exponer el genoma a modificaciones sustanciales en mediano y largo período de tiempo. La única certeza contundente, entre tanta incertidumbre sobre los efectos de los transgénicos, es que los organismos GM son inestables y, por lo tanto, incontrolables. De hecho, científicos franceses y belgas han encontrado que el ADN extraño inserto en las variedades GM aprobadas para comercialización en Europa desde 2003, han mutado, y ahora son diferentes desde el momento en que fue liberado para su producción y consumo (Ho, 2003; 2004).

Previsiblemente, a pesar de los debates, los primeros argumentos fueron los que primaron y con ellos, los marcos regulatorios que, en todo el mundo, se plasmaron sobre la idea de la equivalencia sustancial<sup>10</sup>. Es decir que, incluso para las regulaciones, los organismos genéticamente modificados serían iguales a los organismos convencionales, por lo que no tendrían efectos diferentes que analizar.

Sin embargo, hoy, frente a la expansión de estos cultivos y con fuertes presiones para ser ocultadas, han surgido investigaciones que muestran la aparición de nuevas toxinas y agentes alergénicos, generación de enfermedades desconocidas, entre ellas enfermedades intestinales (por el consumo de alimentos derivados de OGMs) (Pusztai y Bardocz, 2005).

Con el tiempo, estos hechos han puesto en evidencia que la controversia científica tuvo una rápida resolución política que privilegió las ganancias del capital por sobre la incertidumbre de los efectos en la salud. Pero además, tanto antes como ahora, muestran que la ciencia es parte de la disputa política sobre el modelo deseable de producción agraria. En esta lógica, los gurúes pro- transgénicos continúan negando la

---

10 El principio de equivalencia sustancial establece que los OGM son sustancialmente iguales a su homólogo convencional. Esto supone que, al no haber diferencias, no hay riesgos considerables en su producción.

inestabilidad de estas tecnologías, y por tanto siguen frenando la implementación del principio precautorio, dado que se lo considera un freno al libre comercio.

Estos científicos pro- transgénicos no sólo niegan que las semillas GM son inestables. También se niegan a observar su funcionamiento de una manera integral. Es por esto que, cuando evalúan la salubridad de los genes, desconocen (de manera deliberada) la relación intrínseca que hoy tienen las semillas transgénicas con los agrotóxicos.

Lo cierto es que tal y como planteara una referente de CONAMURI<sup>11</sup> “*con los transgénicos, el agrotóxico se ha transformado en comestible*”. La dependencia de estas semillas es evidente cuando vemos que más del 90% de las semillas GM que circulan por el mundo contienen una modificación que hace que ese cultivo sea tolerante a un herbicida, o que contenga el herbicida en su propio genoma. Entonces, ¿cómo separar uno de otro?

Si sólo miramos en Argentina, la mayoría de las 51 semillas GM liberadas para la comercialización tienen tolerancia a algún tóxico agrícola o el mismo ha sido incorporado a su cadena genética. Cada año, el 60% de la superficie de nuestro país es fumigada con 300 millones de litros de agrotóxicos, cuyo uso ha crecido 983% en los últimos 25 años<sup>12</sup>.

Aquellos que poseen una perspectiva integral de la problemática han mostrado, en los últimos años, la constante exposición de los seres humanos a estos tóxicos. Al día de hoy, un tercio de la población argentina (13 millones de habitantes) se encuentran directamente expuestos a las fumigaciones. Pero no es la única forma de exponerse. En las ciudades, los productos derivados de cultivos GM se encuentran por miles en cualquier negocio de comidas, y en ellos, estos componentes químicos (cuyo tiempo de persistencia en los alimentos es real,

---

11 CONAMURI o Coordinadora Nacional de Mujeres Trabajadoras Rurales e Indígenas de Paraguay es una organización que desde hace muchos años lucha contra la expulsión de comunidades campesinas en manos del agronegocio para la producción de la soja y el algodón transgénicos.

12 Informe del III Congreso de Médicos de Pueblos Fumigados, 2013.

pero todavía se desconoce). Los algodones, apósitos femeninos y tampones utilizados cotidianamente poseen residuos de agrotóxicos<sup>13</sup>. Las aguas del río Paraná, que constituyen las napas de agua consumible, bajan con grandes acumulaciones de agrotóxicos<sup>14</sup>. La exposición es tan grande que incluso se han encontrado altos porcentajes de agrotóxicos en sangre y orina de habitantes urbanos. Una muestra de que estos químicos están en el corazón de este modelo<sup>15</sup>.

Al mismo tiempo, no son pocos los estudios que evidencian que esta exposición a los agrotóxicos tiene efectos dañinos sobre nuestra salud. En el 3er Congreso de Médicos de Pueblos Fumigados, se ha demostrado que la exposición sólo al glifosato (uno de los tantos venenos utilizados en los campos) afecta la salud reproductiva, aumentando los índices de abortos espontáneos y malformaciones congénitas (en Chaco se pasó de 19,1 casos de malformación cada 10000 nacidos vivos a 85,3 casos en 2008, siendo más fuerte el crecimiento en regiones de alto uso de glifosato como en La Leonesa). El aumento de los indicadores de cáncer infantil (que triplican las incidencias), el constante crecimiento de problemas endócrinos como hipotiroidismo y trastornos del desarrollo neurológico o cognitivo son sólo algunos de los efectos demostrados. Los estudios de Andrés Carrasco (Universidad de Buenos Aires), María Fernanda Simoniello (Universidad Nacional del Litoral), Delia Aissa (Universidad Nacional de Río Cuarto), entre otros a nivel nacional, e investigaciones realizadas en Ottawa y Winchester (EEUU), McMaster (Canadá) y en otras universidades extranjeras ratifican y refuerzan estos datos.

Y aun así, el modelo sigue caminando.

---

13 [www.exactas.unlp.edu.ar/articulo/2015/10/21/encuentran\\_glifosato\\_en\\_algodon\\_gasas\\_isopos\\_toallitas\\_y\\_tampones](http://www.exactas.unlp.edu.ar/articulo/2015/10/21/encuentran_glifosato_en_algodon_gasas_isopos_toallitas_y_tampones)

14 Ronco, A.E; Marino, D., Abelando, M et. al (2016) "Water quality of the main tributaries of the Parana Basin". Glyphosate and AMPA in surface water and bottom sediments", en Environmental Monitoring and Assessment.

15 Estos estudios fueron parte de dos campañas iniciadas por investigadores de la Universidad de Mar del Plata y el grupo BIOS, que se llamaron "Mala Sangre" (2014) y "Fuera del Tarro"(2015).

## **El análisis de la determinación social de la vida. De las causas a la complejidad**

Existe un debate en salud que es la búsqueda de las causas de enfermedades. Si nos basáramos en esta perspectiva, la respuesta sería que sólo el uso de agrotóxicos es el factor central que produce las nuevas formas de enfermar y morir de la población. Bajo esta lógica, incluso, podríamos desconocer el lugar que las semillas transgénicas y las biotecnologías ocupan en el proceso y, hasta de manera mal intencionada, podríamos decir que no hay evidencia científica de una relación causal entre las enfermedades y el nuevo paradigma (tal y como hacen los científicos y empresas que sostienen este modelo). Sin embargo, lo que intentamos plantear es la complejidad de las tres dimensiones de análisis mencionadas al comienzo de este artículo. En primer lugar, la dimensión general o universal, nos obliga a mirar el modelo productivo, observar la correlación de fuerza del capitalismo mundial y revisar las múltiples formas en que la lucha de clases se plasma en el modelo del agro-negocio. En segundo lugar, la dimensión de lo singular en relación a cómo se reproduce el modelo estructural vigente en un territorio particular, y los modos de vida individual y colectivos son los atravesamientos de las tres dimensiones en la vida cotidiana de los/as trabajadores/as. Este cambio en la producción concentró el poder de definir sobre nuestros alimentos en pocos terratenientes y empresas transnacionales de la agroindustria, beneficiadas con este modelo. De esta manera, la clase trabajadora al no tener los medios de producción no puede controlar lo que se produce y consume. Esta situación genera una lucha de poder a nivel internacional, ya que los países en Latinoamérica, ricos en “tierra fértil”, se ven obligados a exportar materias primas y soportar los procesos de producción malsanos.

De esta manera, tal y como plantea Jaime Breilh (2010) estos procesos productivos de aceleración y despojo aparecen como la variable jerárquica en el análisis de la determinación social. Ejemplos válidos son el extractivismo (megaminería, el frac-

king y el agro-negocio), el modelo de fedd lot en la cría intensiva de la carne para consumo humano y la aceleración en la cadena productiva fabril. Respecto a este último punto, se puede pensar en la lógica de mayor cantidad en menos tiempo, así como en la idea de generar nuevos mecanismos cualitativos de plusvalor. De esta manera no se esperan los procesos naturales y se impone como Jaime Breilh lo llama el modelo de la muerte. El costo es el no cuidado del ser humano y la naturaleza.

Ahora la pregunta es cómo se piensan y analizan las dimensiones generales, singulares y particulares en estas problemáticas que intentan difundirse como un problema que no afecta a toda la población y que la ciencia indigna procura legitimar.

Siguiendo con el concepto de determinación de la vida, oponiéndose al modelo productivo de la muerte y del despojo, Jaime Breilh plantea como lineamientos para la propuesta del “buen vivir”, las tres S de la determinación de la vida y se refiere a estas como:

La “sustentabilidad” (“paradigma de la transformación”) es un concepto multidimensional que implica un conjunto de condiciones para que los socio-ecosistemas puedan fundamentar o sostener, no cualquier forma de vida sino una vida plena, digna, feliz y saludable (Breilh, 2009a). En esa línea, se han destacado como elementos constitutivos de la sustentabilidad: primero y fundamentalmente la soberanía (como requisito de autárquica de la vida), así como la solidaridad en la reproducción social (equidad social, cultural, política, generacional y ambiental); la integralidad (como opuesto a lo simplemente sectorial o focalizado, y como algo que busca la concatenación entre todas las dimensiones del desarrollo); lo intercultural (como ruptura respecto a las visiones unilaterales y eurocéntricas que discriminan y empobrecen); el balance entre pasado-presente-futuro (no sólo en el sentido de la garantía y satisfacción de necesidades de las generaciones futuras -Informe Brundtland, 19.873- sino de avanzar hacia la reconstrucción del propio sistema de necesidades);

y finalmente, la adaptación del desarrollo a las condiciones espaciales y del medio. (Breilh, 2010: 97)

Entonces es necesario pensar el modelo productivo vigente en términos de relación dialéctica, es decir, la lucha de clases determina las dinámicas de reproducción del modelo, en los territorios vitales donde se juega de manera singular las diferentes formas donde el capital intenta subsumir y al mismo tiempo, la clase trabajadora genera modos de vida singulares que pueden generar factores protectores, como mecanismos de solidaridad, con los que de manera individual y colectiva intervienen sobre esa reproducción (proceso de subsunción/in subordinación).

Lo interesante del planteo de Breilh es que analizar la realidad desde la determinación presenta la posibilidad de cambio, mientras que las determinantes, son funcionales al modelo productivo vigente ya que las mismas no analizan las disputas existentes en la estructura económica política.

## **Estrategias de intervención en el campo de la salud. Aportes de la perspectiva crítica en Trabajo Social**

En este apartado intentamos mencionar como algunos aportes de la perspectiva crítica son importantes a la hora de planificar una estrategia de intervención en el campo de la salud, analizando desde la experiencia como se presentan las demandas individuales y colectivas.

Por lo general, en las instituciones de salud las demandas en relación a los padecimientos de enfermedades anclados en los ambientes malsanos, se presentan de manera individual y fragmentada, ya sea por la edad de los usuarios como por las especialidades intervinientes. En los casos de afecciones por agrotóxicos, se podría intervenir desde los servicios de pediatría, oncología, ginecología o desde la especialidad de endocrinología. En los casos de niños/as con problemas de tiroides,

donde la enfermedad va ligada a una situación llamada socio-económica, (situación habitacional, medicamentos sin cobertura o situación familiar que no permita la “adhesión” al tratamiento) se incorpora la intervención del Trabajador Social. En estos casos la demanda se encuentra ya mediada por la gestión de otro profesional que antes fue consultado por un pedido de respuesta del usuario y mediado también por las normas institucionales. Esto muestra que el acceso al sistema de salud funciona principalmente a demanda individual ante la enfermedad, no apuntando al cuidado de la vida en general. Por supuesto que existen equipos que realizan otros tipos de trabajo donde se unifican criterios de acuerdo a las problemáticas frecuentes de los barrios. Por ejemplo, de los profesionales de los “centros de atención primaria de salud”, pero éstas son experiencias aisladas y de iniciativa de los/as trabajadores/as.

Como plantea Matusevicius<sup>16</sup> (2014) son interesantes los trabajos donde ante determinada problemática se pueden lograr espacios colectivos donde esa demanda ya no sea parte del problema individual, como intentan reproducir los programas de salud. Estos programas se basan en un marco teórico específico de autocuidado en términos personales, sin reconocer una perspectiva de clase.

Ante las demandas individuales es necesario analizar cuál es la situación de salud de la clase trabajadora como lo plantea Asa Laurell cuándo se pregunta ¿Cómo enferma y muere la clase trabajadora?, en su descripción sobre la situación en México, EEUU y Cuba. En resumen, la intervención de los/as trabajadores de salud para que se priorice un carácter de emancipación clasista debe proponer una perspectiva de la totalidad, que atravesase por completo las inquietudes y necesidades de la clase.

En este sentido, así como cuestionamos las perspectivas científicas que resultan funcionales al agro-negocio, no pode-

---

16 “Es necesaria una mirada hacia el movimiento de la sociedad en su conjunto (dimensión de totalidad) para poder reconocer la dimensión colectiva del problema, pensarlo como social”. En este texto la autora describe la conformación de la Clase Trabajadora y una experiencia de intervención colectiva... (Matusevicius 2014: 17)

mos dejar de analizar las posturas que se reproducen en trabajadores de la salud y específicamente en trabajadores sociales que son funcionales a la reproducción de pensamiento en relación a los llamados problemas sociales en términos fragmentarios.

Para poder reflexionar sobre el contexto de intervención de los/as trabajadores sociales, es necesario tener en cuenta que la agenda, cuál catálogo, se encuentra definida por políticas de estado e instituciones que responden a una dinámica de acumulación capitalista. Allí se reproducen las intervenciones en la inmediatez y la fragmentación, (ya sea consiguiendo un medicamento, agilizando un trámite y buscando recursos) si pensamos en las situaciones de salud mencionadas. Esto hace difícil un enfoque de la integridad de las políticas públicas que permita mirar entonces cuestiones de niñez, género, alimentación, salud y vivienda como un todo que hace al buen vivir de la clase trabajadora.

La fragmentación se nos impone y, ante la misma, son necesarias mediaciones que nos permitan revertir la alienación y explotación en la que estamos inmersos para pensarnos como sujetos políticos que analizamos y construimos la realidad existente.

Consideramos que en el campo de la salud y en los cuerpos de los/as trabajadores/as (generalmente usuarios de la salud pública) se pueden identificar las formas en que se plasma el dolor que imprimen las múltiples dinámicas de explotación del capital. Es por esto que los sujetos llegan unas veces a las instituciones formales de salud, otras tantas a las organizaciones sociales, con el objetivo de iniciar un recorrido que les permita resolver aquello que molesta.

Entonces podemos contar que las mediaciones entre los niveles de análisis se comienzan a revelar cuando existen acercamientos a esa realidad, en principio, cuando se escucha a los sujetos con las contradicciones que lo atraviesan. Porque al igual que nosotras/os a veces no sabemos por dónde empezar y por qué. El discurso dominante es el que define principalmente las versiones “oficiales” de las problemáticas y sus posibles resoluciones.

## ¿Cómo entendemos que se presentan las demandas colectivas?<sup>17</sup>

En primer lugar, la demanda se presenta como un pedido de respuesta individual, que refuerza el esfuerzo propio y la disputa por bienes que no son pensados en una distribución igualitaria. Aun así, es importante reconocer que estas demandas presumen, desde un inicio, la necesidad de colectivizar, de juntarse, en principio intentando reconocer el problema en un otro. Este proceso de acercamiento y reconocimiento implica un tiempo en la vida de las personas que es muy importante y que requiere de una dedicación y comprensión respetuosas y afables, con el objetivo de contener integralmente (física y emocionalmente) y generar un diálogo comprensivo de la realidad.

La necesidad de colectivizar la demanda se impone, porque si elegimos ver desde esta perspectiva, empezamos a contar, y cuando contamos son muchos en tal situación. Concretamente es el primer ejercicio que se suele hacer cuando queremos colectivizar la demanda que va de la mano de conocer cuántos somos, pero sobre todo quiénes somos. Esto que parece apenas una descripción de experiencias de procesos colectivos puede identificarse en la experiencia de las “Madres de Ituzaingó” -Córdoba-, que con un mapeo popular de enfermedades comenzaron a cuantificar los casos de enfermedades y muertes, llegando a la conclusión de que las determinantes sociales de la vida coincidían con el ordenamiento de las enfermedades en el territorio, es decir, que en los lugares cercanos a sembradíos de soja había mayor acumulación de casos de cáncer, dolencias respiratorias y endócrinas.

Los mapeos de escuelas fumigadas (que se han dado en muchos lugares del país y que hemos desarrollado particular-

---

17 Aclaramos que, si bien en este artículo realizamos una reflexión crítica sobre nuestras experiencias en los territorios afectados por la problemática del agro-negocio, estos procesos de debate y análisis de nuestra práctica se vieron alimentados y enriquecidos con las experiencias de organización que surgieron durante las inundaciones de 2014 y 2015, en Luján. El resultado de estos hechos, fue un trabajo permanente y asiduo en los barrios damnificados, con los vecinos y vecinas, hasta 2017.

mente en Marcos Paz), las redes de pueblos y médicos fumigados (que promueven el desarrollo de mapeos epidemiológicos, como el que iniciamos en Capilla del Señor), la lucha por la generación de ordenanzas para establecer distancias en las fumigaciones (desplegadas a lo largo de más de 200 municipios en todo el país) y la generación de formas alternativas para la producción de alimentos son las múltiples respuestas que comienzan a darse a este problema<sup>18</sup>.

Estas experiencias, entonces, producen un cambio cualitativo en la percepción de la problemática. Porque lo que antes era leído como una dolencia individual, fragmentada, se vuelve un proceso colectivo, integral, que reconoce la responsabilidad estructural de la enfermedad y propone formas organizativas y múltiples estrategias para abordar y/o eliminar el problema. Mientras aprehenden los mecanismos del sistema actual (prácticas burocráticas, dinámicas judiciales, lenguaje académico), los ponen en discusión y generan nuevos fundamentos y lenguajes.

Pero estas experiencias, ricas en la construcción de un conocimiento colectivo, una vez que empiezan a contar y a identificar las explicaciones estructurales del problema, entran en debate con el “discurso oficial”. Enmarcadas en el proceso de la lucha de clases, dan una disputa central que tiende a ser destruida o silenciada a través de la múltiples estrategias descritas por Jaime Breilh (2010) “(...) *Unas veces tornando invisibles los procesos estructurales que determinan la salud, otras sembrando dudas sobre diagnósticos en que las comunidades basan sus reclamos, y en otras oportunidades, forjando eventos supuestamente epidémicos*” (Breilh, 91: 2010). Es el Estado capitalista que, además, despliega sus estrategias para crear los consensos en torno a la necesidad del agro-negocio (visualizadas en apartados anteriores) y de coerción, cuando los procesos tienden a la radicalización de las propuestas.

Es en estos procesos que los/as trabajadores/as sociales tenemos el desafío de pensar críticamente nuestra interven-

---

18 Este trabajo lo llevamos adelante desde el Espacio de Lucha Territorial Rio Bravo, en Subversión, en un espacio más amplio, de carácter interdistrital que se llama Multisectorial contra el Agro-negocio - La 41-.

ción. Porque su participación resulta insuficiente si, en el contexto de estas demandas colectivizadas, continúa leyendo la demanda como apariencia, si acude a recetas prescritas de respuestas y soluciones, si continúa fragmentando las problemáticas y las explica como realidades aisladas. Este ejercicio desde un pensamiento hegemónico de los emergentes de la cuestión social, es reproductor del pensamiento oficial, y desde ese lugar se responde desde la inmediatez, naturalizando y ocultando las determinaciones estructurales de la cuestión social y en particular las relacionadas a la salud de la clase trabajadora.

Las intervenciones de los/as trabajadores/as sociales no pueden desconocer que la producción de conocimiento científico no sólo, no es un ámbito neutral, sino que está sumido en el antagonismo propio de las relaciones sociales que dan origen a esas formas: el capitalismo. Tal y como se ve en las disputas en el agro-negocio, y las discusiones entre los argumentos científicos que sostienen las prácticas de control, previsibilidad y ganancia de las lógicas del capital; y quienes proponen nuevas prácticas científicas de observación integral y procesualmente la investigación, el diálogo de saberes y el uso de la historia como elementos fundantes de la producción de conocimiento.

A partir de este reconocimiento, las experiencias políticas críticas requieren que quienes intervengan desde esta labor, por ejemplo, problematicen la cuestión de los alimentos, ya no sólo como un problema de acceso sino también de calidad y de niveles de mal nutrición. Problematicen las cadenas concentradas de producción de alimentos, critiquen la propiedad y uso de la tierra, no repartida entre quienes podrían proveer alimentos sanos y nutritivos, y visualicen que el sistema capitalista condena a la clase trabajadora a diferentes niveles de desocupación y pobreza que la obliga a alimentarse cómo sea, a los meros fines de “llenar la panza”. Este desafío implica superar la inmediatidad alienante. La posibilidad de construir mediaciones entre la reproducción material concreta de la vida y la estructura se puede presentar como intervenciones que implican reconocer,

según Pontes, que “(...) *lo cotidiano constituye un campo de mediaciones, que no obstante no le aparecen al sujeto de forma directa, sino que se le ocultan*” (Pontes, 2003: 210). Al mismo tiempo exige “*construir intelectualmente mediaciones para reconstruir el propio movimiento del objeto*”. Para Pontes,

la captura por la razón de los sistemas de mediaciones (ocultos bajo los hechos sociales) permite, por medio de aproximaciones sucesivas, ir negándose a la facticidad/inmediaticidad, y develar las fuerzas y procesos que determinan la génesis (el nacimiento) y el modo de ser (el funcionamiento) de los complejos y fenómenos que existen en una determinada sociedad. (Montaño, 2014: 34)

Entonces indagar sobre la perspectiva crítica requiere de un esfuerzo permanente de formación. Implica constantemente superar los márgenes de la disciplina, recomponer la teoría desde la praxis política, flexibilizar los mecanismos de intervención en un permanente hacer crítico de la realidad y de la propia práctica y así como el compromiso con la clase. Los/as trabajadores/as sociales que trabajan bajo esta perspectiva deben reconocer los propios procesos de explotación y alienación a los que son sometidos, reflexionar sobre su rol como fuerza reproductora de este sistema, pero también, como potencial fuerza transformadora de esta realidad existente. Tal y como plantea Montaño,

El punto de partida de la crítica (su objeto) es la realidad; su motor es la indignación (con las formas de desigualdad, dominación, explotación, subordinación) y la teoría es la herramienta (que permite pasar de la indignación al conocimiento veraz de los fundamentos y la esencia de los fenómenos). Marx lo expresó así: material tiene que ser derrumbado por el poder material, pero la teoría se convierte en la fuerza material cuando penetra en las masas. La teoría es capaz de penetrar las masas al mostrarse ad hominem, y se muestra ad hominem luego que se torna radical. Ser radical es tomar las cosas por la raíz. Pero para el hombre la raíz es

el propio hombre. (Montaño 2005: 151)

Es por esto que “*la crítica ya no es un fin en sí mismo, sino apenas un medio; la indignación es su modo esencial de sentimiento, y la denuncia su principal tarea*” (Montaño 2005: 147).

La práctica profesional debe ser politizada, alejada del tecnicismo, y debe ser una rueda más en la construcción política colectiva, con el objetivo de disputar el modelo y promover nuevas relaciones sociales. En ese marco, resulta central construir demandas colectivas que nos permitan ser sujetos activos de esta disputa, generando acuerdos en y con la clase trabajadora, donde todos cuestionemos la estructura, nos movilizemos y generemos respuestas inmediatas que resuelvan lo individual y propongan sobre lo colectivo.

El reconocimiento del compromiso político de la praxis construye nuevos conocimientos que ponen en debate para quién y cómo se construye conocimiento, rechazan el modelo de producción de semillas transgénicas, e izan la bandera de un modelo basado en la seguridad y la soberanía alimentaria que no sólo asegure alimentos para todos y todas, sino también la posibilidad de definir democráticamente qué comer, cómo producirlo, y cómo consumirlo.

## **Bibliografía**

Barri, F. y Wahren, J. (2013), “El modelo del ‘agro-negocio’ en la Argentina: el paradigma cientificista- tecnológico”. En: Giarraca, N. Y Teubal, M (coord.), *Actividades extractivas en expansión: ¿Reprimarización de la economía argentina?* Buenos Aires, Antropofagia, Pp. 73- 96.

Breilh, J. (2001) “La subversión del buen vivir (rebeldía esclarecida para el siglo XXI: una perspectiva crítica de la obra de Bolívar Echeverría).” *Salud colectiva* [online]. 2011, vol.7, n.3, pp.389-397. ISSN 1851-8265.

\_\_\_\_\_ (2010) “Las 3 S de la determinación de la Vida. Deter-

- minación Social de la Salud y Reforma Sanitaria”. Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro. Cebes.
- Fernández, M. (2014) “Hallan mayor incidencia de tumores en el sur santafecino”. En: diario La Voz, 17 de noviembre 2014. <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/hallan-mayor-incidencia-de-tumores-en-el-sur-santafesino>
- Giaretto, M. y Poth, C. (2015) “Lo territorial en disputa: aportes para la articulación entre luchas urbanas y luchas socioambientales”. En: revista Despierta N° 2, Año 2.
- Goldstein, D. (1989): “Biotecnología, universidad y política”. México D.F.: Editorial Siglo XXI Editores.
- Ho, M. W. (2007), Enetic engineering. Dream or nightmare? The brave new world of bad science and big business, TWN, Malasia.
- López, M. C.; Perelmuter, T. y Poth, C. (2010), “El avance de la soja transgénica: ¿Progreso científico o mercantilización de la vida? Un análisis crítico de la biotecnología en Argentina”. Ediciones del Centro Cultural de la Cooperación, Buenos Aires.
- Laurell, A. C. (1981) “La salud enfermedad como proceso social”. En: revista Latinoamericana de Salud.
- Montaño, C. (2014) “Teoría y práctica del Trabajo Social crítico: desafíos para la superación de la fragmentación positivista y post-moderna”. En: Mallardi, Manuel Waldemar. Procesos de intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional crítico. - 1a ed. - Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. La Plata.
- Matucevisius, J. (2014) “Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales”. En: Mallardi, Manuel Waldemar Procesos de intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional crítico. - 1a ed. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires La Plata.
- Mosenthin, R.; Zentek, J.; Zebrowska, T. (2006) “Biology of Nutrition in Growing animals”. Elsevier, Edinburgh, London,

New York. Unidad de Manejo del Sistema de Evaluación Forestal- UMSEF (2015) “Deforestación en Argentina”. En: documento Dirección de Bosques, Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación, en [http://cyt-ar.com.ar/cyt-ar/index.php/Deforestaci%C3%B3n\\_en\\_Argentina](http://cyt-ar.com.ar/cyt-ar/index.php/Deforestaci%C3%B3n_en_Argentina)  
Grupo ETC (2012) “¿Quién nos alimentará? La cadena industrial de producción de alimentos o las redes campesinas de subsistencia”. GRAIN.

### Otras fuentes

- FAO (2017) “Ayudar a eliminar el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición”. En: <http://www.fao.org/about/what-we-do/so1/es/>.
- Revista MU (2014), *Hechos Pelota*, N° 77, Año 8, Junio, Editorial La Vaca. En: <http://www.lavaca.org/media/pdf/mu/mu77.pdf>
- Revista MU (2015), *Punto Qom*, N°92, Año 9, Septiembre, Editorial La Vaca. En: <http://www.lavaca.org/media/pdf/mu/mu92.pdf>
- Aranda, D. (2011), “Otra víctima por defender su territorio”. En: Diario Página 12, 18 de Noviembre de 2011, en <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-181517-2011-11-18.html>
- Sin Autor (2015), “Gracias a la soja, Argentina lidera el comercio mundial de granos”, 14 de Septiembre de 2015, en <http://www.ambito.com/noticia.asp?id=807460>
- Teubal, M.; Domínguez, D.; Sabatino, P. (2005); “Transformaciones agrarias en Argentina. Agricultura industrial y sistema agroalimentario” en Giarraca, Norma y Teubal, Miguel (comp.) El campo argentino en la encrucijada: estrategias y resistencias sociales, ecos en la ciudad, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- Rosati, G. (2013), “Patrones espaciales de expansión de la frontera agrícola: la soja en Argentina (1987- 88/ 2009-10)”. En: Gras, Carla y Hernández, Valeria (coord.), El agro como negocio. Producción, sociedad y territorios en la glo-

- balización. Biblos, Buenos Aires, Pp. 97- 122.
- Perelmuter Youngerman, T. (2017). “El rol de la propiedad intelectual en los actuales procesos de cercamientos. El caso de las semillas en la Argentina (1973 – 2015)”. Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires
- Lander, E. (2006), “La ciencia neoliberal”. En: Ceceña Ana Esther (Coord.), Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado, Clacso, Buenos Aires, Pp. 45- 94.
- ISAAA- Brief (2016), “Global status of commercialized Bio-tech/ GM crops: 2016. Executive Summary N° 52”, ISAAA. En: <http://www.isaaa.org/resources/publications/briefs/52/executivesummary/default.asp>
- Vara, A. M. (2004), “Transgénicos en Argentina: allá del boom de la soja”. En: *revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, Vol 1, N°3, versión online [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-00132004000200006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-00132004000200006)
- Bárcena, A.; Katz, J.; Morales, C. y Schaper, M. (coord.) (2004). “*Los transgénicos en América Latina y el caribe: un debate abierto*”. CEPAL, Santiago de Chile.

# La producción pública de medicamentos: en la defensa de un bien social

Patricia Rivadulla<sup>12</sup>

*“Si no hay comida cuando se tiene hambre, si no hay medicamentos cuando se está enfermo, si hay ignorancia y no se respetan los derechos elementales de las personas, la democracia es una cáscara vacía, aunque los ciudadanos voten y tengan parlamento”.*  
Nelson Mandela

## Introducción

Como parte de los farmacéuticos que trabajamos en producción pública de medicamentos nos es grato sumarnos al debate sobre salud de este libro, ya que creemos que solo la construcción colectiva garantiza el ejercicio del dere-

---

1 Titulo Farmacéutica y Licencia en Farmacia | Fundadora de la UPM (Unidad de Producción de Medicamentos ) UNLP | DT de la UMAD La Plata (Unidad Municipal de Administración y Distribución de medicamentos ) | Fundadora de LEM (Laboratorio de Especialidades Medicinales Municipalidad de La Plata) | DT del LEMP N°2 Instituto Biológico Dr Tomas Perón | Actual Jefa de Producción de la Planta de Medicamentos Instituto Biológico Dr Tomas Perón | Jefa de Trabajos Prácticos Cátedra de Economía y Legislación farmacéutica. . Facultad de Ciencias Exactas .UNLP | Jefa de Trabajos Prácticos Cátedra Salud comunitaria y la Farmacia. Facultad de Ciencias Exactas .UNLP.

2 Colaboradores: Leticia Ramallo Bioquímica. UNLP | Ivana Rossi Farmacéutica. UNLP | Jerónimo Salinas Periodista UNLP | Tirso Vázquez Bioquímico y Lic. en Ciencias Farmacéuticas. UNLP.

cho a la salud de los pueblos.

El abordaje lo vamos a hacer desde el punto de vista en el que consideramos que el medicamento es un bien social.

Más allá de los procesos y factores que vinculan a este bien tan crítico con la historia más general y social antes que industrial de Argentina, resulta imprescindible abordar la temática como un escenario de múltiples actores (sanitario y no sanitario, institucional y profesional, personas que lo necesitan y organizaciones de pacientes por enfermedad) donde se debería considerar parte de un proyecto de salud que sea la expresión y promoción de democracia verdadera y efectiva.

Según el Decreto 150/92 del Anmat (1992) se define:

- a. Medicamentos: Toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra.
- b. Principio activo o droga farmacéutica: Toda sustancia química o mezcla de sustancias relacionadas, de origen natural o sintético, que poseyendo un efecto farmacológico específico, se emplea en medicina humana.
- c. Nombre genérico: Denominación de un principio activo o droga farmacéutica o, cuando corresponda, de una asociación o combinación de principios activos a dosis fijas, adoptada por la autoridad sanitaria nacional o, en su defecto, la denominación común internacional de un principio activo recomendada por la organización mundial de la salud.
- d. Especialidad medicinal o farmacéutica: Todo medicamento, designado por un nombre convencional, sea o no una marca de fábrica o comercial, o por el nombre genérico que corresponda a su composición y expendio, de composición cuantitativa definida declarada y verificable, de forma far-

macéutica estable y de acción terapéutica comprobable.

El medicamento a lo largo de la historia es usado como dador de felicidad (cura, alivia, fortalece, previene, sana) devuelve salud.

En esta cuestión radica el poder que lo transforma casi en un fetiche por las cuestiones que simboliza y lo convierte en una de las tecnologías sanitarias más utilizadas para mejorar la salud de las poblaciones. Esto, desde su utilización masiva ha incrementado de forma exponencialmente, tanto en cantidad como en calidad de vida, pero también ha producido daños masivos como el accidente de la Talidomida comercializado a principios de los '60 como sedante y como calmante de las náuseas durante los tres primeros meses de embarazo (hiperemésis gravídica), causando miles de casos de malformaciones congénitas.

El creciente uso de medicamentos genera desafíos de sostenibilidad en los sistemas sanitarios (aumento de los gastos sanitarios) e inequidad (incrementando las brechas en salud entre ricos y pobres) en el sector y en la sociedad como así la medicalización de la vida transformándolo en una de las formas de satisfacción consumista.

## **Medicamento bien de cambio o bien social**

La tensión en la definición del medicamento como bien de cambio o bien social radica en la fase de producción y comercio del mismo, ya que podría ser considerado un bien privado (afectado por patentes, royaltys costos productivos, fuerza laboral, consumo energético, maquinarias y tecnología, insumos y materias primas ) propias de cualquier producto industrial, pero en su acceso y uso de parte de la población, el medicamento es a todos los efectos un bien público ya que, conectado a el principio de derecho a la salud y a la vida, permite realizar los cuidados médicos y proteger o recuperar la salud, así como paliar el dolor en los casos terminales.

Con esta tensión se dirimen los proyectos sanitarios de los estados, las regiones y el mundo. Es por ello que la formulación e

implementación de políticas farmacéuticas es una tarea compleja del Estado y suele ocasionar tensiones y disyuntivas, principalmente porque involucra no solo aspectos sanitarios, económicos, sino también cuestiones industriales, de ciencia y tecnología.

La política industrial, la política de ciencia y tecnología, la política sanitaria y el aspecto económico que muchas veces y sobre todo en Latinoamérica atraviesa las fronteras de la región y se cruza con los intereses transnacionales. Estos cuatro aspectos pueden representarse en un cuadrado en cuyos vértices se ubican:

Desde la perspectiva industrial se busca, principalmente, la competitividad y la creación de empleo. Entre los instrumentos utilizados se encuentran las modificaciones de los aranceles, la creación de políticas fiscales favorecedoras e, incluso, la regulación de los precios de los medicamentos.

Desde la perspectiva de la política de ciencia y tecnología, la preocupación se centra, sobre todo, en la creación de incentivos para facilitar la investigación y el desarrollo. Diversos instrumentos son utilizados para el fomento a la innovación, como las subvenciones directas e indirectas, y el fomento de las alianzas universidad/industria, entre otras.

Desde la perspectiva de la política sanitaria, se busca no solo velar por el acceso de la población a los medicamentos, sino también garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos, por medio de una adecuada regulación y vigilancia, su buen desempeño terapéutico.

Las preocupaciones sanitarias comparten con la política industrial la necesidad de la promoción de la competencia a través de los precios, y con la política de ciencia y tecnología la preocupación por promover avances terapéuticos. A su vez, esta última comparte con la política industrial el estímulo a la innovación y a la calidad.

Cada una de estas variables es afectada por la cuestión

final del tema, donde la importancia recae en quién será el encargado y cómo se financiará.

## **Características del sistema de Salud en la Argentina**

El sistema de salud argentino se encuentra fraccionado no solo desde la organización sino también desde la financiación en tres sectores: público, de seguridad social y privado.

El sector público está integrado por el ministerio nacional y provincial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.

El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de trabajadoras/ es y patronales.

El sector privado tiene un sector que paga un seguro o una cuota voluntaria con lo que accede a profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados, familias y/o las empresas (prepagas).

En cada uno de los subsistemas el acceso, la financiación y hasta el precio del medicamento toma formas distintas

En el sub-sistema público se consumen aquellos medicamentos que suelen tener un precio menor, sin marcas impuestas y sin marketing. El medicamento llega a través de licitaciones y compulsas de precio muchas veces en compras centralizadas lo que mejora el uso de los recursos.

En el privado (Obras Sociales y Prepagas) los precios son mucho más elevados y los gastos que hacen los productores y demás actores de la cadena de valor en marketing son enormes

ya que el medicamento en este sector depende de lo que se prescriba y de lo que pueda pagar el mercado.

## **La Cadena de Valor**

La cadena de valor del medicamento parte de la Investigación y Desarrollo (I+D), aprobación e inscripción por parte de la autoridad sanitaria (ministerios provinciales o Anmat) si el producto es importado la cadena empieza en la inscripción del producto, desarrollo del producto, producción del mismo por el laboratorio, distribución por distribuidoras y operador logístico, droguerías, farmacias (comunitarias u Hospitalarias) y pacientes.

Cada fase de la cadena implica cumplimiento de normas estrictas homologadas internacionalmente con nodos como las normativas de la FDA o la UE como países que rigen los parámetros de control y regulación que se copian en todo el mundo.

Los acuerdos comerciales macro regionales atraviesan la cuestión en donde se tratan de resolver los temas de patentes farmacéuticas conjuntamente con cuestiones comerciales de otros productos de producción local.

Nuestro acceso al medicamento como país se da en el marco de este universo económico globalizado y regido por los intereses de las multinacionales y las rutas financieras del dinero especulativo.

Partimos entonces de la inscripción que se realizan en el Anmat o en Ministerios provinciales.

Si la inscripción es Anmat esto permite el transito federal e inclusive todo el Mercosur. Las inscripciones se hacen por Desarrollos nacionales o copias por el Decreto 150/92 con lo cual se pueden copiar e ingresar al país medicamentos que estén en el mundo en países centrales.

Este punto es crítico y es el primer punto de regulación de precio y de cuidado de los recursos nacionales. Aquí es donde se debe sopesar el riesgo-beneficio y las cuestiones económicas de cada producto que se inscriba en el país.

Si el Desarrollo del principio activo se realiza en el país se

requieren de los estudios clínicos que garanticen la seguridad y eficacia del producto propuesto y luego se realiza la inscripción y el ingreso al mercado.

En la siguiente instancia ya se puntualiza sobre la producción en el laboratorio productor, siendo éste el aspecto que se encuentra con mayor desarrollo en Argentina. Es aquí donde se transforma la materia prima en una forma farmacéutica con dosis y forma adecuada para ser consumidas por las personas.

Argentina, al no ser productores de materias primas depende de las importaciones quedando sujeta al insumo externo, más allá del desarrollo productivo que realiza en su territorio. Esta variable hace que nuestro país sea parte de una cadena dependiente y no quede exenta de las cuestiones internacionales, siendo vulnerable a cuestiones macro económicas.

Los laboratorios argentinos están muy reglamentados y son técnicamente muy buenos, no solo en la tecnología sino también en el recurso humano, siendo sin duda unas de las fortalezas del sector y la razón de su posicionamiento en la región.

Una vez producido pasa a las distribuidoras que actúan por cuenta y orden de los laboratorios y de ahí al Operador logístico y a las droguerías.

Una vez que está en las droguerías pasa a las farmacias oficiales u hospitalarias. De aquí se realiza la dispensa a los pacientes.

Las alteraciones de esta cadena de distribución son las que permitieron grandes fraudes como los oncológicos inactivos de La Bancaria.

## **Caso Argentino**

La industria farmacéutica argentina es un caso especial en lo que se refiere a la producción de medicamentos en el mercado regional ya que la industria nacional tiene una preponderancia en el mercado que es única en Latinoamérica.

La industria farmacéutica nacional representa el 6% del PBI y alrededor de 1% del Producto bruto nacional.

La facturación total en el 2017 fue de 70 millones de pesos y en el 2018 fue de casi 92 millones de pesos, esto generado sobre todo por el aumento de los precios interanual.

***Industria farmacéutica, facturación de producción nacional y reventa de importados | Primer trimestre de 2017 - cuarto trimestre de 2018***

Periodos	Facturación total	Reventa local de importados	Facturación de prod. nacional			Facturación al mercado interno
			Total	Merc. Interno	Exportación	
Acumulado 2017	97.730,8	27.421,10	70.309,8	64.039,9	6.269,8	91.269,8
Acumulado 2018	128.752,2	36.845,7	91.906,5	82.016,1	9.890,5	118.861,8

*Fuente Indec*

Los laboratorios Argentinos se agrupan en cuatro cámaras (CILFA laboratorios argentinos grandes, COOPERALA, Cámara Argentina de Productores de Généricos y de Uso Hospitalario, CAPGEN, Cámara Argentina de Généricos y CAEME Laboratorios extranjeros).

En el mercado local las cámaras que mas unidades venden son las nacionales. Esta industria creció en nuestro país en base a la resolución del financioamiento de los medicamentos por parte de las Obras Sociales que surgieron a partir de las conquistas del movimiento obrero.

Es un mercado relativamente concentrado, en el cual el 43% de las ventas corresponde a las 10 empresas líderes del sector, siendo los 4 primeros, laboratorios argentinos.

Los laboratorios fabrican fundamentalmente especialidades medicinales cuyos Principios Activos son adquiridas desde el exterior, ya que la industria de fabricación de principios activos en Argentina es minoritaria dentro del sector.

En el caso de los excipientes, materiales de acondicionado primarios y secundario y el equipamiento hay un mayor número de empresas de origen nacional que los producen o fabrican, pero cuando se trata de insumos de alto desarrollo tecnológico ocurre algo similar que con los Principios Activos.

Este sector emplea mano de obra calificada en su mayoría, y cuenta con más de 47,000 puestos de trabajo directos.

También está desarrollada una Producción Pública de medicamentos (PPM) agrupa a unos 40 laboratorios que representa 6% de la producción total interviniendo solo en el mercado público.

Entre los laboratorios que se destacan tenemos:

Hemoderivados de Córdoba dependiente de la Universidad que produce productos biológicos de alto costo como el Factor VIII para la Hemofilia.

Laboratorio Lif de Santa fe que produce una gran diversidad de productos esenciales con los abastece al 85% del Sistema de Salud Atención Primaria.

Laboratorio Lem de Rosario que hace formulaciones semisólidas y líquidos para la Atención Primaria y produce medicamentos para cuidados paliativos, como así también tiene una Planta de Sueros que abastece a los hospitales de Santa Fe de un insumo crítico que lleva un gran parte de los presupuestos de Salud.

Instituto Biológico Dr. Tomás Perón, LEMP N°2 y LEMP N°3 de la provincia de Buenos Aires que producen medicamentos esenciales para los programas del Ministerio que por Ley garantizan acceso de medicamento para patologías crónicas, vacunas y Tuberculostáticos.

Prozome de Rio Negro que produce y albendazol para la hidatidosis patología prevalente en la Patagonia.

UPM dependiente de la Universidad de La Plata laboratorio especializado en I+D.

Talleres Protegidos de CABA especializado en la producción de tuberculostáticos.

Recientemente se incorporó a la red el Laboratorio del Fin del mundo en Tierra del Fuego que hará retrovirales.

Todos ellos coordinados a partir del ANLAP (Agencia Nacional de Laboratorios Públicos).

Esto. laboratorios producen alrededor de 150 millones de comprimidos anuales lo que genera una gran respuesta a los sistemas públicos.

### **Variaciones de precios del medicamento y comportamiento de la cadena de valor según el subsistema: Caso PAMI**

En el mercado privado la cadena de valor se desarrolla según se expresó arriba, con el Laboratorio como generador de precio que determina los porcentajes del resto de los actores a lo largo de la cadena.



El formador de precio es el laboratorio, en las cámaras se dirime el precio con el cual llegara al público y entre ellos determinan el precio mayor que puede pagar el mercado que nada tiene que ver con los costos productivos y de logística.

Los factores que determinan el PVP son demanda, competencia, patentes, disponibilidad de similares y genéricos en el mercado, cobertura y beneficios por parte de las obras sociales y prepagas, entre otros.

De aquí se deduce que son estos laboratorios los principales responsables de la formación del PVP, el cual se da a conocer a través de dos publicaciones de distribución nacional: el Manual Farmacéutico y la Revista K@iros.

El precio publicado en estos medios, contiene el valor agregado a través de toda la cadena de distribución y

comercialización, una vez liberado el producto. El PVP es siempre de carácter sugerido.

Un factor fundamental y que es necesario detenerse, refiere a la intervención general en obras sociales masivas como PAMI en donde los acuerdos con los laboratorios son directos. Tanto es así que los otros eslabones de la cadena droguería y farmacias están fuera de los convenios y estos se firman entre los laboratorios y la OS.

En estos convenios la industria resigna un porcentaje de un precio que es determinado por ella misma y traslada otros descuentos al resto de la cadena con lo cual la cuestión sanitaria queda muy en segundo plano. Es decir que el acceso o la racionalidad del consumo de medicamentos en función de garantizar devolver salud queda muy distorsionada.

Esta trampa que se debió sobre todo a la delegación que hizo el estado sobre su obligación de ser el rector y el decisor para garantizar derecho a la salud confundiendo la financiación con ceder el control de la obra social más grande de Argentina que es el PAMI con 4.800.000 de afiliados.

Fue en 1997 que la Industria Farmacéutica ingresó al PAMI, cuando Alderete, que fue su interventor desde el 1997 al 1999 en la segunda presidencia de Menem, firmó un convenio directo con las cámaras desconociendo a los otros miembros de la cadena, siendo este el punto donde se profundiza y atraviesa al resto de la seguridad social.

En este último año hemos sido testigos de una compulsa entre la industria y la nueva gestión, en la que se manejó el convenio sin profundizar reformas necesarias para poder controlar los precios sin caer en la baja de las coberturas y que sean los jubilados quienes paguen de sus bolsillos lo que no cubre PAMI.

El resto de las obras sociales cubre según los convenios montos fijos o porcentajes y el resto lo paga el afiliado. En las Obras Sociales donde la cobertura es de monto fijo, como es el caso de IOMA, es el/ la paciente quien debe desembolsar la diferencia que cada vez es mayor, porque los montos que abona

por medicación la OS se actualizan de manera desproporcional al aumento del PVP del medicamento, que según la UNDAV tuvo un incremento de 130% promedio en los dos últimos años y medio (Universidades Hoy, 2018).

Una consecuencia directa de la notoria suba que han mantenido los precios de los fármacos durante los últimos dos años es la brusca disminución del poder de compra de los ingresos de la población en estos bienes.

Los co-seguros sindicales que cubren porcentajes generalmente hasta un tope se ven también afectados.

Si hablamos de los medicamentos de alto costo donde intervine la Superintendencia de Seguros la distorsión es mayor ya que la industria farmacéutica, que suele ser importadora, fija los precios en convenio directos con la Obra Social.

Esto con una gran asimetría en la posibilidad de decisión ya que la Obra Social tiene que garantizar la respuesta a la/ el paciente que en muchos casos está con riesgo de vida y muchas veces determinada judicialmente por recursos de amparo.

Frente a las enfermedades catastróficas la Superintendencia de Seguros (SSS) con un sistema de Fondo Solidario de Redistribución y el Sistema Único de Reintegros, dentro de este marco, procuran a partir de la relocalización de recursos de la seguridad social, generar mecanismos de subsidio cruzado planeado entre obras sociales en función de sus diferentes niveles de ingreso y de necesidad de atención de población con enfermedades de alto costo.

Pero se deja afuera a las personas que no tienen OS y solo cuentan con el Sistema Público de Salud.

Para ellos está el Programa Médico Obligatorio (PMO), que establece un seguro desde el Estado el cual cofinancia el 40% del costo de los medicamentos o productos farmacéuticos ambulatorios (de compra en farmacias, para pacientes no internados), quedando el 60% restante a cargo del paciente o cliente final.

El PMO también otorga un 100% de cobertura en medicamentos suministrados en internación (programas especia-

les). Este nivel de cobertura es subvencionado por el Estado, y cubre nominalmente los tratamientos contra el SIDA, para trasplantes y con productos oncológicos, entre otros, y son re-embolsados por el Estado, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSA-LUD).

## **Subsistema público**

En el sub-sistema público las compras se hacen en general por licitación con lo que la compulsa por los precios es mayor y cambia la oferta y los proveedores.

Los laboratorios que en general se presentan para las licitaciones suelen ser los de COOPERALA o CAPGEN que fijan precios de presentaciones hospitalarias.

Estas presentaciones son con blisters sueltos con los que se suele abaratar el costo de packaging esto tiene lógica por que en los hospitales se trabaja en general con dosis unitarios en donde se hace un re envasado de la medicación por paciente.

Los precios suelen ser alrededor del 40% del precio de venta al público con lo que la compra en forma centralizada y con compulsa baja ostensiblemente el gasto en medicamentos.

Programas como Remediar fueron muestra, aún con todas las cuestiones que tenían para mejorar, que garantizaron medicación en la atención primaria. Este programa fue desarticulado y hasta ahora no tiene reemplazo.

En este momento casi no se realizan compras a nivel nacional y la mayoría de los programas fueron delegados las provincias en donde la asimetría de recursos determina como cada provincia puede dar respuesta a las situaciones de salud. Esto se condice con la desaparición del Ministerio de Salud como ente y su desvalorización a categoría de Secretaria de Salud y Desarrollo Social, con lo cual su capacidad para generar marcos rectores nacionales está muy desvirtuada.

La Producción Pública en este marco pasa a ser estratégica, ya que entre otros ejes de sus marcos rectores esta la

visibilidad de los costos productivos con los que pone un freno a la compulsión de precios.

También garantiza la sustentabilidad de los programas ya que al garantizar el recurso hace que los programas puedan sostener la medicación para enfermedades crónicas y prevalentes.

## Conclusiones

El esquema de garantías en la Argentina es muy amplio y poco reglamentado lo que lleva a un arco de posibilidades muy dispares que depende los ejes ideológicos que determinan las políticas de cada gobierno. Dado que no hay ley que reglamente integralmente al sistema de salud este fluctúa de acuerdo a los paradigmas de cada gobernante.

Si bien muchas son las aristas que definen la estructura organizacional de cada subsistema, el medicamento como bien, atraviesa todas las estructuras e impacta en los presupuestos y es uno de los temas que movilizan a la definición de cómo quién y bajo qué estructura se organiza el sistema de salud.

Dado que es uno de los emergentes ya que es una de las partes que más necesita la definición de la financiación decimos que es un bien social estratégico.

Sobre el cual y aprovechando la capacidad productiva instalada tanto pública como privada y dado la incidencia que tiene hasta en el producto bruto nacional se debe llegar a puntos de acuerdo y profundización de la capacidad productiva y de desarrollo; no sólo para nuestro país, sino para toda la región.

Desafíos como:

Biosimilares (productos biológicos incluyendo anticuerpos monoclonales),

Enfermedades infecciosas,

Enfermedades crónicas, complejas con componentes multigénicos y asociadas a adultos,

Bioingeniería de tejidos o medicina regenerativa,

Fitomedicina (para uso cosmético, nutracéutico, fitofármacos),

Plataformas (genómica, bioterios GLP, RMN, proteómica, bioinformática),

Nanomedicina.

Necesitan un plan estratégico. Democratizar este debate con todos los actores involucrados garantiza tomar la integridad del sistema de salud y buscar soluciones sostenibles.

Necesitamos un Plan Federal de Salud donde se plantee los roles a desempeñar por cada uno de los actores hacia el futuro. No parches copiados como la CUS (Cobertura Universal de Salud) donde ni siquiera se llegó a instrumentar ejes básicos en medicamentos por ser un programa inconsistente.

Sabemos que los sistemas de salud inciden poco en la Salud real de las personas; que las determinaciones de: ambiente, trabajo, educación, biología, vivienda, desarrollo sanitario, cloacas, agua potable, etc., son indispensables. En este proceso la organización de los sistemas de salud y el acceso a los mismos debe ser una construcción colectiva.

Creemos que un debate en la implementación de un nuevo esquema de salud democratizaría la discusión sobre qué país queremos y empoderaría a las personas sobre sus derechos.

## **Bibliografía**

- Barragán, H.; Mestorino, M.; Moiso, A. y Ojea, O. (2007) Fundamentos de Salud pública. Primera parte UNLP.
- BDO (2013). Laboratorios e Industria farmacéutica. Reporte sectorial. Disponible en: [http://www.bdoargentina.com/downloads/reporte\\_sectorial/BDO\\_Reporte\\_Sectorial\\_Ind\\_Farmacaceutica.pdf](http://www.bdoargentina.com/downloads/reporte_sectorial/BDO_Reporte_Sectorial_Ind_Farmacaceutica.pdf)

- Gotzsche, P. (2014) Medicamentos que matan y crimen organizado.
- Illich, I. (1976) Medical Nemesis: The expropriation of Health. New York: Pantheon Books,
- INDEC (2019 - Informes Técnicos. Vol. 3, nº 42 ISSN 2545-6636. Industria Farmacéutica.
- IMS Health (2013). The Global Use of Medicines: Outlook through 2017. IMS Institute for Healthcare Informatics.
- Laporte, J. (2016) Els efectes adversos dels medicaments i el seu impacte sobre la salut pública.
- Lombar, J. (2011). Perspectiva mundial del mercado farmacéutico. IMS Health de América Latina.
- Maceira, D. (coord.) (2010). Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos. Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.
- Santa María, J. (2014) Tendencias de consumo y factores de crecimiento del sector farmacéutico. IMS Health Cono Sur.

# Procesos de Organización y Resistencia Colectiva por el Derecho a la salud



# Aborto legal, seguro y gratuito e intervención profesional

Yanina Waldhorn<sup>1</sup>

Argentina es uno de los países latinoamericanos que despenaliza el aborto únicamente en dos situaciones: si constituye un riesgo para la salud o la vida de la mujer / persona gestante y no puede ser evitado por otros medios y si es producto de una violación<sup>2</sup>.

---

1 Trabajadora Social / Integrante de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto

2 Aborto legal o aborto no punible: corresponde a las excepciones establecidas por el Código Penal. El Artículo 86 del Código Penal Argentino (1921) establece: "(...) El aborto practicado por médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible: 1. Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios 2. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto." El inciso 1) corresponde a la denominada "causal salud" y comprende las gestaciones que ponen en riesgo la salud o la vida de la mujer. La "causal violación" incluye todos los embarazos forzados. El Fallo "F.A.L" de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) del 13 de marzo de 2012 fue contundente al interpretar el artículo 86 del Código Penal argentino de manera amplia, y establece que toda mujer o persona con capacidad de gestar -independientemente de su capacidad o competencia- que curse

Para todas las otras situaciones, el aborto es considerado un delito contra la vida. Como lo señala la feminista Martha Rosenberg, la lucha por el derecho al aborto refiere a la libertad de elegir respecto de la reproducción. En este sentido el aborto insiste / existe / permanece / acontece diariamente pese a su condena penal y moral. Es un derecho negado que se practica cotidianamente de manera clandestina por lo que la lucha por la legalización y despenalización del aborto configura uno de los reclamos históricos de las mujeres, las feministas y disidencias sexuales.

Este trabajo pretende mostrar parte de esta histórica lucha por decidir sobre nuestros cuerpos en Argentina y pensar algunos interrogantes de nuestra intervención profesional. En la primera parte de este artículo se realizó un recorrido sobre algunas de las acciones colectivas por el derecho al aborto que el movimiento feminista, disidencias sexuales y de mujeres de Argentina –asentado principalmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires– ha llevado adelante desde la década de 1980. Experiencias que en 2005 confluyen genéalogicamente en el surgimiento de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, un espacio de articulación federal organizado alrededor de una demanda concreta: la legalización y despenalización del aborto.

---

un embarazo producto de una violación, tiene derecho a decidir interrumpirlo y a acceder a la práctica sanitaria de aborto dentro del sistema de salud público o privado, con la suscripción de una declaración jurada -sin necesidad de realizar denuncia, ni solicitar autorización judicial para la práctica- y que los profesionales de la salud, deben proporcionar la información/atención necesaria para ello y abstenerse de generar barreras administrativas o fácticas al acceso al aborto legal. Cada provincia –por exhortación expresa de la CSJN– debe implementar procedimientos hospitalarios estandarizados (protocolos o guías médicas) que garanticen el acceso al aborto legal, para remover las barreras ilegales, tal como lo indicó el fallo F.AL. En caso de que estos instrumentos sean restrictivos o que no se hubieran dictado, resulta aplicable la Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, producido por el Ministerio de Salud de la Nación en 2015. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-protocolo\\_ile\\_octubre%202016.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf)

## **Antecedentes de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito**

El surgimiento de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (en adelante la Campaña) en 2005 es producto de la confluencia de las prácticas políticas y luchas por el derecho al aborto llevadas a cabo por mujeres, lesbianas, travestis, maricas, bisexuales, personas trans y de género neutro/no binario, intersexuales y feministas de diferentes lugares del país<sup>3</sup>. Su articulación en red federal y las estrategias comunicacionales desarrolladas lograron instalar con mayor visibilidad y permanencia a lo largo de los años el debate del aborto en la arena pública.

La Campaña fundamenta la demanda del aborto legal en una cuestión de salud pública y de reivindicación del derecho de las mujeres y personas con capacidad de gestar a decidir sobre el propio cuerpo, en tanto derechos humanos (Tarducci y Rifkin, 2010).

Respecto del aborto como problema de salud hay dos cuestiones interesantes para señalar. Por un lado, la clandestinidad de la práctica genera las condiciones para que se configure un mercado donde el acceso a abortos de calidad está ligado a la clase social de pertenencia de las mujeres y personas con capacidad de gestar, ya que quienes tengan los recursos económicos para pagar un aborto podrán hacerlo sin poner en riesgo su vida. Por su parte, las mujeres y personas con capacidad de gestar que no tengan la disponibilidad económica para pagar un aborto buscarán la forma de hacerlo por otros medios, generalmente poniendo en juego su propia existencia. Así, el aborto realizado de manera insegura es una de las principales causas de muerte en personas gestantes.

La segunda cuestión tiene que ver con una concepción integral de la salud que implica no sólo la ausencia de enferme-

---

3 A la actualización de enero de 2018, son cerca de 500 las organizaciones que adhieren a la Campaña. La lista puede consultarse en <http://www.abortolegal.com.ar>.

dad, sino un estado general de bienestar físico, social y mental. En este sentido, la noción de salud reproductiva involucra la capacidad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como libertad para decidir procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. Por lo tanto, forzar que un embarazo no deseado llegue a término, implica vulnerar ese derecho.

A modo de antecedentes de la conformación de la Campaña en los apartados que siguen, señalo algunos acontecimientos en que el aborto se inscribió en los debates públicos.

## Comisión por el Derecho al Aborto

En Argentina la efervescencia del feminismo aconteció durante la década de 1980, en el marco de la transición democrática. En estos años se lograron visibilizar algunos problemas de las mujeres, se impulsaron reformas legales y emergieron diversas agrupaciones y espacios de reunión y debate<sup>4</sup>. En este contexto, el movimiento feminista y de mujeres impulsó y reclamó nuevas y viejas demandas: desde la patria potestad compartida, el divorcio vincular, la modificación de la ley de matrimonio, la representación política de las mujeres, el cumplimiento de la ley de igual salario por igual trabajo, entre otras (Pita, 2007; Tarducci y Rifkin, 2010; Bellucci, 2014; Brown, 2014). Como señala Mabel

---

4 Algunos de los grupos feministas que surgieron a lo largo de la década, fueron: Asociación de Trabajo y Estudio sobre la Mujer (ATEM) - 25 de noviembre y Líbera, en 1982; en 1983, Prisma y Tribunal de Violencia contra la Mujer; el año 1984 ve surgir al Instituto de Estudios Jurídico Sociales de la Mujer (Indeso - Mujer) y Alternativa Feminista. Entre el '85 y el '88 surgen Mujeres en Movimiento, Cuadernos de existencia lesbiana, Centro de apoyo a la mujer maltratada y Taller permanente de la mujer (ligado a la Librería de Mujeres) (Tarducci y Rifkin, 2010). Datan de estos años el surgimiento de Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) y la Comisión por el Derecho al Aborto (CDA) (Bellucci, 2014). Por otro lado, vale destacar que además de los espacios más vinculados a actividades de militancia, algunas feministas que formaban parte de centros privados de investigación, empezaron a generar trabajos de carácter teórico, analítico e histórico. En este camino se destacan los aportes de psicólogas nucleadas en el Centro de Estudios de la Mujer (CEM) y las sociólogas que formaban parte del Centro de Estudios Económicos y Sociales (CEDES) (Pita, 2007). Cabe mencionar que estos grupos estaban asentados en Buenos Aires.

Bellucci (2014) el aborto quedó fuera de la agenda de reclamos, lo cual para esta autora puede ser considerado como una marca de época, según la cual no sólo era negado por el Estado y la Iglesia, sino que sucedía lo propio dentro de algunos sectores y grupos feministas. Por su parte Alejandra Ciriza (2013) plantea la complejidad y contradicción de la época: mientras se hacía lugar a las “oficinas de la mujer” en ámbitos del Estado y el feminismo se visibilizaba en la “primavera democrática”, los temas vinculados con la sexualidad y aquello que empezaba a denominarse bajo la categoría de derechos reproductivos, tenían un espacio de debilitada visibilidad. Sin embargo, y pese a este clima de época, hacia mediados de la década surgió en la ciudad de Buenos Aires, la Comisión por el Derecho al Aborto (CDA), con vistas a instalar la discusión sobre el aborto en el espacio público, disputando espacios y debates, tanto al interior de las colectivas feministas como fuera de ellas.

Si bien se reconocen los antecedentes de la lucha por el derecho al aborto en los años 70, tiene un anclaje en el año 1988 con la conformación de la CDA, que apostó a imponer en el discurso público la discusión sobre el aborto, siendo uno de los hitos más importantes del movimiento feminista de las décadas de 1980 y 1990. Desde su propia enunciación la Comisión sitúa al aborto como un derecho de las mujeres (Bellucci, 2014).

La CDA llevó a cabo variadas intervenciones públicas y organizó actividades y jornadas para favorecer el debate político sobre el derecho al aborto. Se instalaban con cierta regularidad en la esquina de Rivadavia y Callao –esquina emblemática del Congreso de la Nación—, de la ciudad de Buenos Aires, con sus textos impresos para dialogar con la gente que pasaba. Permanecer con cierta regularidad les permitía “tantear” el grado de recepción de la temática, editar publicaciones<sup>5</sup>, e incluso realizar un simulacro de juicio oral y público al aborto clandestino (Bellucci, 2014).

Dora Coledesky (2007) –participante de la CDA y activa

---

5 Archivo digital de la Comisión: <https://comisionporelderechoalaborto.wordpress.com/>

militante por el derecho al aborto- señalaba la importancia de la Comisión en el sentido de haber sido pioneras en la discusión y difusión de determinados hechos, conceptos y criterios relevantes en la lucha por el derecho al aborto. Entre ellos destacaba:

la no contraposición entre las ideas de anticoncepción y aborto

la distinción entre los conceptos de despenalización y legalización

la concepción integral de salud, que considera prestar atención a las condiciones sociales y psicológicas

el aborto impide la reproducción; por tanto, no puede estar contemplado en los denominados derechos reproductivos.

difusión de la existencia del RU 486, pastillas para abortar

la deconstrucción de la idea de que el aborto implica un trauma con consecuencias psicológicas importantes (ideas arraigadas aún en aquellas personas que están a favor de la práctica del aborto)

la discusión del derecho a la ligadura de trompas

Asimismo, en confluencia con médicas del Hospital Muñiz, colaboraron en la confección de un proyecto de ley de anticoncepción y aborto, el primero que se había producido en Argentina luego de la vuelta de la democracia. En el mismo se señalaba el reconocimiento del derecho de toda mujer a abortar dentro de las primeras doce semanas de gestación, la realización de la práctica en hospitales públicos (nacionales, provinciales y municipales, así como los dependientes de las obras sociales) y el asesoramiento post aborto (información sexual y anticoncepción).

En suma, dentro de los antecedentes de la Campaña Na-

cional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, se encuentra el trabajo desempeñado por la CDA, fundamentalmente respecto de la visibilización y puesta en debate en la sociedad de un tema considerado tabú y fuertemente condenado por las instituciones eclesiásticas, médicas y jurídicas. La CDA es mentora de la consigna “Anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”, que ha sido asumida por la Campaña.

## Los 90: el aborto y los derechos reproductivos

Hacia la década de 1990 fue ganando lugar en la discusión pública la noción de derechos sexuales y reproductivos, atenuándose de esta manera el debate sobre el aborto que había empezado a instalar la CDA<sup>6</sup>, a excepción de coyunturas como la Reforma Constitucional de 1994.

En su lugar emergió con más fuerza el discurso sobre derechos reproductivos, asociándolo con las nociones de maternidad/paternidad responsable y salud reproductiva. Su inclusión en la agenda pública y la configuración de la mujer como tema fueron aspectos legitimados por el marco de las conferencias internacionales de El Cairo (1994) y Beijing (1995). Mientras que en la primera se propuso el avance en la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres, se insistió en la salud como derecho básico, buscando incidir en programas destinados a reducir las tasas de mortalidad materna y garantizar el acceso a la salud reproductiva, en Beijing

---

6 Alejandra Ciriza (2013) señala que el acallamiento del aborto se vio reforzado por un triunfo, en términos ideológicos, de los sectores más conservadores de la iglesia católica y de grupos fundamentalistas, que lograron instalar un sentido acerca de esta práctica, equiparándola a un asesinato. Se ubicó en el debate público una polarización entre los denominados “pro-vida” y “abortistas” que es obstaculizadora de los debates sobre la maternidad y la libertad de las mujeres y personas con capacidad de gestar a decidir sobre su vida reproductiva. Asimismo, este tipo de dicotomías desconoce las transformaciones que hubo en las maneras de considerar a la práctica, al situar a la maternidad como “destino natural”. Para un recorrido por las formas en que el aborto fue considerándose a través del tiempo, puede consultarse el libro de Giulia Galeotti (2004).

se reconoció que el control de la reproducción era un derecho humano básico de las mujeres a decidir sobre sus propias vidas, su sexualidad y su fertilidad, instando a los gobiernos a tomar las medidas necesarias para garantizarlos. El aborto quedaba enmarcado dentro del derecho a la salud reproductiva y a la capacidad de las mujeres y personas gestantes para decidir sobre su fecundidad, como derecho necesario para el disfrute de otros derechos.

Esta subsunción del aborto dentro de la noción de derechos reproductivos generó tensiones incluso dentro del feminismo que quedaron expresadas principalmente entre las denominadas “feministas autónomas” y “feministas institucionalizadas”<sup>7</sup>. Una de las principales tensiones sostenía que la progresiva institucionalización del feminismo en ONGs, partidos políticos o instituciones estatales, implicaba una pérdida del carácter subversivo del feminismo y, en este sentido, situaban los cambios discursivos operados en relación al aborto como producto de negociaciones con los poderes establecidos (Brown, 2014).

En 1990 se celebró el V Encuentro Feminista de Latinoamérica y el Caribe, en la provincia de Buenos Aires. En este

---

7 Laura Masson analiza la dinámica de acusaciones y oposiciones, por medio de la cual se configura el espacio del feminismo en Argentina. Tales categorías de acusación refieren a feministas autónomas, feministas académicas, feministas institucionalizadas y feministas políticas. “Las categorías que configuran la dinámica de oposiciones se refieren al espacio social donde las mujeres inscriben su práctica militante. En cada uno de ellos es posible identificar una o varias mujeres que son reconocidas, por otras militantes más jóvenes o con menor trayectoria, como referentes o autoridades. [...] Estas categorías no representan atributos personales sino que adquieren sentido en el juego de oposiciones” (Masson, 2007: 119). Valeria Pita (2007) señala que en la década de 1990 hubo un importante sector dentro del feminismo constituido como Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), vinculándose más estrechamente con el Estado y los organismos de cooperación internacional. Quienes allí se enmarcaban creían posible la generación de mejoras en la vida de las mujeres a partir de la construcción de programas contra la discriminación, el acoso sexual, la violencia, desde instancias institucionales o en la gestión de recursos. Por su parte, esta autora señala a las autónomas como aquellas feministas que eligieron quedarse en la periferia ante el peligro de cooptación por parte de los organismos multilaterales y el Estado; asimismo cuestionaban si el feminismo puede aceptar financiamiento de tales instituciones.

acontecimiento la lucha por el derecho al aborto de las mujeres latinoamericanas ocupó un lugar importante en las discusiones, propiciando el surgimiento de la Coordinadora Latinoamericana y del Caribe para la movilización por el derecho al aborto. Esto implicó considerar la anticoncepción y el aborto legal y seguro como derechos humanos que trascienden las diferencias de clase, raza / etnia, religión o nacionalidad, y que es responsabilidad de los Estados garantizar su cumplimiento. Fue en ese evento que se convocó a que en cada país se realicen acciones y campañas para poder alcanzar este derecho de manera legal, segura y no clandestina para cada mujer que decida hacerlo. En conmemoración a la promulgación de la ley de libertad de vientres brasileña se declara el 28 de septiembre como Día por el derecho al aborto de las mujeres latinoamericanas y del Caribe (Tarducci y Rifkin, 2010).

En 1991 se creó el Foro por los Derechos Reproductivos, un espacio que defiende y promociona los derechos reproductivos vinculados con la salud reproductiva, entendidos como derechos humanos referidos a la libertad de elección de las mujeres y de las parejas en materia de reproducción biológica, a la decisión de tener hijos o no, cuándo y cómo tenerlos (Bellucci, 2014: 302).

Por último, si bien la instalación del debate del aborto venía insistiendo de diferentes maneras, recién en 1994 cobró centralidad en la discusión pública. En el marco de la Reforma Constitucional en un contexto de avance de los sectores católicos y conservadores, el entonces presidente Carlos Menem propuso imponer una cláusula que estableciera que Argentina defendía el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural. Esto generó una gran oportunidad para discutir públicamente el aborto y fue gracias a la articulación entre feministas, mujeres de los partidos políticos, sindicalistas, militantes de los movimientos sociales y de derechos humanos que se logró ponerle un freno a tales intentos. El Movimiento de Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad (MADEL) fue el nombre por el cual se conoció a ese frente político multisectorial, surgido

para contrarrestar la avanzada conservadora.

Con este telón de fondo se abrió la posibilidad para que un grupo de mujeres contase, por primera vez y en un medio gráfico, su propia experiencia de aborto y las maneras de transitarlo. Eran mujeres reconocidas por su trayectoria o profesión y también simples ciudadanas que públicamente se animaban a hablar en primera persona. En los años 1994, 1997 y 1999, las revistas *La Maga*, *Tres Puntos y Luna*, respectivamente, publicaron testimonios al respecto (Bellucci, 2014).

### **Encuentros Nacionales de Mujeres: Rosario 2003 y Mendoza 2004**

En Argentina existe una práctica anual donde las protagonistas son las mujeres, lesbianas, travestis, bisexuales y feminidades trans. Se trata de los Encuentros Nacionales de Mujeres (ENM) que desde 1986 se desarrollan en distintas ciudades del país, durante tres días consecutivos y convocan, de manera ininterrumpida, a decenas de miles de participantes (Alma y Lorenzo, 2009: 33).

Los Encuentros son autoconvocados, autónomos y horizontales; existe una comisión organizadora encargada de las gestiones, difusión y confección de los talleres y del programa, que funciona durante todo el año previo al encuentro. De la misma pueden participar todas quienes lo deseen, sin distinción política, religiosa, racial, de clase o de orientación sexual. Son encuentros itinerantes que transitan de localidad en localidad; en este sentido es que se proclaman federales. Las discusiones se dan por consenso o mayoría y minoría, y todas las opiniones deben quedar plasmadas en las conclusiones. Al finalizar el segundo día hay una marcha por las calles céntricas de la ciudad, cuyo recorrido es previamente diagramado por la comisión organizadora (aunque hace algunos años se llega a un punto y la marcha se subdivide, puesto que hay grupos que toman la decisión política de pasar frente a la Catedral o

iglesia más importante para realizar escraches o intervenciones artísticas, mientras que otros deciden evitar el “enfrentamiento” con las comunidades religiosas organizadas)<sup>8</sup>. Las conclusiones son leídas el tercer día, después de que por “aplausos” se elija la sede para el siguiente año.

Durante los primeros ENM el aborto no figuraba en los talleres oficiales propuestos por la comisión organizadora. Sin embargo, la insistencia del tema que aparecía subsumido en otros talleres, tanto como la persistencia de los talleres autoconvocados de anticoncepción y aborto generaron que finalmente se incorporara a la grilla oficial de los talleres del ENM del año 1995.

Pero recién será a partir del encuentro desarrollado en Jujuy que los talleres de anticoncepción y aborto se consolidarán como espacios de discusión con cierta legitimidad dentro del movimiento. La convocatoria y la efervescencia de los debates fueron creciendo en número y temperatura con el transcurrir de los años, como ocurrió por primera vez en San Juan en 1997 y se profundizó a partir del 2003 con presencia de los movimientos sociales y las piqueteras en Rosario (Brown, 2014: 184).

En 2003 los derechos relacionados con la sexualidad y el aborto fueron algunas de las demandas más reclamadas e involucraron a sectores militantes y populares que hasta el momento no se pronunciaban o no participaban en la lucha por el derecho al aborto. En esta oportunidad las “católicas” - manera a través de la cual se identifica a las activistas de diversas comunidades religiosas- fueron organizadas para instalar el discurso del derecho a la vida desde el momento de la concepción. Al finalizar los talleres de la primera jornada se realizó una Asamblea por el Derecho al Aborto que marcó el camino para una serie de acciones nacionales y estrategias conjuntas para la exigencia de su legalización. Fue también en esta ocasión que en la tradicional y multitudinaria marcha del Encuentro se utilizaron por primera vez los pañuelos verdes

---

8 Cabe mencionar que en los ENM en Mar del Plata (2015) y en Rosario al año siguiente la policía reprimió a quienes nos manifestábamos frente a las catedrales de cada una de esas ciudades.

distribuidos por el grupo Católicas por el Derecho a Decidir (Alma y Lorenzo, 2009)<sup>9</sup>.

La Asamblea reunió a más de 300 mujeres, lesbianas, feminidades trans, bisexuales y travestis y concluyó en la propuesta de un plan nacional de lucha por el derecho al aborto en el cual se enmarcaban los siguientes puntos: convocar a una marcha nacional por el derecho al aborto libre y gratuito, llevar a cabo un Primer Encuentro Nacional por el Derecho al Aborto Libre y Gratuito con vistas a acordar estrategias para conseguir la legalización, participar activamente en la Marcha del Orgullo, marchar el 25 de noviembre, organizar una comisión nacional para promover leyes que le diesen curso al avance de la legalización (Bellucci, 2014).

Al año siguiente, el ENM de Mendoza, también tuvo sus particularidades respecto de la manera en que los grupos conservadores atacaron y difamaron el evento<sup>10</sup>. Sin embargo, las conclusiones del taller sobre estrategias para el acceso al aborto legal, seguro y gratuito, fueron decisivas para delinear una estrategia de visibilización y avance en el acceso al aborto legal, seguro y gratuito. Se reivindicó la consigna “Educación para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir”, y se subdividieron las estrategias en tres grandes grupos: legales (para la redacción de un proyecto de ley), educacionales y comunicacionales. Asimismo, se propuso la conformación de una Campaña a nivel nacional, que aparecería públicamente por primera vez el 28 de mayo de 2005<sup>11</sup>.

---

9 Católicas por el Derecho a Decidir es una asociación civil sin fines de lucro, cuya finalidad consiste en estimular la reflexión-acción sobre cuestiones tales como: derechos reproductivos, sexualidad, salud y ciudadanía de la mujer y sus relaciones con elementos religiosos. Desde sus orígenes forma parte de la Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir (Alma y Lorenzo, 2009).

10 Para un detalle sistematizado de la traducción de los ataques de los sectores reaccionarios al Encuentro Nacional de Mujeres, ver Alma y Lorenzo (2009).

11 Día Internacional de Acción para la Salud de la Mujer: ha sido proclamado por activistas defensoras de la salud y los derechos de las mujeres, en 1987, durante la Conferencia Internacional de la Salud de las Mujeres en Costa Rica.

## La Campaña, recorrido que lleva más de 13 años

La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito es tributaria de un cúmulo de luchas previas que articula grupos y colectivos feministas de los años '80, las discusiones acerca de los derechos reproductivos de los '90 y la trayectoria de los Encuentros Nacionales de Mujeres desde 1986 en adelante. Luego de debates internos y sostenidos durante dos años, la Campaña elaboró su propio Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que se asienta en el derecho personal de las mujeres y personas con capacidad de gestar a decidir sobre el propio cuerpo<sup>12</sup>.

La Campaña constituye la primera expresión de una articulación federal en tanto espacio activista, de reclamo y de organización por un derecho tan elemental como es la decisión sobre el propio cuerpo. Según Anzorena y Zurbriggen (2013) la experiencia de la Campaña implica un “proceso generador de política” donde sus integrantes devienen en protagonistas para pensar formas políticas de articular y construir federalmente ese espacio. Asimismo, resaltan como novedoso este modo de organización política en forma de red inscripta en experiencias y tradiciones feministas, diferenciándose de los cánones organizativos tradicionales de las estructuras partidarias, incluso de los partidos de izquierda y de otros movimientos sociales. En este tipo de configuración política se destaca la manera en que se toman las decisiones, el uso de la palabra, la participación, la escritura colectiva de documentos y las maneras de asumir discusiones y resoluciones que se presentan sobre la marcha de los acontecimientos, entre otras. No obstante, señalan que, al constituirse por una articulación de organizaciones, grupos y

---

12 El último proyecto presentado propone que toda mujer o persona con capacidad de gestar que así lo desee, pueda interrumpir su embarazo durante las primeras catorce semanas de gestación y sin plazos en el caso de violación, de riesgo para la salud integral o la vida de la gestante, o si hubiese malformaciones fetales graves. Asimismo, se propone que se acceda al aborto de forma segura y gratuita en los servicios públicos de salud.

activistas, la Campaña está atravesada por tensiones y disputas que manifiestan la diversidad de intereses y la dinámica de las relaciones de fuerza, en base a lo cual se producen alianzas, negociaciones y resistencias. En este sentido no se trata de un ente unívoco y rígido, sino que implica un conjunto de coaliciones, pactos y compromisos que marcan el rumbo político y alientan las acciones colectivas para alcanzar los objetivos propuestos por la Campaña.

Después de trece años de trabajo y siete presentaciones precedentes en el parlamento, el proyecto sobre IVE de la Campaña llegó en marzo de este año al Congreso con la firma de 71 diputadxs de diferentes espacios políticos. Fue aprobado por la Cámara de Diputados en un memorable 13 de junio y rechazado por la Cámara de Senadores el 8 de agosto. La discusión parlamentaria que se dio en el recinto fue acompañada por una multitud en las calles que se tiñó de verde para apoyar la ley y por numerosos pronunciamientos públicos favorables de diferentes espacios educativos, sindicales, políticos, profesionales, artísticos, así como por un fuerte eco en los medios de comunicación.

Los argumentos a favor se explayaron en sentidos científicos, jurídicos y sociales a través de la prolífica producción que se desarrolló en los últimos años. Los argumentos en contra se centraron en el origen de la vida desde la concepción, en la anticonstitucionalidad del proyecto y en un sinnúmero de experiencias personales que poco aportaban a la comprensión de un problema complejo y con múltiples aristas. El logro de la media sanción fue la apertura hacia una posibilidad de una sociedad democrática, con avances en una legislación que pivotea en la libertad de decidir sobre los proyectos de vida. No coacciona ni obliga, sino que permite el acceso a un aborto seguro, que quebraría las lamentables estadísticas de morbilidad/mortalidad por gestación, y supone la desestigmatización de una práctica consuetudinaria en la vida reproductiva de las mujeres y las personas con capacidad de gestar.

En la media sanción se proponía la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 14 de gestación, la obligación de atención en todas las instituciones públicas y privadas de salud, dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO), como una prestación básica de salud, entre otros artículos. Sostenida la necesidad de este derecho humano, en la estadística de que en nuestro país hay entre 370 mil y 520 mil abortos clandestinos al año, y son decenas de personas con capacidad de gestar (43 en 2016, según estadísticas oficiales) que mueren por esta causa<sup>13</sup>.

El 2018 fue inédito e histórico, luego de tantos recorridos de lucha y organización.

## **La Marea Verde y la despenalización social**

La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito se conforma a partir de una diversidad de espacios, organizaciones, militantes y activistas del feminismo para que el aborto sea legal en Argentina. Desde sus inicios, la Campaña está atravesada y, a su vez, configura, los sentidos y reclamos por el aborto del movimiento feminista, en su propio carácter federal y en el de los ENM. No es ajena, por supuesto, a los diversos modos de configurar y de representar la experiencia de abortar. Por lo tanto, no escapa a las discusiones y tensiones de los feminismos, pero supo y sabe nuclear, articular y potenciar estas diferencias en un reclamo común. Un reclamo que integra iniciativas diversas como la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, la Red de Docentes por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, las Socorristas en Red, cátedras libres y curriculares en universidades públicas de todo el país, y un sinfín de organizaciones, colectivas, sindicatos y partidos del más variado tinte político e ideológico. Esta

---

13 LAS CIFRAS DEL ABORTO EN LA ARGENTINA. El debate exige datos precisos y evidencia empírica de fuentes válidas. Disponible en: <http://larevuelta.com.ar/wp-content/uploads/2018/03/El-aborto-en-cifras-CEDES-ELA-REDAAS-1.pdf>

riqueza es parte de su dinamismo.

Nuestra historia es la de los Encuentros Nacionales de Mujeres, la de las compañeras históricas, la del internacionalismo feminista, la de las teóricas y las investigadoras feministas, pero también la del Ni una Menos como fenómeno y como movimiento, la del misoprostol en boca de todxs (de la mano de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto y del Socorrismo como modelo nacional y latinoamericano de acompañamiento sororo), la de los feminismos como hashtag y trendingtopic, la de la “revolución de las hijas”, la de la explosión mediática del aborto en la televisión. Lo personal se hizo público, y lo público, personal. Con la búsqueda de una ley, de un reclamo al Estado, se trata de instalar socialmente un tema, y fuimos mucho más allá de lo que se imaginó.

Como detalla María Alicia Gutiérrez<sup>14</sup>, la despenalización social del aborto fue una larga tarea emprendida por la Campaña. La reproducción al infinito de la consigna “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir” pone el centro en una multiplicidad de derechos interrelacionados. La aplicación de la Ley de Educación Sexual Integral en el sistema educativo, la información sobre salud sexual y reproductiva, el acceso a ILE en el sistema público de salud y la demanda por la legalización del aborto se expresaron en las múltiples actividades desplegadas en diversos espacios, a lo largo y ancho del país, durante los 13 años de existencia de la Campaña.

La Marea Verde no fue una aparición mágica ni azarosa. Muestra de manera contundente, a través de la insignia del pañuelo portador de múltiples significaciones, el trabajo acumulado de muchos años del movimiento de mujeres y de la estrecha relación establecida con las disidencias sexuales en múltiples instancias. Los Encuentros Nacionales de Mujeres fueron y son el caldo de cultivo de una práctica social de deba-

---

14 Artículo disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/sociale-sendebate/article/view/3340/2737>

te, intercambio y sororidad.

Allí en las calles estábamos todxs, en un cruce intergeneracional e intercultural que hacía sintonía con el conjunto de las demandas y con la incorporación de nuevos grupos sociales, especialmente lxs jóvenes. La demanda por el aborto legal supone una interseccionalidad de opresiones que marcan ferozmente los cuerpos de las mujeres y las disidencias sexuales. El acceso al aborto seguro tributa a una legislación que lo despenalice y lo legalice conjuntamente con el reclamo por derechos económicos, políticos, sociales y culturales. Todo ello expresó la Marea Verde en cada martes verde, en las vigiliass del debate en ambas Cámaras y en cada instancia que la calle nos convoca y nos reúne.

La Marea Verde supone un colectivo que crece exponencialmente. Se organiza en la Argentina tras la demanda de la legalización del aborto (#abortolegalya) y se expande a nivel global con un apoyo masivo de 58 países el día del debate en la Cámara de Senadores (8 de agosto). Del mismo modo, el pañuelo verde es adoptado hoy por varios países de América Latina y el Caribe con las inscripciones propias del estado de sus luchas y sus características culturales.

Los “pañuelazos” mostraron la disputa del espacio público y pusieron en acción el sentido y los afectos de la lucha. La Marea Verde ha resignificado la política, ha obligado a poner la mira en el colectivo feminista y de disidencias sexuales, y expresa las múltiples intersecciones de las demandas. Inscribe una nueva gramática de las luchas, con la emergencia masiva de grupos sociales como lxs jóvenes e instituye un espacio de cruce intergeneracional e intercultural.

La Marea Verde vino para quedarse y expresa el crecimiento de un movimiento que se ha transformado en el más activo enfrentamiento al sistema heterocapitalista, patriarcal, xenófobo, racista y colonial.

## **Aborto e intervención profesional**

Para cerrar, y sabiendo que contamos entre nuestrxs colegas con muchxs compañerxs que tienen un desarrollo profesional en el tema, acompañando a diario mujeres y personas con capacidad de gestar en situación de aborto desde distintas áreas de intervención, se hace imprescindible problematizar nuestro quehacer profesional al respecto.

Partiendo de la debilidad de que hay colegas que no han accedido a instancias de formación en esta temática o en otras vinculadas al feminismo y que se convierte en una tarea imprescindible la de construir espacios de debate, construcción y formacional respecto para todo el colectivo profesional.

Hoy en Argentina, el embarazo no deseado estamediado por los mandatos hegemónicos de género, morales y religiosos donde la maternidad aparece como destino irrefutable / obligatorio de las mujeres y personas gestantes, y el aborto como un hecho socialmente condenado y clandestino.

La negación del derecho a decidir sobre los cuerpos de las personas con capacidad de gestar constituye una forma de violencia ejercida por el Estado patriarcal-capitalista. Sistema que bajo sus relaciones sociales reproduce e impone la necesidad de control, apropiación y explotación del cuerpo, vida y sexualidad de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Dada las características que adquiere la interrupción del embarazo en este contexto de legalidad restringida, se constituye un problema vinculado a los derechos humanos fundamentales de las mujeres, jóvenes y feminidades trans desde el enfoque de la salud pública.

La revisión histórica de esta lucha puede ser un aporte para aquellxs colegas que trabajan en equipos interdisciplinarios en salud pública, y otras áreas como educación y organismos de protección de derechos con el propósito de puedan repensar desde ahí su práctica cotidiana de acompañamiento de personas con capacidad de gestar que no desean ser madres; además,

decontribuir para que el aborto sea legal, seguro y gratuito.

Es importante que como colectivo profesional se siga disputando por la legalización del aborto, pero ensimultáneo, informemos y garanticemos la atención integral a las personas que cuentan con derecho a la interrupción legal del embarazo según causales.

El 8 de agosto de 2018 el Congreso de la Nación le dio la espalda al movimiento de mujeres y feminista, negando la posibilidad histórica de terminar con una de las deudas que la democracia tiene con ellxs: la legalización del aborto a voluntad. Sin embargo, algo cambió en el conjunto de la sociedad luego de un año en el cual el aborto logró “salir del clóset”, de la clandestinidad simbólica, para comenzar a meterse de a poco en las escuelas, en las universidades, en los hospitales, en las mesas familiares, en las instituciones y organizaciones por las que transitamos. No hubo espacio alguno que haya quedado por fuera del debate. Incluso los medios de comunicación hegemónicos, que históricamente respondieron a intereses políticos y religiosos, cubrieron parte de la discusión.

De la mano de la cultura de masas, el debate por el aborto legal llegó a un público más amplio: a quienes no militan el feminismo, a quienes no están convencidxs de la necesidad de legalizar el aborto, a quienes escuchan con reticencia conceptos como patriarcado o que dudan sobre el lenguaje inclusivo; en 2018 llegó a quienes estaban mirando la televisión para ver otra cosa.

Trabajar con el clima social instalado y visibilizarla jurisprudencia, disputar los sentidos en las prácticas cotidianas y desempañarse desde una perspectiva de género y de derechos humanos, de los que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte es nuestra tarea fundamental, sin perder de vista que no vamos sólo por la despenalización, sino por la legalización del aborto, ya que implica política pública en la que intervendremos.

Tal como refiere nuestra Ley Federal de Trabajo Social (27072), el ejercicio de nuestra profesión debe fundarse en la defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de

los derechos humanos y sociales, asimismo reconoce la necesidad de capacitarse y actualizarse en el campo disciplinario del trabajo social y de las ciencias sociales.

Por tal motivo, profundizar el análisis de la problemática del aborto, su contexto socio-histórico y su aspecto legal y epidemiológico resulta central para avanzar hacia la apropiación de herramientas que nos permitan reflexionar acerca del rol profesional y fundar sólidamente acciones que cotidianamente se pronuncien en la defensa de los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

**EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL PARA DECIDIR.  
ANTICONCEPTIVOS PARA NO ABORTAR.  
ABORTO LEGAL PARA NO MORIR.  
¡SERÁ LEY!**

### **Yo aborté, por Valeria Flores**

Yo aborté y soy la empleada doméstica del 5° “A”  
Yo aborté y soy la funcionaria del Ministerio de Salud  
Yo aborté y soy la maestra que enseña a tus hijas/os  
Yo aborté y soy la promotora barrial que reparte las cajas  
Yo aborté y soy la esposa del taxista que te lleva a bailar  
Yo aborté y soy la enfermera que te controla la presión  
Yo aborté y soy la profesora universitaria que habla de “género”  
Yo aborté y soy la kiosquera que conoce tu marca de cigarrillos  
Yo aborté y soy la canillita que te reserva el diario del domingo  
Yo aborté y soy la diputada que vota leyes contra las mujeres  
Yo aborté y soy la adolescente que estudia en un colegio privado  
Yo aborté y soy la artista que pinta los rostros de la pobreza  
Yo aborté y soy la obstetra que dirige tus partos  
Yo aborté y soy la vendedora de celulares que trabaja en la calle  
Yo aborté y soy la cajera del hipermercado que reclama descanso  
Yo aborté y soy la prostituta que visitas todos los jueves

Yo aborté y soy la obrera de la fábrica que duerme en el colectivo  
Yo aborté y soy la jueza que garantiza un estado laico  
Yo aborté y soy la periodista que soporta los chistes misóginos  
Yo aborté y soy la modelo que admiras en las revistas  
Yo aborté y soy la veterinaria que atiende a tus gatas  
Yo aborté y soy la psicóloga que escucha tus problemas  
Yo aborté y soy la abogada que defiende a los violadores  
Yo aborté y soy la discapacitada a quien violó su tío  
Yo aborté y soy la católica que se golpea el pecho en las misas  
Yo aborté y soy la bisexual a la que se le rompió el preservativo  
Yo aborté y soy la deportista exitosa que seguís con fanatismo  
Yo aborté y soy la de mesa de entradas que recibe tus notas  
Yo aborté y soy la piquetera que corta rutas contra el hambre  
Yo aborté y soy la policía que te detiene porque abortaste  
Yo aborté y soy la desaparecida por los militares genocidas  
Yo aborté y soy todas las mujeres que en ste país se ven forzadas a la maternidad  
Yo aborté y soy todas las mujeres que mueren por abortos clandestinos  
Yo aborté y soy todas las mujeres que sobreviven a un aborto clandestino  
Yo aborté y soy todas las mujeres que gritan y reclaman: ¡Mi cuerpo es mío!

## Bibliografía

- Alma, A. Y Lorenzo, P. (2009). *Mujeres que se encuentran: una recuperación histórica de los Encuentros Nacionales de Mujeres en Argentina (1986-2005)*. Feminaria Editora, Buenos Aires.
- Anzorena, C. y Zurbriggen, R. (2013). Trazos de una experiencia de articulación federal y plural por la autonomía de las mujeres: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito en Argentina, en Anzorena, C. y Zurbriggen, R. (COMPS.) *El aborto como derecho de las mujeres*:

- otra historia es posible*. Herramienta, Buenos Aires.
- Bellucci, M. (2014). *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Capital Intelectual, Buenos Aires.
- Brown, J. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Teseo, Buenos Aires.
- Brown, J. (2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. (30),269-300. Disponible en:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332008000100015&lng=en&nr=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332008000100015&lng=en&nr=iso&tlng=es)(Fecha de Consulta: 11/01/2019)
- Burton, J. (2017).Prácticas feministas en torno al derecho al aborto en Argentina: aproximaciones a las acciones colectivas de Socorristas en Red.Revista *Punto Género*Nº 7. Mayo de 2017 ISSN 0719-0417 / 91 - 111 Buenos Aires.
- Chaneton, J. y Vacarezza, N. (2011). *La intemperie y lo intempestivo: experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Marea, Buenos Aires.
- Checa, S. y Rosenberg, M. (1996). *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*. El cielo por asalto, Buenos Aires.
- CEDES / REDAS / ELA. (2018).Las cifras del aborto en la Argentina. El debate exige datos precisos y evidencia empírica de fuentes válidas. Disponible en: <http://larevuelta.com.ar/wp-content/uploads/2018/03/El-aborto-en-cifras-CEDES-ELA-REDAAS-1.pdf>(Fecha de Consulta: 11/01/2019).
- Ciriza, A. (2013). Sobre el carácter político de la disputa por el derecho al aborto. 30 años de luchas por el derecho a abortar en Argentina, en Anzorena, C. y Zurbriggen, R. (COMPS.) *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible*. Herramienta, Buenos Aires.
- Coledesky, D. (2007). *Historia de la Comisión por el Derecho al Aborto*. Disponible en <http://www.abortolegal.com.ar/?p=134>.
- Dorlin, E. (2009) *Sexo, género y sexualidades. Introducción a la teoría feminista*. Nueva Visión, Buenos Aires.

- Galeotti, G. (2004). *Historia del aborto*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Gutiérrez, M. (2018). *Ahora que estamos juntas, ahora que si nos ven: El debate por la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Recuperado de: <https://www.civicus.org/index.php/re-imagining-democracy/stories-from-the-frontlines/3483-ahora-que-estamos-juntas-ahora-que-si-nos-ven-el-debate-por-la-ley-de-interrupcion-voluntaria-del-embarazo>.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2012). *El feminismo en mi vida: hitos, claves y utopías*. Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, México DF.
- Masson, L. (2007). *Feministas en todas partes: una etnografía de espacios y narrativas feministas en Argentina*. Prometeo, Buenos Aires.
- Ministerio De Salud De La Nación (2015). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo\\_ile\\_octubre%202016.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf) (Fecha de Consulta: 11/01/2019).
- Pita, V. (2007). Voces en conflicto, espacios en disputa. Experiencias feministas en la Argentina de los '90. *Feminaria* 30/31, (Páginas 68-76).
- Szwarc, L. (2018). El aborto, de susurro a grito colectivo. Revista *Bordes*. Disponible en <http://revistabordes.com.ar/el-aborto-de-susurro-a-grito-colectivo/> (Fecha de Consulta: 11/01/2019).
- Tarducci, M. Y Rifkin, D. (2010). Fragmentos de historia del feminismo en Argentina, en Sandra Chaher Y Sonia Santoro, *Las palabras tienen sexo II: herramientas para un periodismo de género*. Artemisa Comunicación Ediciones, Buenos Aires.



# El sufrimiento en el trabajo

## La salud laboral de las/os trabajadoras/es sociales

Grupo de Salud Laboral  
del Consejo Profesional  
de Graduadas/os en Servicio  
Social Trabajo Social de la  
Ciudad de Buenos Aires<sup>1</sup>

*Agradecemos especialmente la participación de nuestros/as compañeros/as Carolina Lorenzo, Oscar Martínez del Taller de Estudios Laborales y a todos/as los/as que completaron las encuestas de relevamiento, quienes contribuyeron con sus aportes a la realización de este trabajo.*

### Resumen

El trabajo de las/os trabajadoras/es sociales presenta características que se vinculan con un particular proceso de salud enfermedad atención de quienes ejercemos la profesión. Este trabajo intenta dar cuenta de dicho proceso desde la perspectiva de la organización colectiva. Se trata de instrumentarnos reconociendo nuestro propio sufrimiento en el trabajo para hacerle frente recuperando nuestra capacidad de organización y lucha.

---

1 Aloe Myriam: Lic. en Trabajo Social. Trabaja en el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. | Bajarla Camila: Lic. en Trabajo Social. Trabaja en Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 30. | Battistessa Omar: Lic. en Trabajo Social. Trabaja en Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 10. | Matusevicius Jorgelina: Lic. en Trabajo Social. Trabaja en Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 16.

El presente informe es una primera aproximación a los resultados de la encuesta sobre salud y condiciones de trabajo realizada desde el grupo de trabajo sobre Salud Laboral del Consejo Profesional de Trabajadoras/es Sociales de CABA.

El grupo se conformó al finalizar el *Curso de capacitación en salud laboral a partir del abordaje de la investigación acción. Un debate necesario para la organización colectiva*. Propuesta organizada a finales de 2016 por la Secretaría de Asuntos Profesionales del Consejo Profesional y el Taller de Estudios Laborales. La propuesta del curso fue introducirnos en la identificación y caracterización de las condiciones de trabajo y sus determinantes en tanto afectan el proceso de salud enfermedad de quienes ejercemos la profesión.

Con posterioridad, desde el grupo de trabajo conformado, sistematizamos lo trabajado en una publicación (Aloe et al, 2017). Asimismo, elaboramos una encuesta que fue pensada para trabajarla a través de la investigación - acción en diferentes espacios de trabajo, con el objetivo de promover la elaboración colectiva de un diagnóstico sobre los riesgos laborales y las condiciones de trabajo de las/os trabajadoras/es sociales.

A lo largo de este trabajo fuimos atravesando distintos momentos políticos y sociales de nuestro país. Actualmente nos enfrentamos, por un lado, al agravamiento de las situaciones que estamos llamadas a resolver en función de la persistencia de la inflación, los tarifazos en servicios y transporte, el alto impacto del aumento de costo de vida en el sector de la clase trabajadora que realiza trabajos precarios y que se encuentran desocupadas/os, el ajuste desde las medidas económicas, acuerdo con el FMI mediante, que agudizarán en los próximos tiempos la situación de las/os trabajadoras/es y sectores populares.

Por otro lado, nos encontramos en un escenario de fragilidad exacerbada en relación a las propias condiciones de trabajo del colectivo profesional. Nos referimos a la ofensiva contra los derechos de los/as trabajadores/as, a una persistente política de ataque a los convenios colectivos de trabajo y a la

proliferación de despidos en áreas claves del Estado. Todo ello en el marco de una política de vigilancia y persecución enmascarada tras el engañoso nombre de “modernización del Estado”. Esta última involucra fundamentalmente la incorporación de lógicas propias del mundo empresarial, signadas por la búsqueda implacable de eficacia y eficiencia asociadas al aumento de la productividad y la disminución de los costos y no a la calidad de las políticas públicas. Involucra además un intento de instrumentar estrategias de competencia entre trabajadores/as y de distintos mecanismos de fiscalización y control de las tareas realizadas a través de “evaluaciones de rendimiento y productividad”. Se trata de distintas iniciativas que se vienen aplicando de diferentes formas en el sector privado y que progresivamente se comienzan a adoptar también en el ámbito estatal en la búsqueda de imponer un disciplinamiento laboral mucho más extendido y eficaz. Desde los años 90 las “recetas” de organismos internacionales de crédito aconsejan la modificación del empleo público y leyes como la 471 del GCBA apuntan a la lógica del gerenciamiento aplicada al sistema público. A la par de esta legislación proliferó el crecimiento del trabajo precario en el Estado lo que nos deja en peores condiciones para enfrentar esta nueva ofensiva. Todo esto se encuentra enmarcado en la búsqueda de trastocar de modo profundo las relaciones entre el Estado empleador y las/os trabajadoras/es apuntando a debilitar el poder de presión de la clase, tanto de modo general en un ataque sistemático a sus organizaciones gremiales, como en cada lugar de trabajo. La expresión más visible de esto es el intento de reforma laboral que se busca aprobar y que afecta al conjunto de la población económicamente activa de nuestro país.

Con este material esperamos aportar a la desnaturalización de los padecimientos que nos genera nuestro trabajo, de modo de poder buscar respuestas colectivas para fortalecernos como sujeto activo en la realidad que nos toca vivir. Se trata de rehuir de posiciones pasivas para asumir un protagonismo en

la defensa de nuestras condiciones de trabajo.

Si la salud como dice Floreal Ferrara “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” (Ferrara, 1985: s/d), intentamos generar herramientas para posicionarnos mejor en esa lucha.

### **¿Quiénes respondieron la encuesta?**

Como mencionábamos en la presentación, durante el año 2017 vimos recrudecer los despidos, concretados sin condiciones mínimas de legalidad gracias a la relación contractual precaria de las/os trabajadoras/es, y con modalidades sumamente violentas y hasta represivas. De esta forma, nuestro acercamiento a los espacios de trabajo con la propuesta de fortalecernos como trabajadoras/es desde una perspectiva reivindicativa de derechos, se topó (al menos en el caso de los que trabajan en el ámbito nacional y entes autárquicos como PAMI) con la realidad de un colectivo con las energías puestas fundamentalmente en la defensa de los puestos de trabajo y esto se reflejó en la cantidad de encuestas que se respondieron.

En el caso del sistema de salud de CABA la baja cantidad de respuestas obtenidas parece remitir a la tensión entre el tiempo dedicado a la actividad profesional y el dedicado a la actividad gremial o, dicho de otro modo, al lugar que ocupa en nuestra práctica la actividad de defensa de los derechos de los/as usuarios/as y la de defensa de nuestros propios derechos. Donde la primera se impone claramente relegando a un segundo plano lo vinculado a nuestra condición de trabajadores/as.

El conjunto de colegas que contestaron la encuesta – un total de 118 trabajadores/as sociales - no configura una muestra representativa del universo general. Sin embargo entendemos que permite dar cuenta de la parcialidad estudiada y es útil como estudio exploratorio. Nos sirve para poner en cuestión algunas situaciones que están naturalizadas y avanzar en

el proceso de conocimiento de nuestras propias debilidades y fortalezas como sujeto colectivo.

Nos proponemos empezar a reconocer elementos del desgaste profesional, encontrar indicadores de nuestro malestar, la fuente de distintos padecimientos físicos y psíquicos.

La composición de la muestra que respondió la encuesta es mayoritariamente femenina (87%). Respecto del tiempo de ejercicio de la profesión se expresa una diversidad que permite dar cuenta de la situación de colegas con más y menos años de trabajo como trabajadores/as sociales: hasta 5 años 24%; entre 5 y 10 años 27%; entre 10 y 20 años 24% y más de 20 años 23%.

El 56% tiene hasta 10 años de antigüedad en la institución en la que trabaja. Un poco más de la mitad trabaja en la institución entre 30 y 40 horas semanales (54%), un porcentaje menor lo hace hasta 30 horas (37, 3%) y un 8,5% trabaja más de 40 horas.

Los lugares de trabajo en los que se realizó la encuesta son organismos públicos de la CABA (51%) principalmente del sector salud y organismos públicos nacionales (37%) mayoritariamente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. En menor medida se trata de organismos autárquicos como PAMI (un 7,6%).

Se puede reconocer que la mitad de encuestados/as se encuentran con contratos precarios ya sea de planta transitoria (33%), residentes (1%) y otras formas de contratación (2%); mientras que la otra mitad cuenta con una relación laboral de planta permanente.

Entre las/os que tienen contratación precaria encontramos aquellas personas que reconocen su contrato inestable como una planta transitoria<sup>2</sup>.

Estos datos se corresponden con lo analizado en el trabajo realizado por la Secretaría de Asuntos Profesionales durante el año 2016.

La precariedad en el empleo incide en cómo se expresa la inseguridad: los miedos a la pérdida de trabajo, al cambio de

---

2 Se incluye aquí contratos a término bajo la ley Marco del Empleo Público, también conocida como artículo 9, Resolución 048.

funciones, a no tener tareas, a la desaparición del programa o área de trabajo, etc. (Bajarlía et al, 2015)

## **Algunas cuestiones metodológicas**

Un punto muy importante que debe tenerse en cuenta en el análisis de los datos de salud laboral, ya sea tanto para el análisis de la morbilidad, como de mortalidad, es el llamado efecto trabajador sano.

La comparación de un colectivo de trabajadoras/es (aún aquellas/os expuestos/as a condiciones muy perjudiciales de trabajo) con el conjunto de la población, puede resultar engañosa, e incluso demostrar que dicha/os trabajadora/es están más sanos que el resto de la población.

Esto se debe a que para ingresar al llamado mercado de trabajo, es decir para poder vender la fuerza de trabajo, hace falta un piso de condiciones de salud que no reúne el conjunto de la población<sup>3</sup>.

## **Instrumento de recolección de la información**

Se utilizó un cuestionario individual, anónimo (no se registraban datos que pudieran identificar al respondente) y auto administrado.

Se optó por este método dado que muchas preguntas, en especial las vinculadas a riesgos psicosociales, uso de medicación, pueden remitir a aspectos de la vida personal que no se quieren hacer públicos, o que ante la presencia de un tercero pueden forzar respuestas “políticamente correctas” u omitir información.

La mayor parte de las preguntas eran de tipo cerrado.

---

3 Aquellas personas con padecimientos que limitan severamente su funcionalidad en el entorno social actual, así como los enfermos graves, casos de fuerte desnutrición, algunos tipos de inmunodepresión, impiden la posibilidad de trabajar, ya que no son “rentables” para el capital.

Los principales ejes del cuestionario son:

*Variables de clasificación:* son aquellas que permiten caracterizar al colectivo encuestado y brindar información diferencial por género, edad, tipo de organismo, etc.

Entre ellas se encuentran:

Género

Edad

Antigüedad en el ejercicio de la profesión y en el puesto en esta institución

Cantidad de empleos

Cantidad de horas semanales promedio de trabajo

Organismo

Área de trabajo

Tipo de relación laboral

*Problemas de salud vinculados al trabajo:* Se partió de la percepción de las/os respondentes.

Tipo de problemas, dolor o molestia

Frecuencia con que lo percibe

Problemas para dormir

Problemas para concentrarse

*Ausentismo laboral*

Cantidad de días

Causas

## Problemas para tomarse días por motivos de salud

### *Atención de la salud*

Diagnóstico

Tipo de tratamiento

Medicación que consume

Terapias alternativas

*Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales.* Se consideraron los siguientes aspectos:

Exceso de exigencias psicológicas del trabajo

Falta de influencia y de autonomía en el trabajo

Relación con los/as compañeros/as y jefatura, y actitudes de las jefaturas

Carga laboral fuera del horario laboral

Escaso reconocimiento del trabajo

Doble presencia<sup>4</sup>

### **Problemas de salud vinculados al trabajo**

Se reconocen entre las/os colegas un significativo número de padecimientos. Existen altos niveles de nerviosismo, pro-

---

4 Son las exigencias sincrónicas, simultáneas, del ámbito laboral y del ámbito doméstico - familiar. Son altas cuando las exigencias laborales interfieren con las familiares. En el ámbito laboral tiene que ver con las exigencias cuantitativas, la ordenación, duración, alargamiento o modificación de la jornada de trabajo y también con el nivel de autonomía sobre ésta, por ejemplo, con horarios o días laborables incompatibles con el trabajo de cuidado de las personas o la vida social. (Definición tomada del ISTAS).

blemas de sueño, irritabilidad, problemas de concentración y al mismo tiempo, como contrapartida limitaciones para poder ausentarse del trabajo para recuperarse. Estos datos nos permiten dar cuenta de las repercusiones en clave de afecciones y molestias, vinculados al ejercicio de nuestro trabajo y las condiciones laborales, según diversas exigencias, conviviendo con malestares y dolencias de diversa magnitud e importancia.

Los resultados obtenidos en relación a los distintos malestares físicos resultan significativos. El 76% de las/os trabajadoras/es reconoce haber sentido algún tipo de dolor, molestia o problema de salud en el trabajo durante el último mes mientras que sólo el 20% dice no haber presentado ningún padecimiento.

Entre los problemas más relevantes se encuentran dolores de cabeza, contracturas y dolor de espalda.

Del universo total de encuestados/as, el 67% sufre dolores de cabeza, según la siguiente frecuencia: todos los días el 6 %, algunos días por semana el 25% y algunos días por mes el 36%.

Para el caso de las contracturas, el 68% presenta este padecimiento todos los días el 18%, algunos días por semana el 24% y algunos días por mes el 26%.

Mientras que para los dolores de espalda, un 58% refiere sufrirlos todos los días un 12%, algunos días por semana 21% y algunos días por mes 25%.

Resulta significativo en comparación con otras dolencias las contracturas y los dolores de cabeza, no sólo por el porcentaje de colegas que los sufren sino por la frecuencia con la que se presentan.

En menor medida algunas/os de las/os entrevistadas/os mencionaron molestias gastrointestinales (37%), dolor de piernas (31%), alergias (17%), molestias en la voz / disfonías (13%), palpitaciones / pico de tensión arterial (10%), problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva (4%).

También se expresaron otros problemas de salud como: hipotiroidismo, insomnio, stress, problemas de salud mental, tinnitus, epicondilitis.

Nuestro proceso de trabajo nos enfrenta a un sinnúmero de padecimientos subjetivos y privaciones materiales de las personas que demandan nuestra intervención. Muchas veces nos encontramos con la exigencia de brindar respuestas urgentes ante situaciones de vulneración de derechos. Sin embargo, el ejercicio profesional se encuentra atravesado por un escaso control de los recursos de los que disponemos para delinear estrategias de intervención y un progresivo deterioro y vaciamiento de las políticas sociales. Dadas estas características de nuestro trabajo resulta preocupante que el 99% se sintió agotado después del trabajo, si agrupamos las distintas frecuencias que van desde todos los días a algunos días por mes y de ese universo, el 58% lo sintió algunos días en la semana.

Por otro lado un 76% trabajó nervioso/a o tenso/a por motivos laborales.

El 21% tuvo algún desborde emocional (ataque de pánico o de llanto, altercado a gritos, interrumpir la jornada laboral por motivos emocionales). Este porcentaje podría parecer menor pero nos parece altamente significativo en términos cualitativos, por el costo que implican este tipo de situaciones en nuestra salud.

Respecto de otros problemas relevados, el 48% tuvo problemas de sueño, el 60% estuvo irritable y el 68% tuvo problemas para memorizar y concentrarse.

Estos datos reflejan altas cargas de tensión, desborde, agotamiento que se emparentan con lo que Dejours (2001) denomina ansiedad. La misma se asocia con la organización del trabajo y la desestructuración de las relaciones psicoafectivas pero también con la insatisfacción que el proceso de trabajo produce, que lleva a procesos de despersonalización. Es aquí donde debemos prestar especial atención dado que se trata de padecimientos naturalizados o “invisibles”, que, en la mayoría de las veces, no se reconocen en términos de licencias médicas. Esto obliga a quienes lo padecen a sobrellevarlos en términos individuales, buscando alivios temporales, lo que abona a pro-

cesos de desgaste laboral.

Cabe destacar que los niveles de agotamiento entre las/os colegas que tienen menos de 5 años son igualmente significativos.

## **Ausentismo por problemas de salud**

Respecto de las ausencias en el trabajo por problemas de salud, del total de encuestas, las/os colegas respondieron que en el último año se ausentaron de 1 a 5 días el 33%, 6 a 10 días el 11%, en 7 casos tuvieron licencias de 1 mes y más y el 44% no faltó nunca por problemas de salud. Agrupando a los que se ausentaron entre 0 y 5 días quedan incluidos el 77% de las/os trabajadoras/os.

Podríamos pensar que la baja tasa de ausentismo se vincula con la existencia de problemas para faltar al trabajo. En este sentido, el 36% refirió tener problemas para ausentarse del trabajo. El 72% de ese universo lo adjudica al cobro de presentismo, mientras que el 28% restante, lo atribuye a trabas de carácter burocrático.

En este punto es importante destacar que en la Administración Pública Nacional la actual gestión introdujo la bonificación por presentismo, a través del cual se avanzó sobre derechos (licencias<sup>5</sup>) del convenio colectivo de Trabajo, introduciendo un mecanismo perverso por el cual las/os compañeras/os prioricen un mayor ingreso por sobre la propia salud y el cuidado familiar<sup>6</sup>.

Asimismo en la administración pública nacional se está avanzando en distintos mecanismos de control del presentis-

---

5 Se avanzó sobre licencias de enfermedad, estudio, cuidado familiar.

6 Todo esto se fue introduciendo a través de las negociaciones paritarias, con estas “negociaciones” van mellando los derechos que garantiza el convenio colectivo. En ese sentido estas “negociaciones” en la Administración Pública Nacional, han también enunciado la implementación de premios por productividad, no obstante no haber alcanzado a avanzar en ello, debido a que no se definieron los parámetros y mecanismos para medir dicha productividad.

mo y cumplimiento de horarios, como es el caso del registro digitalizado o control biométrico. Esto, se combina con otros mecanismos “informales” que constituyen estrategias de control y formas de promover el “autodespido” o despido encubierto (mujeres que viven muy lejos y tienen cargas de familia, personas que tienen dos empleos). Es importante mencionar aquí también que el Ministerio de Desarrollo Social, dentro de los organismos públicos nacionales, es uno de los que registra niveles salariales más bajos, lo cual lleva a las/os trabajadoras/es al pluriempleo. El salario de una amplia mayoría se compone en el 50% de horas extras que son tomadas como una forma de equiparamiento salarial. Esto conlleva arbitrariedades, tensiones, ingresos fluctuantes (éstas horas no se cobran durante vacaciones, licencias por enfermedad, estudio), además de ser un componente de inestabilidad ya que en épocas de crisis esta parte del salario está sujeta a ser reducida o directamente eliminada.

Por otro lado resulta importante destacar que estos mecanismos de control del presentismo se contradicen con la falta de tareas y vaciamiento de políticas públicas, como se verá en distintos tramos de este trabajo, que se expresan en los distintos organismos.

El control del presentismo constituye un primer paso para aplicar mecanismos de exigencia de “productividad”. Ambos dispositivos se orientan a la introducción, la extensión y la convalidación/legitimación de la lógica del mundo empresarial y por ende a esa configuración de la fuerza de trabajo en el ámbito público y hasta en la sociedad en su conjunto. Control y exigencia de productividad son compatibles con procesos de despersonalización.

En cambio, en el sector salud todavía no se han podido introducir estos criterios de control de la “productividad” en relación a la configuración del salario. Respecto de las ausencias, si bien existen barreras administrativas para faltar por cuestiones de salud, el nivel de subregistro es alto debido a que la dificultad no se percibe por los arreglos informales que se

establecen para garantizar los días de licencia. En el transcurso de la elaboración de este documento se aprobó la ley 6035 que modifica el régimen laboral de las/os profesionales de la salud que avanza en las lógicas de eficacia, eficiencia y productividad en el sentido antes mencionado.

## Consumo de medicación

Más de la mitad de las/os colegas consume algún tipo de medicamento (52% de los casos), de los cuales el 29% corresponde a calmantes del dolor (aspirinas, ibuprofeno, etc.), 16% a relajantes musculares y en menor medida, aquellos vinculados a padecimientos específicos (colesterol, hipertensión, hipotiroidismo, alergias, etc.).

Respecto del uso de psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, etc.) sólo respondió el 28% del universo de encuestados/as, del cual el 8,5% toma psicofármacos. En este sentido llama la atención la distancia entre este 8% y el 15% de este tipo de medicación que consume la población de la Argentina en general según un estudio realizado por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) entre 2016 y 2017. Esto, teniendo en cuenta que las características de nuestro trabajo implican cargas altas de stress, reflejadas en otras respuestas de este mismo estudio (desborde emocional, agotamiento, nervios, irritabilidad, tensión), resulta llamativo.

Por su parte, el 25% se encuentra bajo tratamiento médico por distintas problemáticas de salud: problemas gastrointestinales, traumatológicos, tiroides<sup>7</sup>, tensión arterial, salud mental, entre otros que se presentan con menor frecuencia.

---

7 Se observa una alta incidencia de hipotiroidismo que alcanza el 4.2%, respecto de los índices en la población en general. Se trata de un nivel de incidencia en proyección importante en relación a la cantidad de encuestas realizadas. Este padecimiento se encuentra dentro de las enfermedades autoinmunes, las cuales a su vez se asocian a niveles de stress elevados.

## Terapia psicológica y terapias alternativas

En cuanto a la realización de algún tipo de terapia, el 42% respondió que se encuentra bajo tratamiento psicoterapéutico y el 44% realiza alguna/s terapia/s alternativa/s. Entre las terapias alternativas más frecuentemente utilizadas se encuentran yoga y reiki. Otras terapias mencionadas fueron: alimentación saludable, acupuntura, antroposofía, danzaterapia, homeopatía, aromaterapia, osteopatía, meditación, tinturas madres, naturismo, shiatzu, ayurveda, masoterapia, chi kung, entre otras.

Cabe destacar también que varias/os colegas respondieron afirmativamente, señalando actividades recreativas, artísticas o relacionadas al entrenamiento físico como terapias alternativas.

Es muy alta la cantidad de encuestadas/os que recurre a estas terapias alternativas. Esto va en consonancia con estudios que indican el aumento de este tipo de estrategias a nivel mundial. Es importante destacar que el tipo de terapias alternativas utilizadas no sólo están dirigidas a enfrentar padecimientos físicos sino que se orientan a la dimensión emocional y/o espiritual. Es más, muchas de estas disciplinas buscan explícitamente romper la fragmentación entre cuerpo y salud mental propia de la medicina convencional o tradicional.

Existen dos posibles hipótesis de cómo se interpretó a las terapias alternativas al momento de responder. Una primera posibilidad es entender a la terapia como algo necesario a partir de que está instalado un problema. Sin embargo, podríamos pensar otra posibilidad: lo terapéutico vinculado a una mirada de la salud desde una perspectiva más amplia y entender este tipo de estrategias integradas a modos de vida y en función de la prevención de padecimientos.

Resulta significativo que en el sector salud se usan más terapias alternativas que en otros sectores. Una posible hipótesis podría estar asociada a que el conocimiento directo de la medicina convencional podría llevar a descreer de su eficacia

en la resolución de problemas de salud.

En relación a la variedad de actividades que aparecen vinculadas al uso de “terapias alternativas”, surgen los siguientes disparadores para la reflexión, que dan cuenta de la necesidad de abordar esta dimensión desde una estrategia de tipo cualitativo. Por un lado, resulta necesario poder pensar el uso de terapias alternativas en un momento del desarrollo del capitalismo en el que se exacerbaban las consecuencias a nivel de la salud mental de la población y el desarrollo de enfermedades autoinmunes, estrechamente vinculadas a los padecimientos en el orden emocional y tensional. Por otra parte, nos parece que no se puede obviar en este análisis el proceso de medicalización que, en este momento del desarrollo capitalista, tiene propuestas ya no sólo para la “enfermedad” sino también para la “salud”. Los grandes laboratorios invierten mucho dinero para la consolidación de un/a sujeto/a que se “autogestiona” el bienestar e “invierte” en su salud. Sujeta/o que expresa el paradigma de la época mucho más allá de cómo se piensa la salud, abarcando también aspectos vinculares tanto en un plano o dimensión interpersonal como colectivo.

Dicho esto, se trataría de asumir que estos procesos de autoatención, si bien son funcionales al desarrollo actual del mercado de la salud, entre otras cuestiones porque incrementan el gasto de bolsillo al no ser parte de la cobertura sanitaria, son también necesarios para las/os trabajadoras/es en tanto recurso de recuperación y preservación de los estragos del modo de vida/trabajo actual sobre nuestra integridad.

## **Los problemas de salud ligados a la organización del trabajo**

Los llamados “riesgos psicosociales” también conocidos como organizacionales (existen discusiones conceptuales al respecto) son centrales, en tanto se vinculan sustancialmente a los procesos de trabajo y a cómo este se organiza y por

ende cómo afecta a los modos del quehacer y al proceso de salud-enfermedad.

Siguiendo las conceptualizaciones del ISTAS<sup>8</sup>, que sintetiza los aportes de los modelos explicativos “demanda – control – apoyo social” y “desequilibrio - esfuerzo – compensaciones”, las características de la organización del trabajo que afectan a la salud son:

*las exigencias psicológicas del trabajo*, en particular cognitivas y emocionales, como por ejemplo la necesidad de esconder las emociones, la relación entre la cantidad de trabajo y el tiempo disponible para realizarlo, el ritmo de trabajo, las interrupciones, la intensidad del trabajo, el alargamiento de la jornada laboral,

*la doble presencia*, es decir, los conflictos originados en la necesidad de compaginar tareas y tiempos laborales, familiares y sociales. Cuando el trabajo avanza sobre días y horarios no compatibles con la vida familiar o de cuidado de las personas.

*el control sobre el trabajo* o las oportunidades que el trabajo ofrece para que sea activo, con sentido y contribuya a desarrollar habilidades (la posibilidad de influir en la definición de las tareas, de controlar los tiempos, el sentido del trabajo, etc.)

---

8 ISTAS es el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, promovido por Comisiones Obreras, de España, que a su vez se basa en el método CoPsoQ (Cuestionario Psicosocial de Copenhague), desarrollado por el Instituto Nacional de Salud de Dinamarca, y en la conceptualización del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Se trata de una herramienta para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, que identifica y localiza dichos riesgos y facilita el diseño e implementación de medidas preventivas. Ha adquirido una importante dimensión internacional, siendo uno de los instrumentos de medida de riesgos psicosociales más utilizados en evaluación de riesgos e investigación y es citado como un método de referencia en documentos de instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud. Uno de sus presupuestos metodológicos básicos la participación de los actores involucrados. La *Teoría General de Estrés* en relación al ambiente de trabajo, constituye el marco teórico del CoPsoQ-istas<sup>21</sup> y define las exposiciones psicosociales que deben ser evaluadas ya que existe sobre ellas evidencia científica suficiente acerca de su relación con la salud.

También refiere a las posibilidades de desarrollo (poner en práctica conocimientos, habilidades y experiencia y adquirir nuevos), en relación a si es un trabajo estandarizado y repetitivo o si permite el *desarrollo creativo*. Aquí se incluye el encontrar utilidad, importancia social, aprendizaje, etc.

*el apoyo social*, que hace al vínculo con compañeras/os y superiores, a la claridad del rol, a la previsibilidad, entre otras cosas. Para que se genere un clima de apoyo social es necesario que existan posibilidades (físicas y organizacionales) de relacionarse entre compañeras/os de trabajo.

*las compensaciones derivadas del trabajo* (reconocimiento, trato justo, salario adecuado a las exigencias, seguridad sobre el futuro en relación a condiciones fundamentales del trabajo: horario, tareas, contrato, salario).

Aunque todas y cada una de estas dimensiones constituye una entidad conceptualmente diferenciada y operativamente medible, en su conjunto forman parte del mismo constructo psicosocial y son interdependientes en distinta medida y en función de las muy diversas realidades de la organización y las condiciones de trabajo, por lo que estas dimensiones se presentan una por una pero integradas en los grandes grupos mencionados anteriormente: exigencias psicológicas; doble presencia; control sobre el trabajo; apoyo social; compensaciones y capital social.

## **1. Exigencias psicológicas del trabajo**

Respecto de la cantidad de trabajo exigida a las/os colegas que respondieron la encuesta, el 44% sostiene que puede llevar al día su trabajo, 11% lo hace siempre y 33% muchas veces. En cambio, del 55% que refiere que tiene dificultades, el 41% lo hace algunas veces, 9% sólo alguna vez y 4% nunca.

Parte de las exigencias se presentan de modo palpable

cuando, aún fuera del horario laboral, una vez en nuestras casas los problemas del trabajo persisten como preocupación. Al ser consultadas/os por si cuesta olvidarlos en el momento en que estamos fuera del horario laboral, las/os trabajadoras/es encuestadas/os sostuvieron que sí (siempre y muchas veces) 36% de los casos, mientras que al 32% le sucede algunas veces. Sólo el 4% refiere que no les cuesta olvidar problemas del trabajo.

El 29% respondió que el trabajo lo afecta emocionalmente muchas veces y el 40% algunas veces. Nuevamente consultadas/os por si el trabajo requiere esconder las emociones las mayores frecuencias se ubican en muchas veces, el 30 % y algunas veces el 28%.

Quizás uno de los datos más significativos es el alto nivel de tensión o malestar que generan las decisiones que las/os colegas toman durante el proceso de trabajo. Quienes lo sienten algunas veces son el 40% y el 41% sienten ese malestar muchas veces.

El trabajo se registra con una alta exigencia de concentración: 65% responde que esta demanda se da entre muchas veces y siempre.

Finalmente respecto de la contraposición entre las tareas que realizamos y los propios valores y principios, el 31% responde que nunca le sucede mientras que el 45% le sucede alguna o muchas veces.

Para analizar estos datos nos parece importante preguntarnos respecto de una contradicción que portamos como profesionales. Mientras que nos formamos y realizamos nuestro trabajo con el objetivo de que se respeten los derechos humanos, económicos, sociales y culturales de las personas con las que trabajamos; reconocemos que el orden social no se organiza en torno a la satisfacción de necesidades humanas sino bajo la lógica de valorización del capital. Esto genera que mientras se produce riqueza social, la misma se apropia en pocas manos y como contraparte se generaliza la pobreza y el sufrimiento humano. La inserción de nuestra profesión en la división socio técnica del trabajo nos llama a intervenir sobre

los efectos de esta contradicción, no en su resolución definitiva sino en el enfrentamiento parcelado o fragmentado de los problemas sociales que de ella se derivan. Esto nos coloca en forma sistemática ante las evidencias más terribles de lo injusto e inhumano del orden social, portadas en personas concretas, historias de sufrimiento, de múltiples opresiones y víctimas de un sinnúmero de violencias ¿Cómo lo soportamos?

El estudio de Franco Damiano (2018) nos aporta algunas claves de comprensión. El autor coloca la mirada en la observación de ese “soportar”. Nos invita a pensar nuestro quehacer, nuestras acciones, nuestra identidad profesional atravesada por confrontaciones que la mayoría de las veces se dirimen en el propio cuerpo de las/os trabajadoras/es sociales.

En este caso los trabajadores sociales resultarían ejemplificantes del modo en que la confrontación produce cuerpos socialmente específicos, mediaciones concretas entre fuerzas sociales. Que un cuerpo, como capacidad de actuar tenga una identidad consolidada es el resultado de una etapa en el desenvolvimiento de la lucha. La lucha de clases podría medirse a partir de observar cómo en esos cuerpos específicos se desenvuelve (es decir, se instala, se amplía o entra en crisis) la identidad “trabajador social”. (Damiano, 2018, s/d)

Más allá de la organización del proceso de trabajo, entendemos que las exigencias psicológicas y el malestar que presentan las/os trabajadoras/es sociales, que deriva a su vez en procesos de desgaste laboral, se vincula también al tipo de trabajo particular que realizamos, el enfrentamiento de las consecuencias más inhumanas del orden social y de la respuesta fragmentada y burocratizada de la política pública.

## **2. Autonomía y satisfacción en el proceso de trabajo**

La posibilidad de ejercer mayores niveles de autonomía en el propio proceso de trabajo se encuentra asociada, en-

tre otras cosas, a tener incidencia en los lineamientos de las intervenciones que llevamos adelante y en el tipo y la cantidad de tareas que podemos asumir, así como a contar con el tiempo y los recursos suficientes para hacer dicho trabajo en condiciones adecuadas.

Un significativo porcentaje (33%) considera que nunca o sólo alguna vez tiene incidencia en la definición de las líneas de intervención en su lugar de trabajo.

Por otro lado el 73% sostiene que recibe indicaciones contradictorias en relación a su trabajo.

El 73% realiza tareas que asume innecesarias y el 76% considera que realiza tareas que le corresponden a otras personas o a otros sectores.

El 42% de las personas encuestadas refiere que o bien no tiene influencia en la cantidad de trabajo que le es asignada (18%) o bien tiene influencia sólo alguna vez (25%). Mientras que el 34% puede tener algún nivel de decisión algunas veces y sólo el 21% lo hace muchas veces.

Casi la mitad de los/as encuestados/as considera que sólo algunas veces cuenta con los tiempos suficientes de descanso, el 47%, mientras que quienes respondieron que sólo alguna vez o nunca cuentan con dichos momentos constituyen el 21%. Es decir que el 78% del total cuenta con escasos tiempos de descanso durante la jornada laboral.

Por otro lado, la mitad de los/as colegas reconoce que el proceso de trabajo permite en líneas generales aprender cosas nuevas (51% entre muchas veces y siempre). Esta respuesta parece expresar una asociación positiva entre condiciones de trabajo y aprendizaje. Nos preguntamos si la otra mitad de los/as encuestados se corresponde con la diversidad de problemáticas (muchas de ellas nuevas y complejas) con las que nos enfrentamos sin contar con los recursos teóricos y metodológicos necesarios para la intervención.

Cabe destacar que respecto de la posibilidad de resolver las problemáticas que se presentan en el espacio de trabajo, el

75% lo hace o nunca o sólo algunas veces.

Un dato muy significativo respecto de este apartado está dado por el altísimo porcentaje de personas que sienten un alto compromiso con la profesión (51% siempre y 37% muchas veces). Asimismo la mitad de las/os entrevistadas/os señalan que hablan con entusiasmo de su trabajo con otras personas.

Es necesario preguntarnos entonces cómo este alto compromiso con la profesión, su componente vocacional, incide negativamente en la posibilidad de reconocer los procesos de explotación laboral y las malas condiciones de trabajo que debilitan nuestra capacidad de organización.

Fuertemente asociado a qué capacidad de control se tiene en el lugar de trabajo se encuentra la disponibilidad o no de los recursos que requerimos para nuestro desempeño. Sólo el 8% dice que siempre cuenta con los recursos suficientes para su trabajo, mientras que el 65% sólo algunas veces y el 10% nunca los tiene.

### **3. Preocupación, incertidumbre e inestabilidad<sup>9</sup>**

El 64% de la muestra refiere preocupación por lo difícil que sería obtener otro empleo en caso de pérdida del trabajo actual.

El 81% de las/os encuestadas/os respondió que siente preocupación por posibles variaciones del salario, el 55% por posibles variaciones del horario de trabajo contra la propia voluntad, y el mismo porcentaje ante potenciales cambios en el espacio o lugar de trabajo.

El 48% se encuentra preocupado por la continuidad del contrato de trabajo. Por su parte, el 58% respondió que siente preocupación por la continuidad del trabajo en un determinado Programa donde se desempeña.

Estos datos resultan contundentes, reflejando el contex-

---

9 En la encuesta, se relevó este dato según las siguientes ponderaciones: Muy preocupado, Bastante preocupado, Más o menos preocupado, Poco preocupado, Nada preocupado. A los fines de la presentación de los resultados, hemos agrupado los porcentajes de las tres primeras categorías.

to de época en el cual se inscriben, toda vez que es un rasgo de la actual etapa, las más variadas medidas de la gestión del gobierno de Cambiemos en pos de la destrucción del empleo público y la reducción de las políticas públicas, expresadas no solo y definidamente en despidos, sino también en una diversidad de mecanismos, desde el cambio y descalificación de funciones y tareas, vaciamiento de las mismas, entre otras.

Asimismo y vinculado a esta dimensión es de destacar que la actual gestión en materia de política pública y social, se orienta a la privatización (mediante la tercerización y otros mecanismos), observándose un avance indiscutible de la participación de las ONGs, en diferentes niveles de la planificación, implementación y monitoreo de las políticas públicas.

Resulta importante mencionar que el contexto de precarización en la relación laboral del sector público, tiene sus antecedentes en las modalidades de contratación que devienen de la gestión anterior, la que habiéndose extendido por el término de más de diez años, no garantizó mecanismos de estabilidad en el empleo público, tal como la misma Constitución Nacional contempla (artículo 14 bis).

Es importante mencionar que el 50% de las/os respondientes se desempeñan en el sector salud en situación de estabilidad laboral, el 34% en organismos de la administración pública y el 13% en residencia en salud (modalidad de capacitación en servicio, por ende bajo contrato a término). Desde aquí se deduce que el 46% no se encuentre preocupado por la pérdida de trabajo al momento de la realización de la encuesta (año 2016).

#### **4. Apoyo social**

Siguiendo el marco conceptual metodológico del ISTAS, esta dimensión hace referencia a la incidencia de las diversas posibilidades de relación entre las personas en los espacios de trabajo y cómo esto se relaciona con la salud de diferentes formas.

El apoyo social representa el aspecto funcional de estas

relaciones, mientras que el sentimiento de grupo representa su componente emocional. Por otro lado, la existencia de jerarquías, compañeros/as de trabajo y superiores, añade otros aspectos de complejidad a estas relaciones.

Además, el trabajo implica ejercer unos determinados roles, que pueden ser más o menos claros o pueden suponer algunas contradicciones, en un contexto de cambios que necesitamos poder prever, configurando un universo de intercambios instrumentales y emocionales entre las personas en los espacios y organización del trabajo.

En ese marco, este apartado indagó sobre aspectos que hacen a la

organización del trabajo: planificación de la tarea, disponibilidad de la información, distribución y claridad respecto de la tarea, trabajo en equipo, capacitación y supervisión, y mecanismos institucionales de resolución de conflictos.

relación con compañeras/os de trabajo: ayuda y apoyo, sentimiento de pertenencia a un grupo, conflictos y/o agresión entre pares, espacios colectivos de problematización y resolución de conflictos.

relación con la población con la que trabajamos: conflictos, agresión por parte de la población.

relación con autoridades: existencia de instancias de comunicación entre autoridades y equipo, conflicto con y agresión por parte de autoridades

En relación a aspectos que hacen a la organización del trabajo, la mayoría manifiesta conocer las tareas que son de su responsabilidad. Sólo el 15% de las/os entrevistadas/os, dice que esto es así algunas veces.

No obstante ante la pregunta de si se cuenta con toda la información necesaria para realizar bien el trabajo, el 51% expresa que esto sucede algunas veces o solo alguna vez. Resulta

significativo el hecho de que la mitad de las/os entrevistadas/os no cuenten en forma completa y permanente con la información necesaria para llevar a cabo su trabajo.

Respecto de la existencia de planificación en el trabajo, en un 60% del universo se expresan deficiencias en este sentido, ya que el 53% manifiesta que la planificación existe algunas veces o solo alguna vez y en el 7% nunca existe planificación en el trabajo. Constituye éste un elemento sensible al momento de considerar la importancia de la planificación de nuestras tareas, como parte de la proyección de las funciones a desarrollar.

Asimismo es necesario reflexionar en torno a qué tipo de planificación es la que opera verdaderamente como sostén. Cuando dicha organización del trabajo se realiza desde las cúpulas de las jerarquías propias de las estructuras burocráticas, más que sostén se presenta como imposición y ajena a las propias necesidades. Surge como una planificación normativa que borra el lugar de sujeto/a pensante y actuante indispensable para que el trabajo que realizamos cobre sentido en términos de subjetivación. Apostamos por el contrario a procesos de planificación local y participativa que implique un involucramiento que oriente y dé sentido global al proceso de trabajo. Para ello se requiere mayor control sobre las herramientas y los recursos con los que contamos las/os trabajadoras/es sociales.

Sobre la realización de tareas y proyectos en equipo, el 44% respondió que siempre o muchas veces existe trabajo en equipo, mientras en el 41% esto se produce algunas veces o solo alguna vez. Es de mencionar que en casi el 14% nunca existe la realización de proyectos o tareas en equipo.

Otra dimensión a considerar es la existencia de mecanismos institucionales de resolución de los conflictos. En relación a esto se destaca que el 31% de las/os entrevistadas/os respondió que nunca existen esos mecanismos, en tanto en el 55% de los casos esto se produce algunas veces o sólo alguna vez. Observamos así que en el 86% de nuestro universo existirían limitaciones o deficiencias en cuanto a la existencia de este tipo

de mecanismos institucionales.

El 44% de nuestra muestra participa de procesos de capacitación algunas veces o sólo alguna vez, mientras el 7% nunca participa de instancias de capacitación. El restante 47% se capacita muchas veces o siempre, y aquí es importante mencionar que un porcentaje importante de los/as respondientes son residentes del sistema de salud de la CABA.

En relación a la existencia de espacios de supervisión de la práctica profesional, el 47% no dispone de estas instancias y el 19% la tiene solo alguna vez. El 28% la tiene siempre o muchas veces.

Vinculado más específicamente al apoyo social de compañeros/as de trabajo, el 74% de las/os entrevistadas/os expresa sentirse parte de un grupo (siempre, muchas veces), mientras el 24% a veces o sólo alguna vez.

El 80% de los/as respondientes manifiesta que recibe ayuda y apoyo de sus compañeras/os de trabajo (siempre, muchas veces), en tanto en el 20% esto se produce algunas veces o sólo alguna vez.

Existe en trabajo social una predisposición mayor que en otras disciplinas al trabajo grupal, en equipo. Nuestros procesos de formación suelen estar signados por este tipo de práctica. Sin embargo, existe una tendencia en el mundo de trabajo actual a imponer mecanismos de fragmentación de esta grupalidad y por lo tanto imponer un disciplinamiento que se asienta en la competencia entre pares. Las recientes modificaciones a la legislación laboral y los convenios colectivos de trabajo incorporan para el empleo público la herramienta de evaluación de desempeño y las exigencias de “productividad”, ya implementadas en distintas esferas del empleo privado.

La evaluación individualizada del rendimiento lleva a todos los trabajadores asalariados a un proceso de competencia generalizada, incluso entre ellos mismos, y si a esa evaluación se asocia una amenaza al puesto de trabajo, la competencia se vuelve aún más grave. Se desata una lucha individual donde cada uno piensa en sí mismo, donde el éxito de un colega resulta malo para mí, donde todo está permi-

tido, hasta la competencia desleal, donde generalmente la solidaridad se va destruyendo. Cada uno está solo en un mundo hostil. Representa un cambio muy profundo de la organización del trabajo. (Dejours, 2013: s/d)

Sobre la existencia de conflictos con los/as compañeras/os de trabajo, el 73% de las/os respondientes manifiestan que nunca o sólo alguna vez han tenido conflictos de este tipo. El 20% lo ha tenido algunas veces, y el 5% muchas veces o siempre. Este último dato, no es menor al momento de pensarlo en clave de proyección.

Ante la pregunta extendida sobre el sufrimiento de alguna agresión/maltrato por parte de otras/os trabajadoras/os de la institución, el 21% de los entrevistadas/os refiere que algunas y muchas veces sufren este tipo de agresión. Si bien, casi el 40% expresa no haber padecido agresión de este tipo, no resulta poco significativo, y reiteramos en perspectiva de proyección en términos estadísticos.

¿Existen espacios colectivos de problematización y resolución de situaciones conflictivas en el trabajo? fue otra de las preguntas, el 42% algunas veces tiene espacios colectivos de este tipo. El 19% nunca tiene este tipo de instancias.

Siguiendo con la dimensión del apoyo social por parte de las autoridades, se indagó sobre la relación entre éstas y los equipos de trabajo. En este sentido y respecto de la existencia de comunicación con las autoridades, el 62% respondió que sólo algunas veces o alguna vez existió algún mecanismo de comunicación, en tanto un 10% expresó que nunca existieron mecanismos de comunicación con las autoridades.

Preguntados/as sobre la existencia de conflictos con las autoridades (conducción, jefaturas, directivas/os, etc.), el 56% de las/os respondientes manifestó nunca o sólo alguna vez haber tenido conflictos. El 43% expresó tener conflictos, de este porcentaje el 29% los tuvo algunas veces y el 14 % muchas veces y siempre. Observamos así que casi la mitad de nuestra muestra experimenta relaciones de conflicto con distintos niveles de autoridad.

En el mismo sentido, consultados por si sufrió algún tipo de agresión/maltrato por parte de las autoridades (conducción, jefaturas, directivas/os, etc.) el 26% respondió que algunas o muchas veces, en tanto el 62% refirió que nunca o solo alguna vez sufrió agresión. Es de mencionar que el 10% de la muestra no respondió esta pregunta.

En relación al vínculo con la población con la que se trabaja y a partir de la consulta sobre la existencia de conflictos o agresiones por su parte, el 86% manifiesta que nunca o sólo alguna vez tuvo conflictos, en tanto el 91% respondió que no ha sufrido agresiones de parte de la población.

## **5. Doble presencia**

Respecto de la carga horaria vinculada al trabajo por fuera del ámbito laboral, se buscó indagar qué porcentaje de las/os encuestadas/os continúan con tareas luego de finalizado el horario laboral. En este sentido, el 76% respondió que contesta mensajes por fuera de la jornada laboral, entre los que se incluyen mails, llamados y mensajes de Whatsapp. Asimismo, el 51% realiza distintas tareas vinculadas al proceso de trabajo, entre las que se contemplan informes, crónicas, comunicaciones, entre otras. En este sentido, siguiendo a Castrogiovanni, et al. (2015), estamos frente a lo que podría entenderse como un proceso de precarización de la vida: “(...) la precariedad no caracterizaría únicamente situaciones laborales, sino que lo que aparece como precario, hoy, es la vida misma, que se subsume al mundo del trabajo” (s/d). Esta forma de precariedad alude al momento en que el trabajo, buscando volverse más productivo, se incorpora al tiempo de “no trabajo”. Esta precariedad implica, entre otros aspectos, la hiperactividad, la simultaneidad, la inestabilidad y el agotamiento afectivo o explotación emocional, como resultado de la necesidad de encontrarse permanentemente disponibles, lo que tienden a borrar las fronteras entre el momento de trabajo y el de la vida personal.

Se entiende que existe además una sobrecarga mayor si se contemplan los datos respecto de la responsabilidad sobre el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, considerando que el 92% de lxs respondentes dijo ocuparse o bien de la totalidad del trabajo doméstico y de cuidados (42%) o de la mitad del mismo (49%).

Al borrarse, de algún modo, las fronteras entre el tiempo de trabajo y la vida se trasladan los padecimientos anteriormente mencionados al ámbito extra laboral en términos de tensión, malestar, ansiedad que produce la exigencia de resolución de tareas. He aquí una fuente adicional de “riesgos” para la salud de las/os colegas.

## **6. Reconocimiento por el trabajo**

En cuanto a la dimensión del reconocimiento por el trabajo, se indagó acerca de la percepción de dicho reconocimiento por parte de la población usuaria, de las autoridades o figuras de conducción de los equipos y de las/os compañeras/os de trabajo.

En este sentido, se identifica un contraste entre el reconocimiento por parte de la población (74% entre siempre y muchas veces) y el ejercido por las autoridades o responsables (29% entre siempre y muchas veces). Respecto del reconocimiento por parte de las/os compañeras/os de trabajo, se respondió afirmativamente en un 40%, entre siempre y muchas veces. Este valor se relaciona bastante con el obtenido al indagar sobre la realización de trabajo en equipo (44%). Mientras que el 14% que no registra este apoyo podría vincularse con las dificultades para el mismo y, por lo tanto, el desconocimiento del trabajo realizado por los pares, como para brindar dicho reconocimiento.

Por último, el 30% respondió que en sentido general el reconocimiento recibido le resulta adecuado, considerando el trabajo y esfuerzo realizados. Considerando que este valor se asimila más al porcentaje que arroja el reconocimiento de autoridades que al de la población, nos preguntamos si lo

que determina lo “adecuado” es que el reconocimiento provenga de una jerarquía superior.

## **Consideraciones finales**

En este último apartado presentaremos los resultados de las opiniones brindadas por las personas que participaron en la encuesta en el apartado “Observaciones”. Se trata de una pregunta abierta en la que las/os colegas expresaron inquietudes preocupaciones y sugerencias para futuros relevamientos.

Algunas personas indicaron la necesidad de relevar la incidencia en los procesos de salud laboral, de la situación de algunos empleos en los que no se asignan o se asignan muy pocas tareas a la/el profesional. Entendemos que esto es compatible con lo expresado anteriormente de un proceso de reconversión de funciones de algunos Ministerios. Como parte de ese proceso algunos programas se encuentran desfinanciados, sin metas u objetivos concretos de trabajo y por lo tanto las colegas no tienen posibilidad de desempeñar su trabajo. Esta situación conlleva una alta carga de padecimiento subjetivo al plantearse el sinsentido del cumplimiento del horario sin objetivo alguno o cumpliendo trabajo no profesional, centralmente ligado a tareas administrativas.

Otras colegas destacaron la necesidad de analizar las condiciones de infraestructura, los problemas edilicios, de falta de espacio, de falta de ambiente adecuado de trabajo. Este aspecto no fue tomado en cuenta a la hora de las encuestas individuales porque forman parte del instrumento grupal de recolección de datos que se aplica de modo colectivo en cada lugar de trabajo. Dentro del mismo se desagregan los distintos riesgos físico - químicos, biológicos y los correspondientes a las instalaciones. Resulta significativo que varias colegas hayan destacado el problema de la infraestructura, dado que gran parte del colectivo profesional desarrolla sus tareas en edificios inadecuados. La precariedad de las

instalaciones redunda muchas veces en dificultades para el ejercicio profesional. Algunas situaciones están vinculadas a: problemas de espacio, escasez de recursos informáticos, falta de espacios que preserven la intimidad de las entrevistas, problemas de humedad, edificios deteriorados, inadecuada o inexistente provisión de agua potable y/o segura, etc.

También se hace referencia a la cantidad de horas que se ocupa en el viaje hacia el trabajo. Una colega comenta que ocupa cuatro horas de viaje para ir y volver del trabajo, lo que sumado a las 8 horas de carga laboral redunda en jornadas de 12 horas. A esta realidad habría que sumarle el mal estado del transporte público y las posibilidades de problemáticas de salud devenidas de esto. Estas problemáticas son consideradas dentro de la legislación como “in itinere” y deben ser consideradas como dentro de la salud laboral.

Otros comentarios destacan la problemática de la falta de incorporación de profesionales de la disciplina lo que redunda en una sobre carga de trabajo para las personas que quedan. Esto tiene un alto costo en términos de desgaste laboral para quienes se encuentran saturados de demandas y exigencias de trabajo. Una colega expresa que en la institución hace 15 años que no se nombran trabajadores/as sociales y que muchas tareas recaen en trabajadores/as sin formación específica. Esto conlleva un deterioro en el servicio que se le brinda a la población.

También hay situaciones en las que se refieren problemáticas de salud ligadas a eventos traumáticos vividos en el contexto de trabajo como inundaciones o incendios. Esto deja marcas que se traducen en problemas para conciliar el sueño y otros padecimientos de salud mental. Asimismo se considera una fuente de riesgo para la salud el no respeto a las incumbencias profesionales.

Otro aspecto que influye en la salud se encuentra asociado a la exigencia de sostener más de un trabajo. Se plantea la imposibilidad de contar con tiempo suficiente para ocuparse

de la familia y disponer de tiempo libre necesario para recuperar las energías ante los procesos de desgaste laboral.

Ligado al tipo de trabajo y a la sobre carga de tareas y exigencias devenidas del mismo algunas observaciones plantean la necesidad de contar con regímenes especiales de jubilación, que suponga la posibilidad de retiro antes de la edad exigida por la ley.

Por último, algunos comentarios destacan la importancia de contar con la posibilidad de abordar nuestros procesos de salud enfermedad atención cuidado como parte del proceso de debate de nuestras condiciones de trabajo.

Finalmente debemos destacar que el trabajo social es un colectivo altamente feminizado, y eso en combinación con que nuestro quehacer profesional se vincula a la defensa de los derechos humanos, nos pone muy cercanas a la problematización de la realidad desde una perspectiva de género. Desde ese lugar, las trabajadoras sociales venimos siendo protagonistas de luchas por la democratización de la sociedad que en algunas cuestiones implican la revalorización de saberes denostados desde la ciencia tradicional, de mirada androcéntrica, y las tecnologías de producción de bienes y servicios que se desprenden de ella. La defensa del acceso a servicios públicos de calidad tiene a mujeres como protagonistas en tanto la retirada del Estado y la responsabilización a las familias por la resolución de necesidades elementales suele recaer especialmente en nosotras.

Los datos y consideraciones que hemos volcado en este informe tienen por objetivo hacer visible nuestro malestar y padecimientos en el trabajo, no solamente buscando encontrar medidas y mecanismos “compensatorios”, sino para realizar el esfuerzo de una problematización mayor. Entendiendo que nuestro proceso de trabajo se realiza en el marco de relaciones sociales que buscan perpetuar los modos injustos y aberrantes de un sistema social, pretendemos que, al reconocer el carácter social de nuestros padecimientos, intentemos buscar respuestas estructurales que a partir de nuestra propia orga-

nización colectiva empalmen con los procesos de lucha por la emancipación humana. Procesos que otorguen al trabajo otro carácter ya no como fuente de sufrimiento sino como fuente de realización personal y colectiva.

## Bibliografía

- Aloe, M.; Bajarlía, C.; Battistessa, O.; Lorenzo, C.; Martínez, O.; Matusevicius, J.; Scelzo, N. (2017). La salud laboral en el proceso de trabajo de las/os trabajadoras/es sociales. En *Discusiones sobre proceso de trabajo, empleo estatal y salud laboral de trabajadoras/es sociales*. Colección Página Abierta. Editado por el Consejo Profesional de Trabajadoras/es Sociales de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Bajarlía, C.; Castrogiovanni, N.; Cunzolo, V.; Polanco, N.; Simonotto, E.; Viedma, G. (2015). *Discusiones sobre procesos de trabajo de trabajadores/as sociales en el marco de la precariedad laboral*. Colección Página Abierta. Editado por el Consejo Profesional de Trabajadoras/es Sociales de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Damiano, F. (2018). *La Doble Moral en Acción. La disputa social del cuerpo*. Editorial Monadanomada. Buenos Aires.
- Dejours, C. (2001). *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Ed. Lumen – Humanitas. Buenos Aires.
- Dejours, C. (2013). *El trabajo y la salud mental*. Conferencia dictada en Buenos Aires.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud*. Catálogo Editorial. Buenos Aires.
- ISTAS. (2011). *Ajustes de plantilla, exposición a riesgos psicosociales y salud*. Ed. ISTAS CCOO. Madrid.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación. (2017). *Consumo de Psicofármacos. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires. Disponible en [http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/PsicofrmacosZ2017Z3010\\_1.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/PsicofrmacosZ2017Z3010_1.pdf)

# La salud es un derecho, no un bien de mercado

CICOP

## **Ante los anuncios del Gobierno COMUNICADO DE CICOP**

Una nueva embestida contra la malherida Salud Pública está en curso. No satisfecho con los avances ya definidos sobre los sectores más vulnerables, el gobierno de Macri se apresta a dar un nuevo paso. Tras la máscara de una “cobertura universal”, se pretende una estratificación de la población en donde quienes más tienen acceden a los mejores servicios mientras los más pobres, con su carnet de pobreza asegurado, mendigan las migajas de lo que queda en el sistema público, habilitando mecanismos hacia la autogestión y el arancelamiento en los establecimientos públicos de salud.

La idea no es nueva. Un sinnúmero de intentos en la misma línea se han esbozado sin éxito en los últimos años. Mucho tuvimos que ver los trabajadores organizados en conjunto con amplios sectores de la comunidad en el fracaso de tal empresa.

Ahora vuelven a la carga poniendo a disposición de sus aliados cegetistas, transformados definitivamente en aplaudidores seriales, varios miles de millones a través de, al menos, dos vías: una supuesta deuda histórica con las Obras Sociales sindicales y una amplia disponibilidad para sus eventuales planes de prevención e infraestructura propia, intentando poner coto a la conflictividad en curso y asegurándose la paz social y la gobernabilidad tan ansiada para sus intereses.

La frutilla del postre es, sin dudas, el monto que se destina a la especulación a través de una inversión en bonos del Tesoro Nacional con lo que, a partir de los intereses ganados, se proponen cubrir algunas otras prestaciones. Toda una definición.

CICOP, el gremio de los Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, vuelve a pronunciarse a favor de un sistema único de salud financiado por rentas generales, con una modificación sustancial del regresivo esquema tributario actual. Será la única forma de sostener en serio una Salud Pública universal, gratuita y de calidad para todos los habitantes de nuestro país. Cualquier otra decisión seguirá siendo una nueva oportunidad para que saquen ventaja los mismos de siempre.

***Consejo Directivo Provincial de CICOP***

8 de agosto de 2016

# Saber y Poder Popular en la conquista del Derecho a la Salud y la Vida Transformación social para el vivir bien<sup>1</sup>

ALAMES

## **Declaración Pública**

Los y las participantes en el XV Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, reunidos en La Paz, Estado Plurinacional de Bolivia, entre los días 24 y 26 de octubre de 2018, presentamos a los pueblos del mundo, y en especial a nuestros hermanos del Abya Yala, las siguientes consideraciones y propuestas, como un aporte a la comprensión y superación de la compleja situación actual de la salud en el continente y el mundo.

1. América Latina está viviendo una recomposición del proyecto neoliberal de la mano de fuerzas propietarias, conservadoras, machistas y autoritarias, después del intento por frenar su predominio a través de la movilización sociopolítica que condujo a los llamados gobiernos progresistas. Las di-

---

<sup>1</sup> XV Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva - Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva -ALAMES

námicas nacionales y regionales de estas experiencias fueron diferentes, debido a la correlación de fuerzas en cada país, en medio de las presiones de la geopolítica del capitalismo contemporáneo que está recomponiendo sus estrategias y conflictos de expansión. En la mayoría de los casos, los programas redistributivos no garantizaron un vínculo profundo entre la sociedad y el proyecto político transformador. Por el contrario, las decisiones abrieron espacios a una oposición recalcitrante que fue ganando terreno, mientras permanecía la dependencia de la economía extractivista.

2. El pueblo boliviano, bajo la conducción del hermano presidente Evo Morales, es y sigue siendo la experiencia más sólida de construcción de una sociedad soberana y plurinacional. Agradecemos sus enseñanzas y apoyamos su proceso de consolidación. Saludamos y expresamos nuestro respaldo al triunfo del pueblo mexicano con la elección del presidente Andrés Manuel López Obrador para el próximo período de gobierno.

3. La aspiración del derecho fundamental a la salud, como un derecho universal y social, ha sido amenazada por el proyecto neoliberal de manera profunda y grave. Este proyecto no es sólo una política. Implica una visión de la sociedad que se articula a cambios profundos en la economía, la política, el orden jurídico y las subjetividades. Conceptos y valores del horizonte crítico del campo político, como derecho, universalidad, equidad, cobertura, atención primaria en salud, entre otros, han sido cooptados y transformados por la ideología neoliberal individualista, disfrazada de ciencia económica neoclásica. Con base en lo anterior, rechazamos la Declaración de Astana, que conmemora los 40 años de la Declaración de Alma Ata, distorsionando su sentido estratégico para la garantía del derecho a la salud.

4. La agenda de reformas del Estado y de los sistemas de salud se ha depurado y ha llevado a consolidar una perspectiva de la salud como la atención de enfermedades, a través del consumo desahogado de bienes y servicios producidos por el complejo médico industrial, en el marco del capitalismo cognitivo. Este nuevo

modo de acumulación y explotación expropia a las comunidades del bien común del conocimiento por medio de la propiedad intelectual, somete la formación y la investigación en salud a sus intereses y acumula capital como nunca antes en el sector de la atención médica, a costa del dolor y el sufrimiento de la gente.

5. La llamada “cobertura universal en salud” (CUS), impulsada por los organismos internacionales como la política global para la “protección financiera frente a los altos costos de la atención en salud”, en especial de los pobres, es el caballo de troya para la mercantilización de la atención en salud a través de diferentes paquetes de aseguramiento según capacidad de pago. Esta propuesta transfiere recursos públicos al sector privado para la acumulación de capital, reproduce la inequidad social acumulada y desprecia los saberes ancestrales.

6. Desde la recuperación de los valores de la solidaridad, la universalidad y el reconocimiento de la diversidad, promovemos la construcción social y política de “sistemas universales de salud”, de naturaleza pública, diversa, territorial, intercultural, democrática, desmercantilizada, sin intermediación alguna y sin barreras económicas, geográficas, culturales y políticas frente a la necesidad y al sufrimiento, basado en el cuidado integral de la vida humana y no humana, y articulado a los saberes ancestrales en la construcción de un nuevo proyecto civilizatorio. Saludamos y apoyamos la decisión del gobierno del hermano presidente Evo Morales de crear el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito, como medio estratégico para avanzar en este horizonte de sentido.

7. En la agenda de lucha por la salud y la vida es fundamental ubicar en el centro la confrontación decidida contra el modelo extractivista, minero-energético y agroindustrial, núcleo de la división internacional del trabajo en el capitalismo contemporáneo, generador de enfermedad y muerte, y aniquilador de la vida planetaria.

8. En la construcción de un proyecto civilizatorio alternativo al capitalismo depredador, autoritario y concentrador de

riqueza, aparece la potencia del planteamiento ancestral del “Buen Vivir/Vivir Bien” y sus múltiples expresiones de los pueblos originarios. Esta visión de la interdependencia entre los seres humanos y los demás seres de la naturaleza no sólo interpela la manera colonial, patriarcal y capitalista de vivir, sino que exige transformaciones cotidianas profundas en nuestra manera de ser, conocer y estar en el mundo, apenas exploradas.

9. La larga lucha feminista por superar las relaciones de poder de género, cada vez más violentas y funcionales a la explotación y la acumulación, desde su profunda comprensión relacional e interdependiente de la vida, del cuidado de la tierra, el agua y el cuerpo, dialoga y complementa los saberes ancestrales del Buen Vivir/Vivir Bien, y exige cambios profundos y militantes de los hombres, en la medida en que la estructura patriarcal se liga históricamente con el colonialismo, el racismo y el capitalismo depredador.

10. Desde la experiencia acumulada en las luchas de género, de clase y de etnia por los territorios diversos, por la emancipación y por la vida en general, junto con una práctica académica crítica y comprometida, es posible construir un poder popular autónomo y un nuevo sujeto político social diverso, en ejercicio pleno del poder constituyente y contrahegemonico, que contribuya a la realización del derecho a la salud y a la vida, no sólo humana sino de la naturaleza como un todo, en el marco de un nuevo proyecto civilizatorio. ¡La esperanza se sostiene en nuestro poder de transformación!

*La Paz, Estado Plurinacional de Bolivia,  
26 de octubre de 2018*