Trabajos finales : Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO. Cohorte Argentina 2020/2021	Titulo
GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO - Compilador/a o Editor/a; IDEPSalud ATE Argentina - Compilador/a o Editor/a;	Autor(es)
	Lugar
Instituto de Estudios y Formación CTA Idep Salud	Editorial/Editor
2021	Fecha
	Colección
Soberanía; Política de salud; Salud; América Latina;	Temas
Doc. de trabajo / Informes	Tipo de documento
"http://biblioteca.clacso.org/clacso/gt/20211013120101/TrabajosFinales-NucleoArgentinaGT2020.pdf"	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
http://biblioteca.clacso.org

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)
Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)
www.clacso.org

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
CLACSO
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria
CLACSO

COHORTE ARGENTINA 2020/2021

Trabajos finales

CLACSO
Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

GRUPO DE TRABAJO
SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA

idep SALUD

INSTITUTO de ESTUDIOS y FORMACIÓN CTA

GT SALUD INTERNACIONAL Y SOBERANÍA SANITARIA CLACSO

Coordinación Regional:

Marinilda Rivera Díaz (Escuela Salud Pública Universidad Puerto Rico)

Gonzalo Basile (Dir. Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana)

Coordinación Núcleo Argentina:

Daniel Godoy IDEPSALUD ATE ARGENTINA/IEF CTA AUTONOMA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Coordinación técnica: Gina Chechele

Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria

Coordinación académica: Gonzalo Basile (RD); Marinilda Rivera (Puerto Rico); Daniel Godoy (Argentina)

Equipo Docente/tutores:

Manuel Espinel; Tania Pierre Charles; Antonio Hernández; Oscar Feo y Karen Correa.

IDEPSALUD ATE ARGENTINA

Secretario General: Hugo Cachorro Godoy

Secretario General adjunto: Rodolfo Aguiar

Director IDEPSALUD: Daniel Godoy

CLACSO

Secretaria Ejecutiva: Karina Batthyány

Director de Formación: Nicolás Arata

Coordinador del Espacio de Formación Virtual: Alejandro Gambina

Diseño y maquetación: Sofía Goñi - Cecilia Fernández Lisso

PROLOGO

Por Daniel Godoy

El material que aquí presentamos, contiene infinidad de riquezas que lo hacen imperdible. Por un lado, es un espaldarazo y ratificación de una articulación tan esforzada como fructifera entre nuestro Sindicato y nuestro Instituto de Estudios IDEPSALUD y la CLACSO. Hemos decidido hacer confluir logisticas, procesos, personas y visiones, entre la Organización mas representativa de Trabajadoras y Trabajadores organizados en el sector Salud en la Argentina (la ASOCIACION TRABJADORES DEL ESTADO), y la entidad quizá mas evocativa del Pensamiento Crítico de Latinoamérica y el Caribe (CLACSO).

Un acople de alta representación simbólica, porque las representaciones de las organizaciones del trabajo y las organizaciones de la Academia son parte de una síntesis, de una sinergia necesaria en el campo nacional y popular de nuestra América y el Caribe, entre enclaves del saber, de la resistencia, del conocimiento y, sobre todo, de una vocación persistente de seguir creyendo en un horizonte mejor para nuestros pueblos.

Objetiva además, uno de los espacios más disruptivos de la región en materia de producción teórica del Nuevo Pensamiento Socio Sanitario, tal como es el Grupo de Trabajo de Soberanía Sanitaria y Salud Internacional de CLACSO que coordinan Gonzalo Basile (argentino radicado en Republica Dominicana) y Marinilda Rivera Díaz (Puerto Rico). Probablemente junto con los aportes de ALAMES, han sido y son las usinas de opinion, pensamiento y militancia sanitaria que le dan identidad y referencia al Movimiento Sanitario de la Región.

El Diploma Superior que hemos desarrollado y que ya va por su 4ta edición (antes Curso, ahora Diploma Superior), es un fabuloso proceso de Formación especializada en Gestión y Políticas públicas en el campo de la Salud Internacional en un marco conceptual y metodológico de geopolítica Sur-Sur, decolonialidad, feminista y soberanía sanitaria. Un pool de docentes y tutores han prestigiado y contruido un ámbito dialogico y participativo con lxs cursantes.

La gestión del IDEPSALUD a través de becas de inscripción ha posibilitado que de los

más de 350 cursantes del Diploma, la mitad de ellxs fueran de Argentina, de la mayoría de las provincias del país, de los ambitos de trabajo y de Organizaciones Sociales. Por último, las y los compañerxs cursantes, han desplegado un gran esfuerzo por compartir y una voluntad por sostener el proceso pedagógico digno de destacar.

Aquí recopilamos buena parte de la producción de los Trabajos Finales Obligatorios y acreditantes de la cohorte 2020/21, un verdadero muestrario de ese proceso, y un justificado reconocimiento a nuestrxs cursantes de Argentina.

Los viejos y nuevos debates que se despliegan en Argentina acerca de la Reconstrucción del Sistema de Salud post reforma neoliberal de los 90, y también post pandemia, necesita de mas y mejores voces. Es imprescindible democratizar y des cartelizar el paisaje de opiniones y visiones acerca de ese horizonte, y ninguna producción teórica será posible materializarla sin una confluencia conciente y activa que redunde en un nuevo sujeto politico que represente el campo sanitario nacional y popular.

Acá un aporte.

Daniel Godoy
Director IDEPSALUD
ATE ARGENTINA

PROLOGO

Por Gonzalo Basile[1]

El nacimiento de una plataforma regional de formación de posgrado en "*Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria*" es un proceso académico construido por el Grupo de Trabajo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO desde un diverso entramado y redes de cooperación interinstitucional del pensamiento crítico latinoamericano caribeño de Salud desde el Sur.

Un espacio de formación e investigación-acción donde ya transitaron en tres años y medio más de 800 cursantes de todos los países de América Latina y el Caribe.

Este proceso surge a partir de la necesidad de gestar una nueva plataforma de formación, estudio y enseñanza critica en el campo de la investigación y acción geopolítica de la Salud desde el Sur.

Partiendo del desafío de construir una nueva epistemología de la Salud Internacional desde el Sur global, donde se modifique la unidad de análisis centrándola en el Sistema Mundo y los estudios sobre las Determinaciones internacionales de la Salud, la Dependencia y Soberanía Sanitaria, una epidemiología crítica internacional, lo decolonial en su vinculación con Salud como asunto geopolítico (Basile, 2018).

Este espacio público regional de formación entonces desde sus orígenes produjo un encuentro, una confluencia de *diversalidades* en las trayectorias y experiencias de *saber-hacer*: investigadores quienes trabajan en producción de conocimiento desde la academia y están en nuevas búsquedas de marco teórico-metodológico-técnicas o el acercamiento a innovaciones de la teoría crítica en salud en el siglo XXI; que se entrelazan con las capacidades de producción de conocimiento de quienes participan desde la acción de los movimientos y organizaciones sociales, sindicales, de trabajadores de la salud, de mujeres, de naciones indígenas-originarias; y a su vez desde quienes desde la técnica de gestión y gobierno de lo público expresan en gobiernos locales, subnacionales, nacionales o de gestión de instituciones de la sociedad civil también transitan procesos de *pensar-hacer* desde el Sur.

---

1 gbasile@flacso.org.do - *Coordinador académico del Posgrado de Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. Es director del programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana y Coordinador del GT de Salud Internacional de CLACSO.*

La recuperación de una dialéctica entre el campo de conocimiento, campo de gestión/gobierno y campo de acción donde el proceso pedagógico transita que *todo conocer es hacer, y todo hacer es conocer*.

Esta propuesta pedagógica se nutre en primer lugar de rupturas epistémicas, de paradigma, de revisiones teóricas, metodológicas y técnicas. En *indisciplinar* al conocimiento en Salud Internacional hacia un giro decolonial de las corrientes de Salud Internacional Panamericana y Salud Global liberal como matrices del mismo entramado de geopolítica de poder y conocimiento sanitario del sistema mundo contemporáneo en sus diversas etapas del capitalismo global: colonial, desarrollista-industrial y líquido financiero extractivo.

Traer al campo del pensamiento crítico latinoamericano en salud en el siglo XXI la importancia de mirar de un nuevo modo no sólo como funciona el mundo en que vivimos, sino cómo hemos llegado a pensar y comprender acerca de ese mundo. Comprender y estudiar los modos en los que hemos pensado que conocíamos el mundo, también implica los modos en que hemos pensado y creíamos conocer la Salud como asunto geopolítico, decolonial y de soberanía sanitaria regional.

Sin duda la enseñanza, estudios y formación que reciben nuestras academias, gestores de diplomacias sanitarias públicas como múltiples actores del campo sanitario están atravesados en gran medida por lentes epistémicos en general del Norte global. Lo cual implica que todo el tiempo nos genera ser *administradores* de marcos teóricos e instrumentales del Norte global o en reproductores de una Salud Internacional en su versión *panamericana clásica* o del *latinoamericanismo médico desarrollista* y desde la *salud global liberal*.

Ambas matrices se transformaron en aparatos de reproducción de una geopolítica de poder del Sistema mundo actual. Un sistema mundo asimétrico, desigual, que reproduce Centro-Periferia, que determina colonialidad y dependencia sanitaria, aceleración deshumanizante, y cada vez deja menos espacios para la salud y la vida.

Desde un punto de vista *decolonial* es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemoniza la salud pública internacional en territorio latinoamericano y caribeño desde fines del siglo XIX y durante todo el XX con impactos también en las diplomacias y tecnocracias sanitarias. Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante en la región de *las Américas* como un todo uniforme y a repetición -siempre con la centralidad de Washington- no pueden comprenderse sin esta matriz panamericana sanitaria de por medio (Basile, 2020).

Esta experiencia de posgrado también implica construir prácticas de *red*. Red académica y de política sanitaria, de vínculos e historias que van conformando nuevas tramas institucionales entre centros de estudio y universidades, instituciones y movimientos sociales,

incluyendo nuevos espacios de centralidad para la implicación de núcleos País de investigadores/as y salubristas críticos del siglo XXI que asumen la necesidad del giro decolonial en salud, que problematizan la refundación de los sistema sanitarios, que territorializan nuevas cartografías sociales de soberanía sanitaria regional más allá de la unidad del Estado-Nación, que producen una nueva epidemiología crítica, que leen y comprenden el obsoleto andamiaje de enfermología internacional, la gubermentalidad y las fronteras, que discute los impotentes resultados de una salud pública funcionalizada al control de Estado en el sentido panamericano-latinoamericanista que a subsumido al pensamiento crítico de la Salud desde el Sur a una lógica de subordinación, colonialidad, dependencia, asimetrías de poder a los mandatos globales de la salud.

Este espacio pedagógico estructurado desde CLACSO, busca salirse de los discursos y narrativas *monologales* (de monólogos) y de la educación *capacitista* de competencias cuasi de administración de enlatados, transitando hacia espacios más *dialógicos* de formación donde comprender, convencer, problematizar, y con paciencia tejer el desencadenar de preguntas, dudas, necesidades téóricas-metodológicas-técnicas asumiendo un pensamiento complejo en salud. Esto implica salir de los sofistas de los dilemas que reproducen sistemas argumentales dilemáticos cerrados, pero que muchas veces terminan siendo un significante vacío pedagógico.

Lo dialógico no impone, no manipula, no dicotomiza ni esloganiza, no trata de transferir conocimientos sino de crear posibilidades de problematizar para una nueva producción de conocimiento-acción sanitaria nacido desde el Sur. Encontrar(nos) nuestra propia voz y lentes epistémicos, para no ser hablados y pensados por Otros&as.

La obsesión en las academias del Norte global por la educación por competencias, la lógica instrumental y utilitarista del saber también atraviesa el campo de la salud internacional donde las vertientes tanto de panamericanismo sanitario como de la salud global tuvieron y aún tienen impactos claves en las estructuras de conocimientos (universidades, centros), de la gestión y de políticas, engranajes que se anidan en los marcos teóricos, en metodologías de gestión y gobierno, en formas de políticas desarrollista en salud.

Todo este proceso de formación-acción desde la red académica del GT de Salud Internacional de CLACSO, se asume *desde prácticas de enseñanza a partir de la posicionalidad y transicionalidad*. Esto implica que, incluso al enseñar el canon epistémico hegemónico, se revela siempre la ubicación geopolítica del conocimiento. Es decir, este programa de especialización incluso en el diseño, el conocimiento siempre se enseña de una manera situada, permitiendo a las y los estudiantes reconocer la geo-genealogía a la que están expuestos y en la que están siendo formados, en lugar de asumir una posición abstracta de universalidad, de objetividad.

A través de este proceso pedagógico las y los estudiantes buscan ser involucrados cuando se expone a prácticas de conocimiento que revelan su posición geohistoria, geocultural. Durante toda la cursada se implementan prácticas epistémicas de *posicionalidad* planteando realizar un tránsito desde formas cerradas de experiencias, teorías y metodologías a formas abiertas de experiencias, teorías y metodologías, es decir, en una *transicionalidad* desde una reproducción de formas conocimientos que se presentan a sí mismos como ahistóricos, instrumentales y universalmente válidos a formas humildes, complejas y abiertas de experiencia que revelan y hacen del lugar de su conocimiento una parte integral de su hacer. Una práctica pedagógica que apuesta por posicionar sus prácticas de conocimiento es una práctica que revela las condiciones interseccionales de la producción del conocimiento y que muestra de manera inequívoca cómo los ejes de diferenciación por raza, clase y género siguen siendo fundamentales para establecer el canon dominante hegemónico de conocimiento y, al mismo tiempo, cómo este canon es esencialmente reproductor de una matriz teórico-metodológica que aún se reproduce en el proceso de diseño de políticas de Salud Internacional, de sistemas y políticas de salud, en las interacciones entre Sociedad y Estado, en las deudas polifónicas con la salud colectiva y los perfiles epidemiológicos en América Latina y el Caribe.

Todas y todos venimos (de)formados y atravesados por un tipo de ciencia que es una forma de conocimiento que se *autopercibe* como única, universal, positiva, normativa. Es la producción de conocimiento científico occidental que en el campo sanitario se reproduce en la biomedicina, en la salud pública funcionalista, en lo médico-social desarrollista como en la salud internacional panamericana y salud global.

Volver a plantearnos grandes interrogantes y preguntas en la formación de Salud Internacional, no implica asimilar respuestas cada vez más débiles o sólo adjetivaciones de las teorías dominantes como diría Boaventura de Sousa Santos (2011) en una creciente pérdida de sustantivos de la teoría crítica (en salud).

Abrir a preguntarnos ¿Qué significa hacer Ciencia crítica en Salud desde el Sur en el siglo XXI? ¿Qué significa pensar desde el Sur? Asumir un lado activo del conocimiento crítico transformándose en sujetos epistemológicos como actores, agentes en acción, vectores de transformación partiendo de:

- *Comprender y asumir las ciencias de la complejidad en el campo de la salud, y en especial la salud internacional*
- *Comprender e incorporar la transdisciplinariedad y las epistemologías del Sur*
- *Comprender, asumir y desarrollar el pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur*

Claro, aún padecemos una dramática colonización intelectual que se lleva adelante especialmente en el campo de las ciencias de la salud: América Latina y el Caribe deja de ser el lugar donde se producen teorías, para continuar siendo el lugar que se estudia, que se administra e implementan teorías, metodologías, técnicas, políticas, agenda y mandatos de salud global y panamericanismo. Esto ocurre en nuestras teorías y políticas sanitarias, en nuestra epidemiología, en el diseño de los sistemas sanitarios, en la comprensión de las determinaciones internacionales de la salud, en la salud y lo geopolítico, entre otros ejes claves.

Pensar la Salud desde el Sur no basta con mirar solo hacia y desde Latinoamérica y el Caribe, sino que hace falta trascender el pensamiento, teorías, metodologías, técnicas y las bases eurocéntricas panamericanas, porque en ese *marco categorial e instrumental* se esconde y se oculta aquello que justifica las razones de la inferiorización, de la dependencia, de marcos de formación basados en considerar como "nuestros" horizontes de transformación los lentes epistémicos del Norte global. El problema no es *latinoamericanizar* la Salud Internacional, hablando con teorías, metodologías-técnicas o agendas y políticas eurocentradas.

Pensar, estudiar, investigar, producir conocimiento de una Salud desde el Sur implica reconfigurar y construir nuevas bases teóricas, metodológicas, técnicas y epistémicas. Partimos de la necesidad teórica, la necesidad metodológica, la necesidad técnica, y la necesidad epistémica. Con una coherencia práctica.

Dicho de otro modo, para comprender la especificidad de nuestros problemas de una Salud Internacional Sur Sur y Soberanía Sanitaria hay múltiples puntos de partida, pero es imprescindible deconstruir o destruir -o sea desmontar, desarmar, paso a paso, lógico-conceptualmente- el marco categorial moderno eurocéntrico panamericano y buscar promover la construcción de otros marcos categoricales «desde» el que se pueda repensarse con rigor y en profundidad nuestros problemas de la Salud desde el Sur.

Producir territorios y territorialización de soberanía sanitaria regional, no sólo implica mayores grados de autonomía como unidades de Estado-Nación y sociedades nacionales. No alcanza con soberanías nacionales.

No basta con considerar la autonomía como un movimiento *desde adentro y hacia dentro* (Fronteras /Estados-Nación). Emprender una estrategia *autonomizante* con discursos, técnicas y practicas nacionales puede producir algún grado autonomía esporádica mientras existan alguna permisibilidad internacional del sistema mundo, pero siempre aparecen nudos de viabilidad a mediano y largo plazo. Se termina en frecuentes aislamientos, bloqueos y disciplinamiento de lo global hacia lo local.

Por eso la apuesta y aproximación formativa configura tres movimientos y flujos de Soberanía Sanitaria:

- Primero, problematizar, estudiar, comprender y deconstruir los condicionantes, adversidades, dependencias para la salud desde el Sur en clave teórico-conceptual decolonial y técnico-metodológica a nivel territorial, local, nacional y regional.
- Segundo, hacer visible las dependencias sanitarias consentidas y satélites, sus formas diplomáticas, su formas gubernamentales y académicas, sus mecanismos de reproducción y perenización.
- Tercero, profundizar las bases teórico y técnico-políticas para la construcción de espacios de autonomía regional (márgenes de maniobra) que se define como soberanía sanitaria regional.

Así a partir de los desafíos, avances, articulaciones e innovaciones de este proceso de formación-acción en Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, tenemos el privilegio de contar con esta publicación que compila artículos monográficos de Trabajos Finales del Núcleo de República Argentina de las y los egresados del posgrado de Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO, que sin duda no sólo nos alegra, sino que nos interpela, nos moviliza, nos conmueve a continuar potenciando espacios públicos abiertos de encuentro y construcción de una Salud desde el Sur en toda América Latina y el Caribe.

La publicación de estos trabajos en primer lugar permite materializar espacios de publicación y de divulgación a nuevas voces y autores en este caso en Argentina sobre el campo de Salud Internacional. El pensamiento crítico latinoamericano en salud necesita de más y nuevas voces, autores, investigaciones, artículos, propuestas, articulaciones intergeneracionales de nuestros sueños por la salud y vivir bien.

Encuentran aquí interesantes trabajos que muestran elaboraciones descriptivo-comprensivas sobre la crisis epidemiológica del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe como un espacio del capitalismo mundialmente periférico dependiente con sus intersecciones críticas sanitarias, permiten también observar y estudiar los impactos de una geopolítica de poder y conocimiento epidemiológico activado como verdad totalizante en el afrontamiento de la pandemia global de SARS-CoV-2 en una dinámica nacional y regional durante el 2020.

Definitivamente entonces, invitarles a disfrutar y conocer a cada autor/a y felicitarles por esta publicación “desde el Sur”.

Como dice Fanon "*el nuevo día que ya se apunta debe encontrarnos firmes, alertas y resueltos*". Agregaría además "*críticxs, descolonizadxs y entrelazadxs*" para continuar tejiendo redes, encuentros, producción de conocimiento del Sur, y especialmente privilegiando abrir más y más espacios a las nuevas voces del pensamiento crítico latinoamericano en salud. De eso se trata: tejer una cartografía de la Salud desde el Sur.

Citas bibliográficas:

Basile, G. (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.

Basile, G. (2020). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En: Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. ISBN 978-84-1352-007-0

De Sousa Santos, B. (2011). Epistemologías del sur. *Utopía y praxis latinoamericana*, *16*(54), 17-39.

Indice

01

La problemática de Chagas desde la mirada de la Salud Internacional Sur Sur: nuevas pistas para un viejo problema|Mariana Sanmartino

02

La enfermedad de Chagas en Argentina un ejemplo de gerencia de la política pública con abordaje neocolonial, expresión del Panamericanismo y la Salud Internacional Global | Rocío Rivero

03

Acceso al tratamiento para Chagas. Dificultades y desafios: el caso de Argentina | Soledad Ceccarelli

04

Una aproximación a la epidemiología crítica del consumo problemático de sustancias psicoactivas desde la mirada de la Soberanía sanitaria y de salud Sur-Sur | Ricardo Gabriel Iufe

05

"El control de la natalidad en el particular caso argentino: un dilema entre la soberanía sanitaria y la soberanía individual"
|Melisa Jazmín Lescano

06

El sistema de salud argentino ante el sars-cov-2 ¿coyuntura crítica hacia la refundación? | Simón Joaquín

07

La domesticidad argentina bajo la pandemia de COVD-19: ¿entre lo nuevo y lo viejo? |
Marcelo Silvio Barrera

08

Salud Colectiva y Soberanía Sanitaria: entre la utopía y la conquista. Notas desde el sur- para la reflexión | Ma. Mercedes Hoffmann – Mariel Susana Varela

09

La vacuna, predecible respuesta reduccionista a un problema complejo | Mauro Nicolás Estravis

10

La participación de las mujeres en las tareas no remuneradas y de cuidados y su impacto en la economía durante la COVID-19, en Argentina | Ana Laura Carbajal de la Fuente

11

¿Quién cuida a lxs que cuidan? Reflexiones acerca del trabajo en el sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires en contexto de emergencia socio sanitaria | Débora Markel

»

12

El trabajar en pandemia en Cuidados Paliativos. Reflexiones desde Trabajo Social | María de los Ángeles Mori

13

Caracterización de la Salud Pública Argentina en general y de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) Dr. Carlos G. Malbrán en particular. Bases para un necesario giro decolonial y latinoamericanista | Javier De Filippo

14

Una aproximación a la relación territorio, sistema agroalimentario industrial y salud en Argentina | María Cecilia Gortari

15

Producción publica de medicamentos en Misiones, Argentina | Juan Pasaman Znacovski

16

La producción publica de medicamentos, el impacto sobre la producción de Misoprostol, como consecuencia de la lucha que ha desarrollado el movimiento de mujeres en Argentina, alcanzando la sanción de la Ley por el aborto seguro, legal y gratuito en diciembre del 2020 | Vanina Verónica Rodríguez

17

Las reformas del Estado en Argentina y su impacto en la implementación de programas sociales: las experiencias del Plan Vida (1994-2000) y el Seguro Público de Salud (2000-2006) en la Provincia de Buenos Aires. | Adriana Villalva

18

Un camino de imposiciones, contadas como derechos: Recorrido de los derechos sexuales y reproductivos | Marcos Sebastián Ojeda

19

Evolución de los Sistemas de Salud en la Argentina | Patricia Alejandra Taritolay

20

Las Tecnologías informáticas aplicadas a la salud en contextos de Pandemia COVID-19 en José C. Paz, Provincia de Buenos Aires, 2020. | Cecilia Saux

21

La política pública en la epidemia de SARS-COV-2 en provincia de Buenos Aires, Argentina, año 2020 | Laura Bojanich

22

Aportes desde la ecología política para la refundación de los sistemas de salud | Gabriel Keppl

Trabajos finales

COHORTE ARGENTINA 2020/2021

01

La problemática de Chagas desde la mirada de la Salud Internacional Sur Sur: nuevas pistas para un viejo problema

| Mariana Sanmartino

Introducción: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos?

Han transcurrido más de 110 años de los primeros trabajos de Carlos Chagas, y la enfermedad que lleva su nombre sigue siendo un problema que afecta a millones de personas. Actualmente, desde la Organización Mundial de la Salud se estima que entre 6 y 7 millones de personas en el mundo son portadoras del *Trypanosoma cruzi* (WHO, 2020), el parásito que causa la enfermedad de Chagas. Esta cifra evidencia una complejidad desde la magnitud que representa pero también desde el hecho de que se estima que solo el 10% de esas personas se saben portadoras de tal parásito, y apenas el 1% de esa población accede a los tratamientos disponibles (Coura y Viñas, 2010).

Desde una perspectiva biomédica, el Chagas[1] ha sido descrito como una enfermedad, causada por el parásito *T. cruzi*, el cual es transmitido a los seres humanos y otros mamíferos por un insecto (conocido, dependiendo del lugar, como "vinchuca", "barbeiro", "kissing bug", "chinche besucona", "chinchorrro", entre otros nombres) y por otras vías como la connatal, oral, transfusional, por trasplante de algunos órganos y, en menor medida, por accidentes de laboratorio. Asimismo, durante décadas, el Chagas ha sido asociado a las poblaciones más desfavorecidas de las zonas rurales y semirurales del continente americano. Sin embargo, hoy más que nunca sabemos que no se trata de una enfermedad "exclusiva" de determinados grupos humanos y contextos geográficos. En la actualidad, es necesario reconocer que nos encontramos frente a un problema verdaderamente complejo que hace tiempo superó las tradicionales fronteras geográficas, culturales, sociales y disciplinarias. De esta manera, se hace necesario atender al hecho de que, más allá de los aspectos biomédicos y epidemiológicos tradicionalmente (y casi exclusivamente) considerados, en las configuraciones actuales (y pasadas) del Chagas convergen intrincados entramados de elementos vinculados a los ámbitos social, cultural, económico, político, ambiental, etc. A más de 110 años del "descubrimiento" de la enfermedad de Chagas, queda en evidencia que el escenario clásico en que fue descrita ha cam-

1 A lo largo de estas páginas haré mayormente referencia a "el Chagas" o la "problemática de Chagas" en lugar de utilizar la denominación tradicional de "enfermedad" o "mal" de Chagas, dado que la mayor parte de quienes tienen serología positiva para T. cruzi no desarrollan "la enfermedad" y que el término "mal" puede contribuir a perpetuar la estigmatización y fomentar la discriminación de las personas portadoras de este parásito (Sanmartino, 2015).

biado y que hoy más que nunca, en un contexto globalizado, debemos superar la dimensión biomédica para mejorar las condiciones de salud de las personas.
Por todo lo expuesto, como propuesta que busca promover una mirada crítica de los abordajes clásicos y hegemónicos de la problemática que nos (pre)ocupa, desde el Grupo ¿De qué hablamos cuando hablamos de Chagas? identificamos cuatro grandes dimensiones para comprender la complejidad de la problemática a partir de la combinación dinámica de los elementos que las constituyen. Estas dimensiones se disponen, metafóricamente en un "rompecabezas caleidoscópico" (Fig. 1), en donde las partes cobran sentido al ser consideradas en mutua dependencia e interrelación dentro del todo, y estas últimas a su vez se ven condicionadas por la o las perspectivas de análisis desde las cuales son observadas (Sanmartino, 2015).

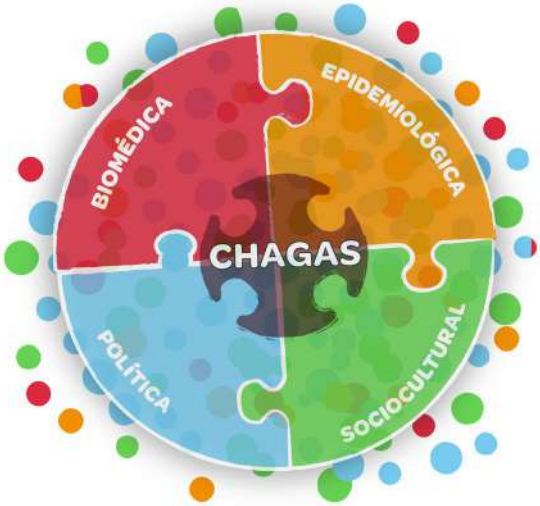
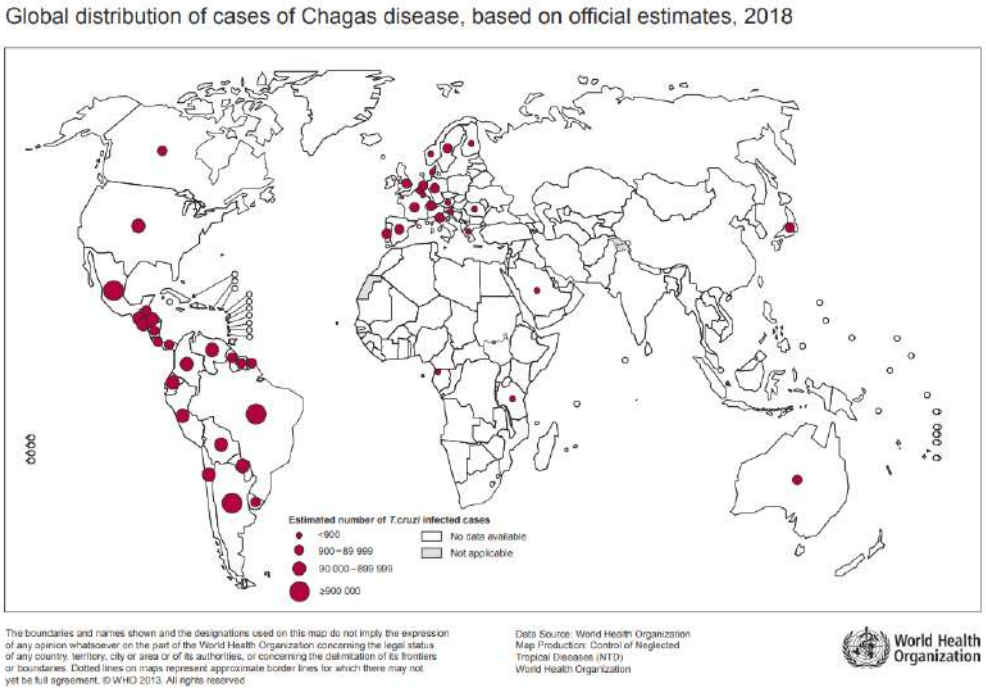


Fig. 1: Representación gráfica de la metáfora del Chagas como "rompecabezas caleidoscópico"
(Ilustración: Ruth Oño, Grupo ¿De qué hablamos cuando hablamos de Chagas?, 2019)

Las relaciones establecidas dentro y entre las dimensiones provocan que, en determinado lugar del planeta, hoy en día emerja la problemática del Chagas con carac-

terísticas particulares, en comparación con otras regiones y momentos históricos. Sintéticamente, estas cuatro dimensiones podrían definirse de la siguiente manera:
-Dimensión biomédica: abarca los aspectos que van desde la biología del agente causal y del vector, hasta las cuestiones médicas relacionadas con la manifestación de la enfermedad, su diagnóstico, tratamiento y las vías de transmisión.
- Dimensión epidemiológica: incluye los elementos que permiten caracterizar la situación a nivel poblacional, a través de parámetros como prevalencia e incidencia, distribución, índices de infestación, entre otros. También se contempla aquí el fenómeno de los crecientes movimientos migratorios que dan forma a las nuevas configuraciones geográficas de la problemática, actualmente presente tanto en todo el continente americano como en países de Europa, Asia, África y Oceanía (Fig. 2).

Fig. 2: Distribución global de casos de Chagas, basada en estimaciones oficiales del año 2018



(Fuente: Organización Mundial de la Salud, https://www.who.int/docs/default-source/ntds/chagas-disease/chagas-2018-cases.pdf)

- Dimensión sociocultural: involucra aspectos relacionados con las cosmovisiones y prácticas culturales de las diferentes personas involucradas, el manejo del ambiente, las particularidades de los contextos rural y urbano, los saberes y las valoraciones sociales (discriminación, estigmatización, entre otras), la diversidad de maneras de entender y enfrentar el cuidado de la salud.
- Dimensión político-económica: comprende aquellas cuestiones relacionadas con la gestión y la toma de decisiones en los ámbitos sanitario, educativo, legislativo y económico; tanto a nivel local, como regional y mundial. También se incluyen dentro de lo político las relaciones de poder entre los diversos grupos sociales y aquellas decisiones que tomamos como individuos frente al tema -y las maneras de encararlo y concebirlo- desde nuestro rol civil y profesional (investigación, docencia, comunicación, atención de la salud, etc.).

A partir de todo lo dicho hasta aquí, se hace evidente que el actual escenario del Chagas, en tanto problema complejo de salud -al mismo tiempo latinoamericano y rural, como urbano y global- nos desafía en varios niveles. Por un lado, se requiere la comprensión del "territorio", de los múltiples contextos geográficos, sociales, políticos, institucionales, personales, familiares, comunitarios en que se (re)produce la enfermedad y sus consecuencias. Es fundamental también comprender las estructuras que se utilizan y se ponen en marcha para la atención del Chagas, siendo indispensable identificar a los actores implicados en estos procesos. Es decir, es necesario reconocer la complejidad y los desafíos que los viejos y nuevos escenarios del Chagas implican, tanto para los gobiernos, los/as investigadores/as y los equipos de salud, como para las personas afectadas, sus familias y comunidades; y, una vez reconocida y comprendida esa complejidad, identificar las herramientas que permitan actuar en consecuencia (Sanmartino et al, 2020). Sin embargo, su abordaje generalizado (tanto en la manera de concebir el tema como de encararlo desde las políticas públicas y los modelos de atención) continúa anclado a una fuerte impronta de lo que Eduardo Menéndez (2005) llamó el Modelo Médico Hegemónico (MMH), dominante entre 1930 (coincidiendo históricamente con los trabajos de Salvador Mazza y el comienzo de la consolidación del Chagas en tanto problema de Salud Pública e interés académico) y la actualidad (Menéndez, 2020). Las principales características estructurales del MMH, reflejadas una a una en el mencionado "abordaje generalizado" de la problemática de Chagas (haciendo un ejercicio de simplificación y generalización), son su "biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática, y si bien dichos rasgos pueden ser observados en la medicina practicada antes del siglo XIX, durante este siglo se

profundizarán y potenciarán esos rasgos hasta convertirse en las características dominantes de la biomedicina. Es importante subrayar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. El biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas" (Menéndez, 2005: 12). Resulta clave también comprender la manera como este MMH no solo ha cumplido a lo largo de la historia "funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación" (Menéndez, 2020) en los temas de salud en general y del Chagas en particular.

De la mano de la fuerte impronta aún vigente del MMH, la comprensión / descripción del Chagas y su caracterización y búsqueda de respuestas y soluciones más clásicas (y dominantes) están fuertemente caracterizadas por aproximaciones tradicionalmente vinculadas a las matrices que sustentan la Salud Internacional Panamericana (SIP)[2] y ciertos rasgos que caracterizan a la Salud Global Liberal (SGL)[3] (Basile, 2018), particularmente en los últimos años -con el reconocimiento de la "globalización" de la problemática debida a los movimientos migratorios Sur-Norte y de la existencia de vías de transmisión no relacionadas con el insecto vector que se encuentra restringido al continente americano-.

Desarrollo: pinceladas sobre los aportes de la Salud Internacional Sur Sur

En el cruce entre todo lo compartido en el apartado anterior (directamente vinculado con mi quehacer académico y militante) y el recorrido transitado durante el

2 De acuerdo a Basile (2018), la Salud Internacional Panamericana tiene como núcleo dos elementos fundantes:
1-Pertenece al campo de las relaciones coloniales e internacionales, que se mantuvo inserto en un sistema de relaciones de poder.
2- Pertenece al campo económico en términos de su significativa participación en la división internacional del trabajo.

3 Los procesos centrales que, según Basile (2018), se consolidan con el nacimiento y apogeo de la Salud Global Liberal, se definen a partir de las agendas, políticas y acciones mundiales que operacionalizan:
1. Las reformas sociales al Estado y reformas sectoriales a los sistemas de salud de corte neoliberal.
2. La funcionalización de la salud pública (panamericanismo en lo internacional) a los mandatos del mercado, es decir a la mercantilización de la salud y la vida y el rol residual del Estado.
3. La consolidación como actores hegemónicos del complejo médico industrial farmacéutico financiero y las corporaciones transnacionales con un rol estructurante de la agenda global de la salud.

cursado del "Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria" (CLACSO) durante el (particular) año 2020, fui transitando un proceso de "revelación" del enorme potencial que tiene el aporte de los fundamentos y las matrices conceptuales, epistemológicas y políticas de la Salud Internacional Sur Sur (SISS) (Basile, 2020; 2018) para un abordaje más situado y acertado de la problemática de Chagas en toda su complejidad.

Las bases de la SISS parten de asumir la idea seminal sobre el imprescindible "primer ejercicio de deconstrucción, lo cual implica trazar un objetivo metodológico primario en la necesidad de descolonización de la salud internacional hacia una geopolítica Sur-Sur" (Basile, 2018: 24). Cabe aquí mencionar que, para realizar este ejercicio de deconstrucción, la SISS buscará basar sus tesis sobre 3 dimensiones contra-hegemónicas indispensables que ayuden a pensar y problematizar nuevas bases fundantes de una geopolítica sanitaria emancipatoria: la colonialidad del poder y del conocimiento, la teorización del desarrollo y su carácter reproductor de dependencia y, finalmente, la geopolítica Norte-Sur y la producción de diplomacias sanitarias formadas para su gestión y administración (Basile, 2018).

En particular, dentro de los diversos fundamentos que sustentan las bases de la SISS, me interesa destacar el aporte clave de las propuestas de las Epistemologías del Sur (De Sousa Santos, 2010) que nos invitan a transitar *nuevos procesos de producción, de valorización de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimiento, a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido, de manera sistemática, destrucción, opresión y discriminación causadas por el capitalismo, el colonialismo, el patriarcado y todas las naturalizaciones de la desigualdad en las que se han desdoblado* (De Sousa Santos y Meneses, 2014). Reconociendo la multidimensionalidad de elementos y factores intervinientes en las múltiples realidades donde el Chagas se presenta, se hace evidente la necesidad de contar con los aportes de todos los campos del conocimiento y de incorporar en el abordaje a nuevos y contextualizados marcos teóricos que pueden evidenciar nuevas luces a la comprensión de esta problemática (Sanmartino et al, 2020). En este sentido, me interesan particularmente los aportes de las Epistemologías del Sur desde el momento en que plantean una manera de proceder que permite valorar, legitimar, validar conocimientos nacidos en la lucha por parte de los grupos sociales mencionados. Las críticas y los fundamentos sobre los que se construye la base de las Epistemologías del Sur, tal como afirma el

propio Boaventura de Sousa Santos (2010), exigen pensar lo impensado, asumir la sorpresa como acto constitutivo de la labor teórica, reconociendo que en el actual contexto de transformación social y política, no necesitamos de teorías de vanguardia -que son las que, por definición, no se dejan sorprender- sino de "teorías de retaguardia". Es decir, acompañar de cerca la labor transformadora de los movimientos sociales; cuestionar y comprender las posibilidades que desde lo colectivo implica crear articulaciones, traducciones, alianzas, entre los diversos actores, sus posiciones, experiencias. En particular, para el tema que planteo en estas páginas, pueden ser las Epistemologías del Sur uno de los marcos más fértiles para incorporar nuevas realidades y espacios analíticos para pensar / gestar desde allí escenarios transformadores y liberadores, que en el contexto del enfoque hegemónico sanitario y biomédico del Chagas, han sido olvidados o simplemente no considerados.

Volviendo al marco más amplio, y siguiendo el plan de buscar nuevas pistas que nos permitan encarar este problema tan antiguo como la presencia de los seres humanos en el continente americano (Sanmartino, 2015), me interesa rescatar particularmente algunas de las prioridades señaladas por Basile (2018) que están emergiendo en el horizonte de la SISS (especialmente para América Latina y el Caribe). Prioridades que considero directamente vinculadas a un replanteo urgente y necesario del abordaje del Chagas que permita, entre otras cosas, superar ciertas dicotomías que cristalizan la posiblidad de comprensión amplia, actualizada, multidimensional y situada del tema:

- Epidemiología Internacional y determinaciones de la salud. Del urbanismo desigual a las morbimortalidades diferenciales por clase, etnia, género y geopolíticas. Como fue mencionado al inicio de estas páginas, hace décadas que el Chagas dejó de ser un problema exclusivamente rural y latinamericano para convertirse también en una realidad urbana y global. Este hecho hace más evidente que nunca la necesidad de repensar los históricos estereotipos que definen a las personas (posiblemente) afectadas por el Chagas; por un lado por la falacia de pensar un campesinado latinoamericano homogéneo y, por el otro, por la urgencia de encarar también las complejidades emergentes de la situación en contextos urbanos y en países donde el tema se plantea como no existente desde las definiciones hegemónicas que aún en la actualidad plantean al Chagas como una "enfermedad tropical". Se hace urgente también en este sentido, la revisión de las categorías "endémico" y "no endémico".

- Dimensión de la Interculturalidad y Centro-Periferia. Desconstruir la Monoculturalidad y Occidentalización. A lo largo de todos estos años, como en otros tantos temas vinculados con la salud de las personas, prácticamente el único "conocimiento" legitimado ha sido y sigue siendo aquel que circula en los ámbitos sanitario y académico. En esta lógica, por ejemplo, los saberes de campesinos/as e indígenas son subestimados y considerados "mitos" a derribar o "ignorancias" a ser reemplazadas por el "verdadero conocimiento". Nos debemos aún los verdaderos diálogos de saberes que permitirán descripciones (y consecuentes comprensiones) más consistentes y al mismo tiempo más contextualizadas. Se muestran evidentes los cuestionamientos necesarios a dicotomías como sabiduría/ignorancia y conocimiento/mito.

- Migraciones, Fronteras, Geopolítica y Salud: La relación entre migraciones y la salud internacional ponen de manifiesto dimensiones sociales, económicas, ambientales, espaciales, culturales de lo demográfico que sin duda generan problemáticas sociales y sanitarias complejas, con la necesidad de configurar respuestas complejas. En sintonía a lo brevemente planteado en la primera de estas "prioridades" de la SISS, la realidad actual del Chagas y su (cada vez más fuerte) presencia en el Norte Global, lleva aparejada una serie de complejidades cuando se piensa en clave de ejes como "migraciones, fronteras, geopolítica y salud". Es aquí donde se hacen más que evidentes los "daños colaterales" de la idea estereotipada de una "enfermedad de pobres". Del otro lado de las fronteras, estos daños se agudizan y se profundizan incluso al constituirse parte de los entramados de la interseccionalidad (Mesa y Espinel, 2020).

- Movimientos Sociales y la Salud desde el Sur. Retomando palabras de Boaventura de Sousa Santos (2010) en lo que respecta a quienes viven "sistemáticamente las exclusiones, injusticias, discriminaciones" causadas por el Chagas, encontramos con (demasiada) frecuencia la reproducción de caracterizaciones que estigmatizan y configuran un "otro" afectado por el Chagas "pobre", "silencioso", "víctima", "paciente", generalmente destinatario pasivo de soluciones diseñadas desde una gran distancia geográfica, ideológica y cultural. Por esto, es momento de identificar las resistencias que protagonizan las personas "afectadas por el Chagas" y (re)conocer a esos Otros como sujetos activos, poseedores de conocimientos y de respuestas creativas que pueden (y deben) aportar elementos de gran valor a la búsqueda colectiva de comprensión y soluciones. Por ejemplo, cabe subrayar que fue gracias

al incansable trabajo de las personas y colectivos que integran la Federación Internacional de Asociaciones de Personas Afectadas por el Chagas (FINDECHAGAS), que se consiguió que en el año 2019 la Asamblea Mundial de la Salud oficializara la fecha del 14 de abril como el Día Mundial de la Enfermedad de Chagas.

- Integración regional Sur Sur y Soberanía Sanitaria. Nos encontramos aquí finalmente con dos puntos clave para (re)pensar los abordajes del Chagas en la diversidad y complejidad de escenarios actuales. Para superar las miradas fragmentadas, exclusivamente biomédicas y estereotipadas, resulta un paso fundamental pensar y actuar como sujetos epistemológicos del Sur geopolítico (Basile, 2018) o "Sur global" según las palabras de Boaventura de Sousa Santos (2010). Pensando este giro de la brújula epistemológica desde una orientación geopolítica, una cartografía y una praxis contra-hegemónicas. Casi como la otra cara de la misma moneda, el horizonte de la Soberanía Sanitaria debería formar parte indiscutible de nuestra hoja de ruta dado que, tal como afirma Basile (2018), a través de la noción de Soberanía Sanitaria se busca alcanzar la máxima capacidad de decisión en el contexto global imperante. Podremos así contrarrestrar las lógicas hegemónicas de la SIP y la SGI y desarrollar "una genuina capacidad de formular políticas, metas y estrategias emancipatorias basadas en nuestros propios actores y decisiones" (Basile, 2018: 32).

El transitar uno a uno los caminos que cada una de estas prioridades plantea permitiría avanzar con pasos firmes y situados en una verdadera y definitiva "lucha contra el Chagas", donde no solo caminemos hacia el horizonte de cada vez menos personas infectadas con el *T. cruzi,* sino también personas con Chagas accediendo cada vez a más diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos, cada vez menos discriminación y estigmatización, cada vez más valoración de la diversidad de saberes involucrados. Una utopía que se encuentre también cada vez más cerca, gracias a la orientación de la brújula SISS donde el fortalecimiento de las "capacidades de actores claves tanto en el Estado como en los movimientos de las sociedades civiles del Sur (movimientos sociales, feminismos, universidades, sindicatos, organizaciones de la sociedad civil, esferas de instituciones públicas, otros) puede ser una base operacional desde donde dinamizar esta nueva acción política emancipatoria de la salud colectiva y el vivir bien de los pueblos en lo internacional, regional, nacional y local" (Basile, 2018: 35).

A modo de cierre o, mejor dicho, a modo de puntapié inicial

Reconociendo entonces la necesidad de buscar renovados marcos y herramientas para hacer frente al Chagas, dejo apenas esbozada aquí una nueva perspectiva que podría orientar tanto la investigación referida al tema como la búsqueda de respuestas y soluciones. Una nueva perspectiva que se plantee decolonial, intercultural y transformadora capaz de comprender las coordenadas del debate, de la lucha de ideas y conocimientos sanitarios para la acción política regional y global emancipatoria, tal como plantea de manera general la propuesta de la SISS (Basile, 2018). Queda planteado entonces el desafío de avanzar en las reflexiones aquí delineadas, encarando un diálogo más profundo entre preguntas, lecturas y experiencias. Considero que estas páginas no son más que el primer paso hacia la búsqueda de fundamentos más sólidos que permitan: primero revisitar los innumerables cruces posibles entre las nociones y reflexiones que subyacen a los marcos centrales aportados por el Diploma "Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria" de CLACSO (la Salud Colectiva, la Epidemiología crítica internacional, la Determinación Social de la Salud, el Metabolismo Sociedad-Naturaleza, la Salud internacional y el giro decolonial) y una mirada crítica sobre el ayer y hoy de los abordajes hegemónicos de la problemática de Chagas; luego, rescatar los aprendizajes que permitan delinear -ojalá colectivamente- un mañana más inclusivo, dialógico y equitativo para las personas y comunidades que padecen las consecuencias del Chagas (miedo, enfermedad, muerte, discriminación, estigmatización, exclusión).

> *... la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y la prevención individual* (Jaime Breilh, 2013).

Referencias bibliográficas

Basile, G. (2020). *La Salud colonizada por el Desarrollo: América Latina y Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional*. Cap. 10. En: Medina, T. O., & Villamar, M. V. "Pensamiento crítico latinoamericano en Desarrollo. Editorial Catarata (España) e Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid (IUDC-UCM).

Basile, G. (2018). *Hacia la salud internacional Sur Sur: giro decolonial y epistemológico.* Dossier núm. 2, Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, CLACSO.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 31(supl 1): S13-S27.*

Coura, J.R. y Viñas, P.A. (2010), Chagas disease: a new worldwide challenge. *Nature*. 465(7301 Supl):S6-S7.

De Sousa Santos, B. y Meneses, M. P. (2014). *Epistemologías del Sur.* Vol. 75, Madrid: Akal.

De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder.* Montevideo: Ed. Trilce, Extensión Universitaria UDELAR.

Menéndez, E.L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*. 16:e2615. doi: 10.18294/sc.2020.2615

Menéndez, E.L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. Vol.1, Núm. 1:9-32.

Mesa, L. y Espinel, M. (2020). *Movimientos Migratorios Sur-Sur: Condiciones socio-sanitarias de las mujeres migrantes en situación de prostitución en el espacio fronterizo de Colombia-Venezuela*. V Dossier de Salud Internacional Sur Sur. Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, CLACSO. Idepsalud, FLACSO República Dominicana.

Sanmartino, M., Avaria Saavedra, A. y de la Torre Ávila, L. (2020). "A Social Approach to Chagas Disease: A First Step to Improve Access to Comprehensive Care" Capítulo 4: pp 57-74. En: Pinazo MJ, Gascon J. (Eds.). *Chagas Disease - A Neglected Tropical Disease*. Switzerland: Springer Nature.

Sanmartino, M. (Coordinación). (2015). *Hablamos de Chagas. Aportes para (re)pensar la problemática con una mirada integral.* Contenidos: Amieva, C., Balsalobre, A., Carrillo, C., Marti, G., Medone, P., Mordeglia, C., Reche, V.A., Sanmartino, M., Scazzola, M.S. Buenos Aires: CONICET.

WHO. (2020). *Chagas disease (also known as American trypanosomiasis)*. Fact sheets, 11 March. www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis) [Consultado el 19 de febrero de 2021].

02

La enfermedad de Chagas en Argentina: un ejemplo de gerencia de la política pública con abordaje neocolonial, expresión del Panamericanismo y la Salud Internacional Global

| Rocío Rivero

Introducción:

En el siguiente trabajo se intentará abordar algunos ejemplos de la gestión de la política pública desarrollada para el tratamiento de la enfermedad de Chagas en nuestro país desde una posición de análisis crítica correspondiente con el Pensamiento Crítico Latinoamericano, donde se reflexionará como el abordaje científico y político de la enfermedad estuvo marcado por el colonialismo sanitario y el panamericanismo, allí se ponen de manifiesto los objetivos implícitos de las políticas internacionales de salud promovidas por instituciones multilaterales y bilaterales, cercanas al poder norteamericano, de controlar más que eliminar por completo algunas de las principales enfermedades infecciosas (Cueto 2015). Se intentará concluir el trabajo reflexionando sobre enfoque de biomedicalización y modelo medico hegemónico que se extiende hasta el presente y define las políticas estatales de tratamiento etiológico de la enfermedad en los últimos años.

La enfermedad de Chagas, infección causada por el *Trypanosoma cruzi,* ha sido "descubierta" hace más de 100 años (1909). Su lógica de entrada en la agenda pública sanitaria regional, comienza de la mano de Carlos Chagas, un médico brasilero, que trabaja para el instituto Oswaldo Cruz, de Rio de Janeiro, casualmente en una campaña contra la malaria en Brasil. El instituto Oswaldo Cruz adquirirá una profunda relevancia hacia 1930 en el contexto de s*alud internacional* (Cueto 2015).

> *Periodo inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial donde las superpotencias apoyaron un proceso de articulación entre sus políticas exteriores y nuevas o renovadas agencias internacionales y porque surgieron comunidades académicas epistémicas transnacionales que ganaron reconocimiento político. Estas comunidades introdujeron un nuevo vocabulario alrededor de la noción salud internacional en los que otras palabras clave eran "paz", "modernización" y "desarrollo". Estos términos contribuyeron a que el de salud internacional reemplazase, por lo menos en las Américas, el término de medicina tropical (común en la Europa de la primera mitad del siglo XX) que después de la Segunda Guerra Mundial perdió prestigio y adquirió una connotación imperialista pues muchos expertos lo entendieron como una medicina para las colonias*

Es así como las formas de abordaje desde la salud pública que se irían impregnado en Latinoamérica, para Chagas y otras infecciosas, reconocería que los métodos y tecnologías precisas para eliminar dolencias ya habían sido diseñados por expertos en los países industrializados y que los países en vías de "desarrollo" solo tenían que implementarlos.

> *La salud no escapó a la impronta de los debates dominantes del desarrollo ni a su patrón de poder y conocimiento (Quijano, 1999) eurocéntrico y panamericano en la región. La teorización del desarrollo no es tan solo enunciativa, sino que, durante décadas, determinará la agenda global y regional de la salud pública. Por tanto, tendrá una multiplicidad de expresiones en la salud como asunto y dimensión internacional, tanto en el ámbito de las políticas públicas y de cooperación como en los acuerdos y declaraciones internacionales sobre la materia (Basile, 2020)*

Fue así como el Instituto Oswaldo Cruz, lograría posicionarse bajo esta doctrina como un potente fomentador de políticas erradicacionistas de enfermedades epidémicas. Acá el origen de todas las políticas tendientes a erradicar el insecto. El mito del principal higienista del país, Oswaldo Cruz, se había construido a comienzos del siglo XX, en parte, por su liderazgo en el control de los mosquitos que transmitían la fiebre amarilla en Río de Janeiro (Cueto 2015).

Según indica Zabala (2010), la pertenencia de Carlos Chagas en el mundo de la medicina tropical y la protozoología, les otorgó a sus trabajos gran visibilidad y una notoria capacidad de influir sobre la comunidad científica local y sobre las políticas sanitarias de la época. De hecho, en el periodo inmediatamente posterior al que anuncia de la nueva enfermedad, los trabajos de Chagas recibieron una importante atención por parte de la comunidad científica internacional de los círculos médicos y científicos brasileños," y luego por el resto de la sociedad.

Los vaivenes sobre la gestión de las políticas destinadas al control de la enfermedad, o la ausencia de ella se corresponde casi literalmente con el devenir del panamericanismo hasta el final del siglo XX, inicio del XXI, donde se empieza a impregnarse de políticas lideradas por el complejo médico industrial, después financiero y todas sus implicancias producto de las políticas neoliberales que se instalaron en el país y la región en los 90. Recordemos que al día de hoy solo

existe una droga para tratar la enfermedad (Beznidazol) que no tiene formulación pediátrica, es decir preparación apta para que lo consuman niños (lo que dificulta su administración, pues debe dividirse una pastilla en 8 partes y tomar una por día durante 60 días) y que tampoco existe evidencia que reviertan el progreso de la enfermedad en el estadio crónico[1]. Como bien describió Galeano, *Tragedia que no suena, enfermos que no pagan, enfermedad que no vende. El mal de Chagas no es negocio que atraiga a la industria farmacéutica.*

En Argentina, los afectados por la enfermedad en el año 2008 eran alrededor de 2 millones y medio de personas. Pero no solo la cantidad de infectados define la importancia del problema: en la medida en que su reproducción está asociada a condiciones materiales de pobreza, escasez de información y falta de acceso a servicios sanitarios básicos, el Chagas es un símbolo de las profundas inequidades que arrastra el continente sudamericano (Zabala 2010). Lógicamente la reflexión de cómo el abordaje de esta infección se materializa como sujeto tácito de las políticas correspondientes con el colonialismo (Quijano, 1999), la salud internacional, el panamericanismo y posteriormente la biomedicalización, entendiendo que es algo complejo de analizar en pocas páginas y probablemente exceda las capacidades de la autora, pero necesario como ejercicio para poder empezar a dar respuestas desde una lógica de salud colectiva y soberanía sanitaria del sur.

El proceso político-social abierto en las últimas décadas en la región latinoamericana y caribeña, sin duda, intentó quizás con sumas dificultades, errores y limitaciones poner al descubierto la necesidad de desmantelar y desnaturalizar esas falacias de estas matrices conceptuales-epistémicas como un ejercicio colectivo estratégico para darle centralidad a un debate clave sobre la producción de una nueva salud internacional Sur Sur para la soberanía sanitaria (Basile, 2019)

1 Se realizaron dos ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo, BENEFIT (del inglés Benznidazole Evaluation For Interrupting Trypanosomiasis) y TRAENA (Tratamiento en Pacientes Adultos con Enfermedad de Chagas Crónica), para evaluar si la terapia con benznidazol consigue mejorar el pronóstico de los pacientes con enfermedad de Chagas crónica (Prado et al., 2016). Los resultados indican que el benznidazol no tiene ningún beneficio para detener la progresión de la enfermedad en pacientes con cardiopatía chagásica crónica. Si bien la terapia tripanocida disminuyó significativamente la cantidad de parásitos en sangre, no redujo significativamente el deterioro clínico cardiaco durante los años de seguimiento (Morillo et al. 2015), (Prado et al., 2016), (Rassi, Marin-Neto, and Rassi 2017)and is one of the leading causes of morbidity and death in Latin America. Although the pathogenesis of Chagas cardiomyopathy is incompletely understood, it may involve several mechanisms, including parasite-dependent myocardial damage, immune-mediated myocardial injury (induced by the parasite itself and by self-antigens.

Desarrollo

Desde la Medicina tropical hasta el panamericanismo…

Antes de analizar las implicancias de la Salud Pública Internacional (SPI) en el abordaje de la enfermedad de Chagas, es necesario que entendamos que este marco teórico y metodológico tienen origen probablemente mucho antes de la guerra fría, que es cuando surge la SPI. Se ha mencionado al *colonialismo* como marco conceptual para explicar el enfoque que tuvieron las enfermedades transmitidas por vectores y su relación con el comercio durante la conquista.

> *La preocupación colonial recurrente por la enfermedad no tan sólo sobre el "colono" sino en términos de propagación de enfermedades-muertes permitieron el desarrollo de medidas de control sanitario con matrices de segregación racial, cordones y aislamiento médico en las ciudades coloniales, entre otras acciones.*

A través de la medicina tropical y con este marco teórico fue que Carlos Chagas descubrió el *T. cruzi* al observar en el microscopio contenidos estomacal de insectos. Chagas se encontraba trabajando en el Instituto Oswaldo Cruz, de Rio de Janeiro en una campaña de Malaria. Lo interesante de la anécdota es que Oswaldo Cruz, se había formado en el Instituto Pasteur de Paris y trajo para el sur toda su formación de la escuela del *higienismo* donde la investigación y los nuevos conocimientos podían ser usados para el abordaje de los problemas de salud pública (Zabala, 2010). En este ambiente y de la mano de la medicina tropical es que Carlos Chagas "caza" al parasito como parte de una corriente que se dedicaba a buscar posibles agentes patógenos que más tarde o más temprano afectarían la salud de las poblaciones locales generando esto un problema de salud pública en las colonias con pérdida económica.

> *"lo trascedente a considerar de la medicina tropical es que asume y reproduce una epistemología en sus conocimientos y prácticas: los "trópicos" (léase el Sur) son los que producen enfermedades, epidemias, muertes en la periferia (luego subdesarrollo), y es el Norte el que debe investigar y dar repuesta a partir de su conocimiento técnico-científico occidental de la medicina moderna.*

Por lo tanto, desde el descubrimiento de la enfermedad (1909) hasta la actualidad estará marcada la gestión de la política por la influencia de la agencia del norte global, las políticas de sus ministerios estarán guiadas, y lo intentaré esbozar en estas páginas, por los gerenciadores formados en estas escuelas.

> *[...] pidiendo a la Oficina Sanitaria Panamericana que actúe como centro de información y coordinación entre las instituciones e investigadores interesados en el estudio de la enfermedad de Chagas y la Leishmaniasis. con el fin de obtener una investigación metódica, de acuerdo con un programa coordinado, en el hemisferio occidental (OSP. 1948, p. 984).* (Zabala, 2010).

Desde que se comprendió y describió el objeto de estudio hasta que se aceptó la existencia de la enfermedad como problema sanitario en Argentina, que fueron casi 30 años después, estuvo marcado su gestión e investigación por la influencia del panamericanismo. Según palabras del propio Romagna, investigador contemporáneo de Chagas pero de Argentina, "los estudios realizados sobre la enfermedad de Chagas en casi todos los países americanos permite encerrararla como una endemia rural continental grave, difundida y frecuente de importancia higiénica y social ampliamente demostrada y que lo tanto merece ser incluida entre los grandes problemas cuya solución urgente compete a las altas autoridades sanitarias de cada país" (Zabala, 2010). Se suceden entonces las primeras reuniones auspiciadas por OPS como ser la Primera reunión de mesa redonda sobre la enfermedad de Chagas en 1949.

Todo esto nos lleva a reflexionar que es casi imposible despegar, desarraigar, la hegemonía que implicó la matriz teórica y metodológica, de la medicina tropical el panamericanismo y la SIP, en la construcción de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública.

Estos términos contribuyeron a que el de salud internacional reemplazase, por lo menos en las Américas, el término de medicina tropical (común en la Europa de la primera mitad del siglo XX) que después de la Segunda Guerra Mundial perdió prestigio y adquirió una connotación imperialista pues muchos expertos lo entendieron como una medicina para las colonias.

La salud pública internacional, conocida como salud internacional (GODUE, C.1999) en matriz del panamericanismo, se define como un campo de conocimiento, investigación y acción-práctica inter-disciplinaria siendo un concepto que analiza la situación de salud poblacional o de la comunidad internacional como un todo (Basile 2019).

Volviendo al marco teórico es necesario describir las características centrales del panamericanismo (Basile, 2019) para entender que no es casual todos esos arquetipos científicos, médicos y gerenciales que existen aún hoy en la agenda pública cuando nos referimos a la enfermedad. Entonces los principales nodos o estructuras teóricas de influencia en el panamericanismo podemos encontrarlos en el abordaje de los siguientes puntos:

- Centralidad de la enfermedad en los problemas poblacionales de salud.
- Centralidad sobre enfermedades infecciosas y en control vertical basado en tesis de medicina tropical especialmente las que se producen en las colonias y periferia (donde se "investiga", se ensaya, se prueba). Formación en Escuelas de medicina tropical, vigilancia de enfermedades infecciosas y control de fronteras. Reglamento Sanitario Internacional como horizonte.
- Primacía de intereses comerciales y migratorios de los países centrales.
- Predominio Técnica Biomédica y de la cooperación médica en una mirada biomédica (MENÉNDEZ, E- 2005), es decir, de la biomedicalización de los problemas de salud internacional.
- Ayuda técnica y científica al personal de los nacientes organismos, ministerios e instituciones de salud pública gubernamentales. En general la perspectiva técnico-científica es transferencia de conocimientos del Norte al Sur.
- Políticas de salud pública vinculadas a la expansión de sistemas de salud y de protección social del capitalismo industrial - Geopolítica de cooperación desde perspectiva Centro-Norte aún de corte vertical especialmente entre Estados.
- La Salud es parte de la "teorización" del Desarrollo
- Modelo de SIP será inherente al régimen internac*ional de Cooperación al Desarrollo. - Quien representa mejor actualmente esta conceptualización y cosmovisión es el Programa de Líderes de Salud Internacional "Edmundo Granda" de la Organización Panamericana de la Salud(OPS).*

Muchos de estos lineamientos se expresan, casi hasta de una de manera grotesca, en las primeras políticas destinadas a controlar la enfermedad en Argentina, recordemos que las primeras campañas intentaron controlar al vector, tal como había sucedido en Rio de Janeiro con la Malaria, a través de la erradicación de las viviendas rurales, (film casas de fuego) luego el control del insecto con el rociado de insecticidas con *gammexane* en casas rurales, búsqueda y captura de vinchucas, la creación de *brigadas sanitarias* que recorrían el país entre otras, testeo obligatorio al ingresar al servicio penitenciarios, entre otras.

En los años 60-70 la atención en la gestión de Chagas y su investigación se centrará más en el parasito, en aspectos moleculares, búsqueda del tratamiento y técnicas de diagnóstico. Son orientados entonces las instituciones y grupos de investigación en el país con esa impronta, cargándose de tecnologías y avances en el ámbito de la biología molecular. De hecho, se comienzan los primeros ensayos clínicos, sobre el tratamiento de la droga nifurtimox, producida por Bayer (1966).

Recién en los 2000 empezar a intentar realizar un abordaje integral con la comunidad través de la creación del Programa Federal de Chagas en el año 2007 donde se cambia el eje de intervención centrado en el "combate" a la vinchuca y focaliza principalmente en las personas, en el desarrollo de sus potencialidades y capacidades, tanto de aquellas vinculadas a la estrategia de respuesta, al sistema de salud, como a las que son víctimas de esta endemia, mejorando sus posibilidades de resolución del problema (Programa Federal de Chagas, 2007).

> *(...) el programa destaca como ejes a desarrollar en las intervenciones, el fortalecimiento de la capacidad de las personas y comunidades en el autocuidado individual y colectivo, a partir de acciones tales como el análisis y la priorización de necesidades, la construcción de lazos de solidaridad, el intercambio de saberes y la formulación de propuestas integrales y sustentables.*

Es necesario destacar como toda la producción de conocimiento científico en Argentina en la Academia de Medicina, en los Institutos de ciencia, en las universidades estuvo subordinado patrón de poder y conocimiento (Quijano, 1999) y despojado de identidad propias, nativas, ancestrales desde sus inicios y por lo tanto lograr un ejercicio de autonomía en la producción de conocimiento y

evidencia para la gestión de la política pública basado en las epistemologías del sur será un proceso lento que deberá partir de reconocer que hay más de 100 años de subordinación en esta enfermedad.

Pero antes de avanzar sobre los medicamentos utilizados y culminar con una crítica hacia el modelo medico hegemónico, financiero y la adquisición, mimetización de estas ideas en el tratamiento etiológico de la enfermedad Chagas me gustaría cerrar este apartado trayendo el concepto Salud Global que se corresponde con los últimos 30 años de la gestión de la mayoría de las enfermedades transmitidas por vectores en el país. (Basile 2019)

> *"A medida que el ciclo desarrollista entraba en declive en la región latinoamericana, la salud internacional del panamericanismo perderá centralidad y poder global y regional a manos de un complejo político liberal donde los Estados pierden su injerencia como actores y se incorporan agentes extra-sanitarios tanto en el financiamiento como en la definición de la orientación de las políticas sanitarias. Esta centralidad radicará en la mundialización y mercantilización sanitaria.*

La globalización del Chagas y de la salud

Para abordar el final de esta monografía es necesario describir el proceso y la injerencia de la salud global liberal SGL, proceso que indefectiblemente también acompañó la agenda de salud pública para Chagas en el país. El proceso de cambio provocado por lo que algunos autores definen como "neocolonialimos" tuvo implicancias directas en la soberanía económica y política lo los países, lógicamente la agenda de salud pública no podía quedar exceptuada de estas modificaciones y surge entonces una nueva conceptualización: la salud global basada en la racionalidad liberal y economía neoclásica.

En este marco de SGL que se impone por una agenda, políticas y acciones con tres principios rectores:

> *1. Las reformas sociales al Estado y reformas sectoriales a los sistemas de salud de corte neoliberal*

2. La funcionalización de la salud pública (panamericanismo en lo internacional) a los mandatos del mercado, es decir a la mercantilización de la salud y la vida y el rol residual del Estado. A esto lo denominaron Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) con las confluencias de agenda complementaria entre OMS(OPS), Banco Mundial y corporaciones.

3. La consolidación como actores hegemónicos del complejo médico industrial farmacéutico financiero y las corporaciones transnacionales (incluyendo filantrocapitalismo) con un rol estructurante de la agenda global de la salud.

Los puntos 1 y 2 no serán abordados en esta monografía porque excede el objetivo de la autora y la extensión del TOF pero el punto 3 nos invita a reflexionar a modo de cierre sobre quiénes son los actores que hoy determinan la política de Chagas en el país.

Subsumidas y sometidas a las lógicas de la globalización, mucha de las personas oriundas de países endémicos "en vías de desarrollo" para Chagas sufrieron procesos migratorios hacia Europa y el Norte Global, a partir de los 80-90, en busca de promesas de mejores condiciones económicas y de vida esto significó el traslado de la enfermedad hacia el norte global, proceso que fue descripto como "Globalización de la enfermedad de Chagas" (Schmunis 2007, 2010).

Los números de los flujos de personas desde los países endémicos para la enfermedad son cuantiosos y se diseminan por todo el globo, esto significó aun mayor impregnación de las políticas sanitarias del norte global, o de la SGI en nuestro país y continente, muchas de las investigaciones sobre la enfermedad empiezan a ser lideradas por grupos de investigadores y escuelas de países europeos o del norte global que tomaron como "propia" esta problemática con la excusa del gasto en salud, garantizando así sus lógicas de poder, control y construcción de hegemonías sobre todos los ámbitos que implicó esta enfermedad.

> *"La elaboración intelectual del proceso de modernidad produjo una perspectiva de conocimiento y un modo de producir conocimiento que dan muy ceñida cuenta del carácter del patrón mundial de poder: colonial/ moderno, capitalista y eurocentrado. Esa perspectiva y modo concreto de producir conocimiento se reconocen como eurocentrismo*. (Quijano 1999)

En la actualidad la plataforma que más gerencia y direcciona investigaciones en Chagas es la DNDI, un consorcio público privado compuesto por organizaciones como: Baylor College of Medicine, Tropical Medicine, USA; Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Brazil; Fundación CEADES, Bolivia; Fundación Mundo Sano, Argentina; Grupo de Didáctica de las Ciencias (IFLYSIB, CONICET-UNLP), Argentina; Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina; Instituto de Investigaciones en Ingeniería Genética y Biología Molecular "Dr. Héctor N. Torres" (INGEBI-CONICET), Argentina; Instituto de Salud Global de Barcelona (CRESIB/ISGlobal), Spain; Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatala Chaben" (ANLIS), Argentina; Instituto Nacional de Salud, Colombia; Instituto Nacional de Salud Pública – INSP, Mexico; International Development Research Centre (IDCR), Canada; International Federation of People Affected by Chagas Disease (Findechagas), International; Laboratorio ELEA PHOENIX, Argentina; Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE) , Brazil; London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK; Médecins Sans Frontières (MSF), International; Pan American Health Organization (PAHO), International; The Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND), entra otras.

Estas iniciativas han marcado en los últimos 20 años y hasta la actualidad las líneas o focos de atención que debía llevar la ciencia en el país y la región. Su impregnación es tal que abarca desde la inmunología del parasito, el diagnostico hasta el tratamiento (insisto, se sigue utilizando la misma droga, Abarax, de ELEA y no se han producido/financiado grandes avances en la búsqueda de nuevos fármacos, provenientes de productor naturales ya sea para el tratamiento o como insecticida.)[2]la clínica y la atención del paciente.

2 Este medicamento se había dejado de fabricar porque Roche lo retira del mercado en el 2000 y vende su tecnología al laboratorio brasileño (LAFEPE) para que continúe su producción. En ese contexto el Laboratorio Elea y la Fundación Mundo Sano y gestores del gobierno nacional (INTI, Ministerio de SALUD, Universidades, CONICET) lanzan el programa de producción nacional de Benznidazol cuyo nombre es ABARAX y depende del laboratorio ELEA.
Ninguna de estas negociaciones de divorcia de la lógica de biomedicalización, es decir de entrada, del capital financiero en el sector de la salud pública ni de las disputas del complejo médico industrial que caracterizó los años 2000.

> *"Esto fue reforzado por la intervención de expertos pagados por la industria en comités científicos que redefinieron diagnósticos y definieron nuevos cuadros nosológicos en muchos casos transformando riesgos en enfermedades las asociaciones profesorales también contribuyen a estos procesos para asegurar que los seguros paguen a los profesionales al tratar ciertos pacientes. (...) Pero aplicar este mecanismo, bajando los valores o ampliando el espectro de síntomas a los cuales se definen riesgo y padecimientos, implica que, de un día para otro personas sanas son consideradas enfermas o con riesgos pasibles de ser medicados."*

El espectro de administración de la única droga disponible para el tratamiento de la enfermedad, que existe hace más de 100 años y que es efectiva solo en estadios agudos, se amplió en los últimos años siguiendo las lógicas de biomedicalizacón (Iriart & merthy, 2017) hasta recomendar su tratamiento a mujeres infectadas en edad fértil para evitar la "posible" transmisión a sus hijos, en caso de que decidieran maternar.

> *"Los intereses del capital financiero confrontaron con los del complejo médico-industrial en los años iniciales de las reformas gerenciadoras. Hacia mediados de los noventas las grandes corporaciones farmacéuticas y productoras de tecnología comenzaron a generar silenciosas reformas para reposicionarse en el mercado, buscando redefinir a su favor el modelo salud-padecimiento atención Estos procesos requirieron nuevos cambios en el*

Se constituye así una hegemonía científico médica, que no reflexiona sobre cuáles deberían ser las prácticas y saberes que respondan a las problemáticas locales y se arrastran durante años la pérdida de soberanía y autonomía científico, política y técnica. Se excluyen/ignoran las prácticas de nuestras comunidades locales, que conviven con el parásito desde hace mucho más que 100 años.

> *"La salud global coloniza los programas de posgrados, maestrías y departamentos universitarios en las líneas de formación, investigación y producción académico sanitaria" (Basile 2019)*

Suponer que estas lógicas de dominación a través de la gerencia de una enfermedad es algo que solo sucedió con Chagas para nuestro país seria de una ingenuidad

absoluta y necia, sin embargo, todo el marco teórico que se necesita para entender que estas lógicas de producción del conocimiento están subsumidas en una política internacional global no es algo que se enseña en las universidades públicas cuando se enseña el Chagas y por lo tanto seguimos reproduciendo lógicas de dominación del neocolonialismo en nuestras universidades, laboratorios, grupos de estudios, etc.

Conclusión
Las epistemologías del sur como elemento para pensar las endemias

Llegamos así al fin de la monografía donde surge una pregunta y quizás una propuesta, ¿Por dónde empezar a pensar la inclusión de las reflexiones que nos traen las epistemologías del sur? No son las endemias una buena propuesta?

Millones de Años han convivido nuestros habitantes de los pueblos originarios con las vinchucas (Triatominos) y por lo tanto con el *T. cruzi* (que se reporta en los primeros viajes de Darwin) y sus conocimientos, saberes y praxis no para "combatir" insectos no han sido incorporadas, estudiadas en la historia de la ciencia local contemporánea. Han quedado nuestros saberes endémicos subordinados, como bien lo desarrolla Aníbal Quijano, a los conocimientos eurocéntricos y sus lógicas.

Es necesario, mandatorio, urgente que nuestros procesos de deconstrucción incluyan, así como practicas feministas, practicas epistémicas del sur, donde los conceptos sobre descolonización sean plasmados no solo en el orden de las ideas, debemos criticar las perspectivas del Centro-Norte, occidentalizadas monoculturales y eurocentradas (De Sousa Santos, 2010) y tendrán que ser nuestras gestiones sobre endemias asumidas como parte de ese proceso.

La oportunidad de que investigadores locales empiecen a reflexionar/subvencionar las propuestas de las epistemologías del sur permitirá ofrecer un diagnóstico crítico del presente que tiene como su elemento constitutivo la posibilidad de reconstruir, formular y legitimar alternativas para una sociedad más justa y libre (De Sousa Santos, 2019). Donde los saberes ancestrales, otras costumbres, raíces, empiecen a formar parte de los congresos, de las publicaciones, de las formulaciones para la industria local y para el manejo de endemoepidemias.

"La misión del intelectual no es la de aquel intelectual que viene aquí a Barcelona, por ejemplo, a atender entrevistas porque está en los medios; no, el intelectual está en el terreno que trabaja con los movimientos. tampoco es el intelectual orgánico de Gramsci, es otra cosa más compleja, porque los sujetos son también mucho más complejos. (De SouSa Santo S, 2019).

Recomendaciones finales

Para abonar a nuestros recorridos en términos de epistemologías del Sur sería interesante realizar un relevamiento de los conocimientos y saberes producidos por nuestros habitantes originarios en relación a la enfermedad de Chagas, relevando su percepción de la enfermedad sus usos y costumbres para con los insectos, y los animales que conviven con ellos y estos insectos, en fin construir, publicar, investigar desde el marco teórico antes desarrollado, trabajos relacionados con la etnoentomología de Chagas.

Referencia bibliográfica:

Basile, G. Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.

Basile, Gonzalo (2020) La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo. ISBN 978-84-1352-007-0.

Boaventura de Sousa Santos. 2019. "Introducción a Las Epistemologías Del Sur." *Epistemologías del Sur*: 25–62.

Cueto, Marcos. 2015. "La 'Cultura de La Sobrevivencia' y La Salud Pública Internacional En América Latina: La Guerra Fría y La Erradicación de Enfermedades a Mediados Del Siglo XX." *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos* 22(1): 653–73

DNDI, Plataforma: https://www.dndial.org/es/enfermedades/enfermedad-chagas/plataformadechagas/

Dossier informativo Programa Nacional de Chagas (2007) Ginés González García http://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2007/acta-07-07/anexo_5_dossier_informativo_programa_federal_chagas.pdf.

Iriart, Celia, & Merhy, Emerson Elias. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 21(63), 1005-1016. Epub January 23, 2017.https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808

La enfermedad de Chagas en la Argentina "Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias" JUAN PABLO ZABALA. Universidad Nacional de Quilmes. ISBN/ISSN: 978-987-558-195-1

Morillo, Carlos A. et al. 2015. "Randomized Trial of Benznidazole for Chronic Chagas' Cardiomyopathy." *New England Journal of Medicine* 373(14): 1295–1306. http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1507574.

Prado N. R Riarte , Ana María De Rissio , Elsa B Velázquez1, Juan Carlos Ramírez, Yolanda HernándezVázquez , Gonzalo Tomás, Stella Maris López , Marisa Fernández , Miriam Martín García , Mónica I Esteva , Angel J Sinagra , Concepción A. Luna , Lucía Hernández , Marta Quaglino, Alejandro G Schijman , Andrés M Ruiz . (2016) TRAENA. Tratamiento con benznidazol en pacientes adultos con enfermedad de Chagas crónica de bajo riesgo. Un ensayo clínico aleatorizadoen Fase 3. (Registro: clinicaltrials.gov. NCT02386358) XXVIII Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Protozoología y Enfermedades Parasitarias - SIMPOSIO Internacional de Biología Celular y Molecular de la Enfermedad de Chagas Noviembre 26, 27 y 28 de 2016 - Hotel UNL-ATE – Ciudad de Santa Fe.

Rassi A. (1979). Clínica: Fase aguda. En Trypanosoma cruzi e Doenca de Chagas (Z. Brener& Z. Andrade,Eds). Guanabara Koogan, Río de Janeiro, Brasil.

Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto JA. (2010). Chagas disease. Lancet, 375: 1388–1402.

Schmunis, G. A. (2007). Epidemiology of Chagas disease in non endemic countries: the role of international migration. Memórias Do Instituto Oswaldo Cruz, 102 (PAHO 2006), 75–86. http://doi.org/10.1590/S0074-02762007005000093

Schmunis, Gabriel A., and Zaida E. Yadon. 2010. "Chagas Disease: A Latin American Health Problem Becoming a World Health Problem." Acta Tropica 115(1–2): 14–21. http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001706X09003623.

03

Acceso al tratamiento para Chagas. Dificultades y desafíos: el caso de Argentina

| Soledad Ceccarelli

A modo de introducción

El Chagas es una problemática compleja de salud socio-ambiental que a tomado importancia a nivel mundial. Cuando se habla de "enfermedad de Chagas" se refiere puntualmente a los efectos que causa el parásito Trypanosoma cruzi sobre la salud física de las personas. Hoy en día hay dos medicamentos disponibles (Benznidazol y Nifurtimox) para tratar Ceccarelli, la infección por el parásito (Trypanosoma cruzi) que puede ocasionar la enfermedad y los misos están incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales para personas adultas y niños/as de la Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO por sus siglas en inglés) (World Health Organization (WHO), s.f.). Si partimos de que la Salud es un derecho garantizado por la Declaración de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948), y también por los pactos internacionales a los que la Argentina suscribe, entonces el acceso a estos medicamentos esenciales no debería ser considerado como un desafío, sino que debe ser un Derecho, contemplarse en el contexto general de garantizar el Derecho a la Salud y al acceso a los servicios de salud, y por consiguiente, considerar los medicamentos como un bien social y no como una mercancía.

Según datos oficiales de los últimos años para Latinoamérica (Chaves et al., 2017) la demanda del tratamiento respecto a la necesidad real es menor al 1%, mientras que solo el 10% de las aproximadamente 6 millones de personas infectadas acceden al diagnóstico (World Health Organization (WHO), 2015a). La población Argentina, junto a Brazil y México, se encuentra conformando el 62,4% de personas infectadas de toda Latinoamerica con un número estimado para el país de 1,6 millones de personas infectadas (3,7% de la población nacional) (World Health Organization (WHO), 2015a). Si bien no hay una cifra oficial exacta del número de personas infectadas que acceden a la medicación para Chagas en Argentina, en informes realizados por la Auditoría General de la Nación (AGN) al Programa Nacional de Chagas (Informe Auditoría General de la Nación (AGN) (2012), (2018)) se encontró que - entre otros incumplimientos - el número de pruebas diagnósticas y tratamientos realizados a niñas, niños y personas gestantes era inferior al establecido por la Ley Nacional de Prevención y Control de Chagas (Ley 26281, 2007). Estos datos nos permiten visualizar dificultades relacionadas con el acceso a la medicación en el país (y la región) y nos invita a discutir y trabajar en la búsqueda de respuestas y estrategias para lidiar con la complejidad de la problemática, tratando de interpelar a todos los actores sociales involucrados.

Así es que el objetivo de este trabajo estará centrado en la caracterización de la situación, y en la identificación y discusión de los diversos componentes que estarian ocasionando la dificultad de la comunidad en el acceso a la medicación para el tratamiento de Chagas en Argentina. En una primera parte a partir del

contenido troncal sobre el acceso a los medicamentos como derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos se describirá la problemática de chagas y el tratamiento farmacológico de la enfermedad; en una segunda parte, se expondrán las propuestas de abordaje para el control del chagas desarrolladas por órganos internacionales; en tercer lugar, se describirán los aportes y falencias de la regulación argentina para atender las dificultades en el acceso al tratamiento para la enfermedad de Chagas; para finalizar con conclusiones relevantes en la materia.

EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS COMO DERECHO A LA SALUD EN EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Hablar de Derechos es referir a las garantías que rigen nuestras vidas a través de distintas normativas nacionales e internacionales. Entre uno de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948), se encuentra el Derecho a la Salud, derecho universal e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos (a la vida, al territorio, a la alimentación, a la vivienda, al trabajo digno, a la educación, entre otros). El Derecho a la Salud no abarca solo la atención de las personas, sino también el respeto de los saberes y valores de las comunidades, sumado a la necesidad de garantizar la existencia de otros factores determinantes de la Salud. El Derecho a la Salud se encuentra reconocido expresamente en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (Naciones Unidas, 1966), en el cual Argentina se ha ratificado en 1986 (Ley 23313, 1986), y adquirió jerarquía constitucional con la reforma del año 1994, enunciando que el Estado argentino debe garantizar la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a la Salud para todas las personas que habitan el territorio nacional. Este artículo del PIDESC hace hincapié en el acceso equitativo a la asistencia sanitaria y en unas garantías mínimas de asistencia sanitaria en caso de enfermedad, dejando explícito en su punto 2 lo relacionado a: “las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho” (Naciones Unidas, 1966). Dentro de estas medidas está la obligación básica del Estado de facilitar los Medicamentos Esenciales; obligación de carácter inderogable y que un Estado Parte no puede nunca, ni en ninguna circunstancia, justificar su incumplimiento. Por su parte, la OMS recomienda que los medicamentos escenciales estén disponibles en los sistemas de salud en todo momento, en cantidades suficientes, en la presentación farmacéutica adecuada, con las garantías de calidad e información y a un precio que la comunidad pueda pagar.
En la concepción del Derecho a la Salud, en tanto derecho social, y los medicamentos en tanto un bien social, es fundamental la producción pública de medicamentos. Esto no debe contemplar solo a la producción en los laboratorios públicos, sino también a las políticas de compras centralizadas y planificadas, al control de precio

de venta al público, al control de uso racional, entre otras. Hace muchos años que es un hecho común que la industria farmacéutica decida que hay enfermedades que no le son rentables y por ende dejen de producir determinados medicamentos (Ugalde & Homedes, 2009). Entonces, si partimos de que los medicamentos son un bien social, pero la industrias farmacéuticas no los producen porque no les generan rentabilidad, entonces el Estado debe asumir el rol principal en la producción de medicamentos (sobre todo de los escenciales), garantizando el acceso al tratamiento a poblaciones que atraviesan enfermedades como el Chagas. Particularmente para caracterizar a Argentina, es uno de los pocos países de la región donde los laboratorios nacionales conforman el 60% del mercado interno local, existiendo alrededor de 40 laboratorios públicos que producen medicamentos. En los procesos de investigación, innovación y desarrollo de las empresas farmacéuticas nacionales, en los últimos 15 años, cada vez tiene más peso las articulaciones de las asociaciones público-privada (Basile, Gonzalo; Rodríguez Cuevas; Peidro, Ricardo; Angriman, 2019). El Ministerio de Salud de la Nación (MinSal) y la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) firmaron en el año 2017 un acuerdo de cooperación con 22 laboratorios públicos provinciales con el objetivo de promover la producción pública de medicamentos, vacunas e insumos médicos (Argentina. gob.ar., Portal Oficial del Estado Argentino, 2017). También existe una Ley Nacional de Promoción de la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas e Insumos Médicos (Ley 26688, 2011), aún con una débil implementación en el país.

LA PROBLEMÁTICA DE CHAGAS Y EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD

En Argentina viven más de un millón y medio de personas infectadas con el parásito que puede ocasionar la enfermedad (T. cruzi), representando el 20% de la población mundial con Chagas (World Health Organization (WHO), 2015a). Se conocen diversas vías de transmisión de este parásito, que se pueden agrupar en seis principales: 1) la vía vectorial, a través de insectos vectores infectados (triatominos); 2) la vía connatal o vertical, a través de una persona gestante infectada que lo transmite a su hijo/a; 3) la vía transfusional, por bancos de sangre no controlados; 4) la vía por trasplantes de algunos órganos infectados; 5) la vía oral, por ingesta de alimentos o bebidas contaminados con heces del parásito y 6) la vía por accidentes de laboratorio durante la manipulación del parásito. Hasta el momento, las dos primeras vías son las principales rutas de contagio del parásito (World Health Organization (WHO), 2017). A partir de la entrada del parásito en el cuerpo, se pueden diferenciar tres etapas: 1) fase aguda: dura entre 15-60 días luego de la entrada del parásito y se caracteriza por la presencia de grandes cantidades de estos circulando en sangre. Generalmente es una fase asintomática, con algunas excepciones y frecuencia

principalmente en niños/as, 2) fase indeterminada o crónica asintomática: deviene a continuación de la anterior. Puede durar varios años o incluso toda la vida. No se presentan síntomas y solamente se puede detectar a través de un análisis de sangre. La mayoría de las personas que tienen Chagas (alrededor de un 70%) se encuentran en esta situación y 3) fase crónica sintomática: el 30% restante de personas que tienen Chagas están en esta situación, manifestando algún cuadro clínico, entre veinte y treinta años después de haber contraído el parásito. Por lo anteriormente mencionado, es importante tener en claro que cuando se habla de "enfermedad de Chagas" se debe referir puntualmente a los efectos que causa el parásito Trypanosoma cruzi sobre la salud física de las personas, y contemplar que solo 3 de cada 10 personas infectadas desarrollan la enfermedad (Pinazo Delgado & Gascón, 2020) y el resto pueden transcurrir su vida como portadores/as del parásito sin desarrollarla. Es por ello que generalmente los nuevos casos suelen no ser detectados ni reportados.

Si nos referimos al tratamiento farmacológico (ya que también está el tratamineto de las manifestaciones clínicas), el mismo apunta a curar la infección y a prevenir que el parásito pueda invadir y lesionar órganos. Actualmente los únicos medicamentos tripanocidas autorizados son el Benznidazol y el Nifurtimox, incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales para personas adultas y niños/as de la OMS desde el año 1977 (Nifurtimox) y 1987 (Beznidazol) (World Health Organization (WHO), s.f.). Estas drogas fueron desarrolladas hace más de 50 años, resaltando la persistente falta de inversión en la investigación y el desarrollo de este tipo de fármacos (Ugalde & Homedes, 2009). Las mismas pueden provocar una serie de efectos adversos (dermatológicos, digestivos, neurotóxicos, entre otros), cuya intensidad y frecuencia suelen aumentar en función del tiempo de tratamiento y de la edad de quien lo recibe. Por este motivo, antes de comenzar el tratamiento es muy importante que el/la médico/a explique los posibles efectos adversos y las medidas terapéuticas para contrarrestar los mismos. Se ha demostrado que este tratamiento es tanto más efectivo cuanto antes se realice, implicando una eficiencia mayor en estadios tempranos de la fase aguda, así como en niños/as y adolescentes, alcanzándose en estas condiciones un éxito de curación del 70-95% (Pinazo Delgado & Gascón, 2020). No obstante, es fundamental tener en cuenta que a cualquier edad el tratamiento debe ser adecuadamente supervisado.

En los años 50 se sintetizó por primera vez el Nifurtimox y fue comercializado por Bayer. Hace algunos años este dejó de comercializarse en Argentina, y tampoco está disponible en muchos países endémicos. En 1968 se sintetizó el Benznidazol, y fue comercializado por Roche hasta que en el año 2003 comenzó un proceso hasta el 2006, en el que cedió la licencia y los derechos al Laboratorio Farmaceutico do Estado

de Pernambuco (LAFEPE) (Cañas, 2006). En el 2012 Argentina inicia la producción (mediante una iniciativa público-privada) de la formulación del comprimido Abrax (nombre comercial del Beznidazol) a cargo del Laboratorio Elea y la síntesis para la obtención de la materia prima por el Laboratorio Maprimed; sumándose la Fundación Mundo Sano y el Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Hasta el día de hoy, esta es la única formulación disponible para el tratamiento de la enfermedad de Chagas en nuestro país.

PROPUESTAS DE ABORDAJE PARA EL CONTROL DEL CHAGAS DESARROLLADAS POR ÓRGANOS INTERNACIONALES

Desde los organismos internacionales (OPS/OMS) se ha instado a los gobiernos donde se encuentre presente enfermedades infecciosas como el Chagas, a realizar una mayor inversión en su política de prevención y control sanitario, para reducir la cantidad de personas que no tienen acceso a la Salud (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2010, World Health Organization (WHO), 2015b). En la reunión del Consejo Directivo de la OPS y del Comité Regional de la OMS para las Américas llevada a cabo en 2016, se adoptó el Plan de Acción para la Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas y las Medidas Posteriores a la Eliminación 2016-2022 (Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2016). El plan parte de la necesidad de aumentar la detección y el diagnóstico tempranos de los casos y descentralizar la atención clínica, asegurar el acceso oportuno y asequible a los medicamentos para todas las personas que los necesitan, y garantizar los recursos humanos adecuados y suficientes. Si bien los objetivos y estrategias delineados por los organismos internacionales parecen ser claros, para alcanzarlos se requiere la implementación de políticas públicas adecuadas, una asignación de recursos suficientes, y una distribución y ejecución efectivas de esos recursos, tendientes a materializar los compromisos asumidos por Argentina en materia de Derecho a la Salud y a controlar una problemática como la del Chagas que, a pesar de sus años de existencia, continúa siendo desatendida.

APORTES Y FALENCIAS DE LA REGULACIÓN ARGENTINA PARA ATENDER LAS DIFICULTADES EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE CHAGAS.

A nivel nacional, en el año 2007 se sancionó la Ley Nacional de Prevención y Control de Chagas (Ley 26281, 2007) y la Ley Nacional de Pesquisa Neonatal (Ley 26279, 2007), ambas hasta el día de hoy sin regalamentar ocasionando que la implementación no sea uniforme a nivel nacional. Si bien Argentina es un país

federal, las facultades de las provincias y de la Nación son concurrentes a la hora de garantizar el Derecho a la Salud, teniendo la obligación de garantizar prestaciones básicas de salud pública ante las falencias de otras autoridades corresponsables. Es por esto que le corresponde al Estado nacional cumplir la obligación de garante final de los derechos consagrados en los tratados internacionales, en particular con relación al Derecho a la Salud, ya que no puede excusarse en el incumplimiento de las instancias provinciales, para no cumplir con su propia obligación.

EL PROGRAMA NACIONAL Y EL PLAN NACIONAL DE CHAGAS. ACCIONES ESTATALES FRENTE AL TRATAMIENTO

Mediante Resolución Ministerial se creó el Programa Nacional Concertado de Prevención y Asistencia Integral a la Enfermedad de Chagas, cambiando luego su denominación por "Programa Nacional de Chagas". En el marco de este Programa se aprueba el Plan Nacional de Chagas (2011-2016) (Ministerio de Salud, 2012), que tenia como uno de los objetivos principales el de optimizar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de la infección aguda y crónica de Chagas, a través de la compra y distribución gratuita de la medicación tripanocida desde el Ministerio de Salud de la Nación hacia los programas provinciales de Chagas. Estos, a su vez, los distribuyen a hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) -dependientes del subsistema público- según la demanda. Si bien, el sistema de salud argentino cuenta con cobertura pública, gratuita y universal, la disponibilidad de la medicación y la prescripción médica para el tratamiento etiológico del Chagas ha sido históricamente baja, sobre todo en el primer nivel de atención (Escobar et ál, 2011). En su informe del año 2012 (Auditoría General de la Nación (AGN), 2012), la Auditoría General de la Nación manifestó que el número de controles serológicos y de tratamientos alcanzaba solo a un 5.7% de la población de niños y niñas de entre 6 y 12 años, lo que significa que no se efectuó el control, el diagnóstico y el tratamiento oportunos de un importante sector de la población destinataria.

Durante el último gobierno neoliberal presente en Argentina se desarticuló el Programa Nacional de Chagas y actualmente todo lo relacionado a esta problemática (junto a otras enfermedades) está a cargo de la Dirección de Control de Enfermedades Transmisibles por Vectores, la cual se encuentra bajo dependencia de la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles. Esta variación no solo implicó una disminución del nivel jerárquico sino también en la capacidad de decisiones y acciones. Hace varios años que se ve una disminución en el financiamiento para las acciones e intervenciones relacionadas con la enfermedad de Chagas (Auditoría General de la Nación (AGN), 2018). Según un informe de la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), 2019),

el ajuste en “Prevención y Atención Integral a la Enfermedad de Chagas” fue de 29,72% y el financiamiento para “Fortalecimiento de la Interrupción del Chagas” (financiada con un préstamo internacional FONPLATA), se redujo en un 48.97% entre 2018 y 2019. Por otra parte, a la reducción de los recursos se suma una sistemática subejecución de las partidas. En 2017 se utilizó un 28% menos de los recursos disponibles, en 2018 la subejecución fue del 13% y, en los diez meses que habian transcurrido del 2019 al momento del informe, la Secretaría de Gobierno de Salud sólo había ejecutado el 47,7% del crédito vigente.

DIFICULTADES EN EL ACCESO A LA MEDICACION PARA EL TRATAMIENTO DEL CHAGAS

Según dos estudios realizados (Klein et al., 2017; Roberti, 2020), en donde se entrevistaron actores sociales pertenecientes al entonces Programa Nacional de Chagas y a miembros de los equipos de salud del primer nivel de atención, con el objetivo de identificar barreras para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Chagas en diferentes niveles (administrativo, efectores de salud y comunidad); se identificaron diferentes obstáculos asociados a la falta de acceso al tratamiento por parte de la población infectada. Los principales obstáculos que fueron obtenidos son los siguientes: la falta de búsqueda sistemática de casos, la poca articulación entre los niveles de atención y los actores del sistema de salud, la falta de capacitación del equipo de salud respecto al tratamiento, la falta de seguimiento de las personas infectadas, como también que los profesionales perciben un número excesivo de programas, pocos insumos y recursos humanos, insuficiente capacitación, material informativo desactualizado, trabas burocrática para pedido de insumos y medicación, falta de vinculación en niveles de atención y fragmentación de registros.

A modo de conclusion

Con base al objetivo planteado de caracterizar la situación, identificando y discutiendo los diversos componentes que estarian ocasionando la dificultad por parte de la comunidad en el acceso a la medicación para el tratamiento de Chagas en Argentina, se puede decir que la información disponible sobre los esfuerzos que realiza el Estado argentino para controlar, prevenir y tratar la enfermedad de Chagas y las variaciones en la implementación de dichas acciones a lo largo del tiempo, evidencian que los aspectos presupuestarios, programáticos e institucionales no

han sido suficientes para dar cumplimiento cabal a las disposiciones de la Ley Nacional de Prevención y Control de Chagas (Ley 26281, 2007) y la Ley Nacional de Pesquisa Neonatal (Ley 26279, 2007). Estas leyes asignan carácter prioritario a la prevención, al control de todas las formas de transmisión de la enfermedad en Argentina y al tratamiento; así como también que los/as niños/as deben ser diagnosticados y tratados de manera adecuada y de forma oportuna.

Algunos pesamientos y recomendaciones

La vinculación entre el Estado, el sector productivo y el sector científico y tecnológico de un país es clave. Si se tienen relaciones fuertes entre las tres partes, mayor va a ser la independencia del país. La producción pública de medicamentos es un claro ejemplo de este tipo de vinculaciones, que puede funcionar con el Estado estableciendo políticas de medicamentos, estableciendo e implementando instrumentos de financiación para que los laboratorios puedan funcionar, coordinando programas, articulando los laboratorios entre sí para aumentar la eficacia y la organización en red. Por su parte, el sector científico y tecnológico (universidades, institutos y organismos de ciencia y técnica) puede tomar parte en el desarrollo de nuevos medicamentos, en la síntesis de principios activos (que hoy en día mayormente se importan), el Instituto Nacional de Tecnologia Industrial (INTI) realizando el control de calidad de los medicamentos que producen los laboratorios públicos, el desarrollo de equipamiento, entre otras cosas que se pueden implementar y son completamente viables para aumentar y fortalecer las relaciones de esta vinculación, aportando soberanía e independencia a nuestro país.

Para alcanzar el control del Chagas se requiere asegurar recursos adecuados para ese fin, optimizar el funcionamiento del sistema de información, mejorar la ejecución técnica y presupuestaria de los programas existentes e implementar uno destinado al mejoramiento de las viviendas y las condiciones habitacionales de la población en situación de riesgo, garantizando la integración de la persona portadora crónica con y sin síntomas, en un programa que garantice el diagnóstico anual de su condición, el tratamiento oportuno de la sintomatología y la protección de su derecho al trabajo digno y asalariado, garantizando sus libertades y su oportunidad de desarrollo humano y social. Para esto es indispensable y prioritario una correcta implementación de las regulaciones a las leyes nacionales mencionadas que llevan mas de 10 años sin reglamentar.

Más allá de todas las recomendaciones que se pueden plantear, no se debe dejar de lado que la problemática de Chagas, por sus características específicas y las de la

población a la que atraviesa en mayor medida, ha sido siempre caracterizada como "desatendida", "invisibilizada" y "silenciosa"; no se va a encontrar ningun camino nuevo ni "soluciones mágicas" si no se llevan a cabo acciones integrales. Estas deben estar basadas en la asistencia al hábitat y la vivienda, en la prevención, en la comunicación, en el autocuidado, en la promoción de la salud. Al mismo tiempo, es fundamental una adecuada articulación entre los diferentes niveles de atención de las provincias y la Nación; atender de manera integral las diversas dimensiones relacionadas con la problemática e impulsar políticas efectivas de concientización, educación y capacitación de operadores/as de la salud, la educación y la sociedad en general.

Referencias bibliográficas

Argentina.gob.ar., Portal Oficial del Estado Argentino. (2017, 12 de julio). EL Ministerio de Salud y ANLAP firmaron convenio histórico para la producción pública de medicamentos. https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministerio-de-salud-y-anlap-firmaron-convenio-historico-para-la-produccion-publica-de

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ). (2019). *Datos para mirar el proyecto de presupuesto 2020. Cómo poner un freno a la regresividad en la prevención y control del Chagas. Pensar el presupuesto es pensar los derechos.* https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2019/10/Informe-Chagas-Semana-del-Presupuesto-2019.pdf

Auditoría General de la Nación (AGN) (2012). Informe de Auditoría sobre el Programa Nacional de Chagas (Resolución N°. 20/2012). https://www.agn.gob.ar/sites/default/files/informes/Informe_020_2012.pdf

Auditoría General de la Nación (AGN) (2018). Informe de Auditoría de Control de Gestión Ambiental Realizado en el Programa Nacional Concertado de Prevención y Asistencia Integral de la Enfermedad de Chagas del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución N°. 79/2018). https://www.agn.gob.ar/sites/default/files/informes/informe_079_2018.pdf

Basile, Gonzalo; Rodríguez Cuevas; Peidro, Ricardo; Angriman, A. (2019). *Estudio caracterización del Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero hoy. Fusiones multinacionales, concentración económica e impacto en el acceso a los medicamentos y destrucción de fuentes de trabajo en el sector.* www.apm.org.ar

Cañas, M. (2006). Novedades en los medicamentos para el Chagas, Nifurtimux y Benznidazol. *Noticias de América Latina*, *9*(1), 26–28. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602017000200009&lng=es&tlng=es

Chaves, G. C., Arrieche, M. A. S., Rode, J., Mechali, D., Reis, P. O., Alves, R. V., Stobbaerts, E., Aguilar, N. G., & Ribeiro, I. (2017). Estimación de la demanda de medicamentos antichagásicos: Una contribución para el acceso en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica*, *41*(1), 1–8.

https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.45

Escobar, P., Colantonio, L., Freilij, H., Sosa- Estani, S. (2011). *Diagnóstico y tratamiento en Enfermedad de Chagas: relevamiento de experiencias en efectores de atención primaria de la salud.* 2° Encuentro Nacional sobre Enfermedades Olvidadas y XIV Simposio Internacional Sobre Control Epidemiológico de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Fundación Mundo Sano. Buenos Aires, Argentina.
Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2007, 8 de agosto). Ley 26279. Pesquisa Neonatal. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26279-131902/texto

Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2007, 8 de agosto). Ley 26281. Prevención y Control de Chagas. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/130000-134999/131904/norma.htm

Klein, K., Burrone, M. S., Alonso, J. P., Ares, L. R., Martí, S. G., Lavenia, A., Calderón, E., Spillmann, C., & Estani, S. S. (2017). Estrategia para mejorar el acceso al tratamiento etiológico para la enfermedad de Chagas en el primer nivel de atención en Argentina. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, *41*(4), 1–8. https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.20

Ministerio de Salud. Salud Pública. (2012, 13 de junio). Apruébase el Plan Nacional de Chagas 2011-2016. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000- 199999/199000/norma.htm#:~:text=Que%20por%20Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%BA,N%C2%BA%201543%20del%203%20de

Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). Plan de Acción para la Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas y las Medidas Posteriores a la Eliminación 2016-2022. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31439/CD55-R9-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Estrategia y Plan de Acción para la Prevención, el Control y la Atención de la Enfermedad de Chagas. http://www1. paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R17-s.pdf

Pactos Internacionales. (1986, 17 de abril). Ley 23313. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/23782/norma.htm

Pinazo Delgado, M. J., & Gascón, J. (2020). *Chagas disease. A neglected tropical disease* (M.J. Pinazo Delgado & J. Gascón eds.). Springer.

Roberti, J., Alonso, J. P., Rouvier, M., Belizán, M. & Klein, K. (2020) Abordaje de la enfermedad de Chagas en el primer nivel de atención: investigación cualitativa en una zona endémica de Argentina. *Interface: comunicaçao, saúde, educaçao*, 24, e200104. https://doi.org/10.1590/interface.200104

Salud Pública. (2011, 29 de junio). Ley 26688. http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/Medicamentos/Ley_26688.pdf

Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/

Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales. http://www.ohchr.org/SP/Professionalinterest/Pages/CESCR.aspx

Ugalde, A., & Homedes, N. (2009). Medicamentos para lucrar. La transformación de la industria farmacéutica. *Salud Colectiva*, *5*(3), 305–322. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300002

World Health Organization (WHO). (s. f.). Model List of Essential Medicines. Consultado el 28 de febrero de 2021. https://list.essentialmeds.org/

World Health Organization (WHO). (2015a). Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates. *Weekly Epidemiological Record*, 33–44. https://www.who.int/wer/2015/wer9006.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). (2015b). Third WHO report on neglected diseases: Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases. *World Health Organization*. https://doi.org/ISBN 978 92 4 156486 1

World Health Organization (WHO). (2017). Fourth WHO Report on neglected Tropical Diseases: Integrating neglected tropical diseases into global health and development. *In World Health Organization* 4: 1-271. URL: https://www.who.int/neglected_diseases/resources/ 9789241565448/en

04

Una aproximación a la epidemiología crítica del consumo problemático de sustancias psicoactivas desde la mirada de la Soberanía sanitaria y de salud Sur-Sur

| Ricardo Gabriel Iufe

Introducción de la temática y del problema a ser abordado

a. Justificación

Si bien no es privativo solo del sistema de salud, este debe ocuparse de los aspectos problemáticos del consumo de sustancias psicoactivas. Lo han hecho con reticencias y según pautas de difusión internacional de salud global, y en los mejores casos mediante la adaptación local de mecanismos desarrollados en los países centrales del norte dominante, y aplicados según moldes coloniales en nuestros países periféricos. De esta manera, tendieron a su "medicalización" [1](Touzé, 2008,p. 2) ya sea en los tratamientos para adictos yen los modelos terapéuticos, o en lasestrategias de prevención.

Hoy estamos frente a la necesidad de pensarnos más allá de un único punto de vista, intentando salir del relato reduccionista, unilateral, unicultural, antropo y eurocéntrico, colonial y funcionalista[2]. Debemos generar un proceso crítico, multicultural y del sur, en una trama de interrelaciones para la emancipación, autonomía y soberanía, en un saber legítimo para ser utilizado por los pueblos.

En este trabajo se reflexionará críticamente sobre los aspectos epidemiológicos utilizados para la medición social del consumo de sustancias psicoactivas (drogas) en su lógica tradicional[3], de los factores individuales fraccionados. Se buscará un análisis más amplio hacia los modos de vida colectivos y los estilos de vida individuales.

---

1 Es un proceso de conversión en cuestiones patológicas de situaciones que son normales en la cotidianeidad, que no son médicas sino sociales, y que se pretende resolverlas mediante la medicina.

2 Que solo reconoce una sola forma, que niega complejidades, diversas miradas y culturas, que se centra en los europeos y en el hombre como estereotipo de explicación, y que ve en el funcionalismo en la vida cotidiana la representación de la forma en que una persona tiene para adaptarse al entorno en el que vive, siendo esta su realidad. El funcionalismo es una teoría de las ciencias sociales que plantea que todos los aspectos de una sociedad (instituciones, roles, normas, etc.) cumplen un propósito y son indispensables para su reproducción y supervivencia. Las partes "funcionan" juntas para promover la armonía social, no puede haber conflictos, ni protestas, y se debe minimizar la crítica. El cambio se da por la "evolución natural" negando el conflicto.

3 Llamaremos para este trabajo a la perspectiva epidemiológica hegemónica descripta como la mirada tradicional sobre la temática y su medición.

b. Relevancia

Contribuir al conocimiento de las políticas en materia del consumo de sustancias psicoactivas y de sus aspectos problemáticos, reflexionando sobre una herramienta epidemiológica utilizada como evidencia, tendiendo a superar la rigidez de los números, de los reduccionismos, polarizaciones, y miradas fragmentadas. Se busca un aporte para discutir sobre las líneas de innovación de la ciencia y de su método, en un replanteamiento de la relación entre el saber científico, y el conocimiento popular, teniendo en cuenta desigualdades, clases sociales, formas de trabajo, entorno ecológico, género, raza, etnicida de interculturalidad, desde una perspectiva teórica del realismo dialéctico [4](Breilh, 2003, p. 23).

c. Propósito

Buscaremos enunciar sobre cuestiones contra hegemónicas[5] en una visión crítica tendiente al reemplazo del causalismo determinista[6], de la enfermedad en un "huésped pasivo", cuestionando los conceptos de riesgo,o el de la mayor exposición a factores negativos que lleva a enfermar.

---

4 Algunos filósofos de la Antigüedad entendían por dialéctica el arte de descubrir la verdad poniendo de manifiesto las contradicciones en la argumentación del adversario y superándolas. Para Hegel sirve para comprender y expresar la situación real del mundo. El carácter dialéctico de lo real significa que cada cosa es lo que es, y sólo llega a serlo en interna relación y dependencia con otras cosas. Para Marx, la dialéctica concibe al movimiento como uno de los elementos más importantes para el ser "la realidad está sometida al devenir y la historia", es decir, quien no comprenda el cambio como un proceso que forma parte de la construcción de un objeto, es incapaz de comprender la concepción del objeto. Todo está unido, ya que existe una conexión universal, y la realidad constantemente se transforma. Presenta dos métodos de comparación por los contrapuestos, existen contradicciones principales y secundarias, existe tensión, descanso y consolidación. En el método dialectico, la tesis es una proposición que se da por verdadera hasta el surgimiento de la antítesis, otra proposición que la contradice. El proceso dialéctico entre la tesis y la antítesis concluye con la síntesis, la proposición resultante que supera la contradicción y genera una nueva tesis, todo en un movimiento espiralado.

5 El término hegemonía tiene su raíz etimológica en la palabra griega *eghesthai* que significa "conducir", "guiar", "comandar". **S**e refiere a la **dirección suprema**, la **preeminencia** o el **predominio**. Implica una situación de influencia que se registra en varios niveles y ámbitos de la vida. Es un concepto desarrollado por el filósofo y político marxista italiano **Antonio Gramsci**, quien entendía la hegemonía cultural como el domino, en términos de imposición, del sistema de valores, creencias e ideologías, por parte de una clase social sobre las otras, fundamentalmente de la burguesía dominante sobre la clase obrera y otros sectores populares subordinados. La clase hegemónica, así, ejerce el control de las instituciones y de las formas de producción. La contrahegemonía, entonces, se refiere a la construcción de una visión alternativa y que le dispute su espacio en base a otras pautas que no se aliñen con las del dominio, sino sobre pautas igualitarias y solidarias, mediante un bloque de poder conformado por la alianza de los sectores sociales subordinados.

6 El determinismo sostiene que cualquier tipo de evento proviene directamente de una causa, y que el evento deriva de ésta invariablemente en forma de un monismo interpretativo en el que un solo tipo de "causa" explica todos los procesos en forma mecanicista, negando la contingencia, la discontinuidad, y la contradicción (Breilh, 2003 p. 125). La

Se analizará el trabajo del Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) sobre consumo de sustancias psicoactivas, sexto Estudio Nacional de 2017 en población general de 12 a 65 años. Trabajo que forma parte del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas de la CICAD[7], impulsado por esta agencia de la OEApara Latinoamérica y el Caribe, en cuanto a metodologíasy conceptualizacionessobre el tema.

Primero se planteará el marco general de la salud globaldesdeconceptos de Gonzalo Basile, Oscar Feo, Martínez Martíny Anne-EmanuelleBirn, entre otros. Luego setratarásobre la epidemiología que llamamos tradicional y sobre la postura crítica, a partir de Jaime Breilh y Naomar Almeida Filho. Veremosla construcción del abordaje del consumo de sustancias psicoactivas y de su estudio desde la epidemiologíatradiconal. Finalmente se haráun inicio de propuesta de epidemiología críticay dialéctica de una unidad lógica sobre el consumo de sustancias psicoactivas según la matriz de procesos críticos descripta por Jaime Breilh.

III. Cuerpo del trabajo
a. Marco teórico- a.1. El marco de la salud global

En la actualidad, al inicio de la tercera década del siglo XXI, el poder concentrado en los conglomerados financieros globales del gran capital internacional es dominante y lleva al retroceso de derechos y a la degradación de la vida humana y de la naturaleza, mercantilizándolas (Breilh, 2003, p. 105). En este marco se toma a la salud como asunto internacional, la salud global, que delimita un campo de conceptos de la modernidad, aplicados a la salud, en los esquemas de dominación internacional, es decir, es la geopolítica de las relaciones internacionales que influyen en la agenda sanitaria (Martínez Martín, 2011, p. 215). Se demarcan parámetros tecnocráticos

epidemiología empírica tradicional lo adoptó como su forma preeminente, la de construir las relaciones y explicaciones epidemiológicas en forma causalista.

7 La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) es el foro político para tratar el tema del consumo de sustancias psicoactivas, comoun órgano consultivo y asesor de la Organización de Estados Americanos (OEA). Es para discutir y encontrar soluciones de asistencia técnica hacia los países miembros sobre el tema. Esta hegemonizado y sometido en sus decisiones fundamentales por los EE.UU.

de las cuestiones sanitarias en lo internacionalen un dispositivo de Salud Global Internacional (SGI) (Basile, 2018, p. 18). Este sanitarismo globalizante incorpora la perspectiva de derechos humanos y de género, la participación de las comunidades y las respuestas de los gobiernos locales, en una matriz de metas globales[8] , de manera que el término salud global domina el discurso político mundial de la salud articulando una supuesta nueva agenda (Birn, 2011, p. 101). Esta ampliación y actualización es un disfraz del viejo marco conceptual de la salud internacional panamericana: privatista, vertical y enfermóloga[9] (Basile, 2018, p. 17-18). Se trata de un negocio global en las agendas de la OMS (OPS)[10] , del Banco Mundial y de las corporaciones del "filantro-capitalismo" de cooperación de los países dominantes del norte (Basile, 2018, p. 18). Colonizan con sus lineamientos los programas de posgrados, las maestrías y departamentos universitarios, la investigación académica ya las áreas gubernamentales sanitarias (Basile, 2018, p. 22-23). En verdad, los actores privados globales del mercado se apropian de las ganancias, dejando para los Estados los gastos y las problemáticas de las poblaciones que no son negocio rentable en lo inmediato (Basile, 2018, p. 20). Se impone y naturaliza un supuesto discurso modernizador para la acumulación de capital acelerado de un complejo médico-industrial-farmacéutico-financiero, donde los últimos imponen su lógica de acción global de negocios, maximizando ganancias a cualquier costo. Más allá de los discursos progresistas de promoción de hábitos saludables y/o preventivos, lo que prima es actuar sobre las enfermedades, la aplicación de tecnologías médicas, el beneficio privado, y la financierización de los bienes públicos, en una práctica curativa ligada a la lógica comercial en la salud (Basile, 2018, p. 22-23). El poder del complejo político liberal de los Estados centrales, a través deagencias de cooperación bilateral y de organismos internacionales, plasma una división internacional del trabajo en salud donde el sistema financieropasa a ser el responsable de las políticas. Crean la apariencia de escenarios de pensamiento de cada país, mientras aplican políticas únicas, donde todo lo que surja alternativo será inexistente y marginal (Basile, 2018, p. 22-23). Esto lleva a contradicciones entre lo macro y lo micro en salud, en la sociedad en general, en los modos de vida particulares de los grupos y en los estilos de vida

8 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio u Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS.
9 Que trata más de la enfermedad que de la salud.
10 Organización Mundial de la Salud dependiente de la Organización de Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud, dependiente de la Organización de Estados Americanos.

personales (Breilh, 2003, p.38-39-41). El capitalismo, en su etapa actual neoliberal de extraccionismo maximizado, cuenta con el miedo, con mecanismos de control cultural rectores de la vida y de su reproducción (Breilh, 2003, p.28). La cuestión del consumo de sustancias psicoactivas encaja y sirve en este marco. La forma de recabar la evidencia para poder orientar políticas y sistema para la acción debe también ser funcional a esa lógica.

a.2. La cuestión epidemiológica tradicional y la visión crítica en la construcción del abordaje de la temática del consumo de sustancias psicoactivas

Como vimos, en el conocimiento científico convencional se reduce la salud a la enfermedad individual, a lo observable y unidimensional, en un orden mecánicamente determinado por leyes determinísticas (Breilh, 2003, p. 46). Es un objetivismo metodológico para la salud[11] dentro del paradigma positivista[12], donde la realidad se desarrolla en un solo plano, con partes conectadas de manera empírica, lineal y funcional. En este encuadre la epidemiología se endureció hacia un perfeccionamiento formal para la consistencia interna de sus asociaciones verificables (Breilh, 2003, p. 46). Así, en su versión tradicional, la epidemiología es "el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios" (Last, 1995, citado en Beaglehole et. al, 2003, p.14). Las opciones del subjetivismo, las corrientes del construccionismo psico-cultural o la fenomenología, significaron un empirismo ingenuo de signo cualitativo[13] sin integrar lo micro, lo diverso y complejo, con lo macro, de manera que quedo encerrado en el mismo paradigma epidemiológico (Breilh, 2003, p. 48). Por lo tanto, tanto el método como

11 El objetivismo es una posición epistemológica que da primacía al objeto en sus relaciones con el sujeto, ya sean estas cognoscitivas o valorativas.

12 Considera que el único medio de conocimiento es la experiencia comprobada o verificada a través de los sentidos y en especial por la observación.

13 "El enfoque metodológico empiricista es caracterizado por una ontología atomista, una metodología asociativa factorial y una práctica funcional circunscrita a la corrección puntual de factores. Enfoque metodológico formalista, dado por una ontología discursivista y simbólica, una metodología de recorte descontextualizado de construcciones subjetivas —relativismo, culturalismo y solipsismo—, que si bien activa el sujeto del conocimiento, lo reduce a su ámbito local y a los relatos diversos pero inconexos del mundo microsocial, ligándose a una concepción fragmentaria de la práctica, circunscrita a las concepciones culturales y a los límites de las percepciones inmediatas de cada grupo" (Breilh, 2003, p. 85).

las bases de información se estructuraron como formas de poder simbólico.[14] La estadística cuantitativa, basada en cuestionarios de encuestas, paso a ser su herramienta, que sí es la única fuente de datos presenta una visión congelada y ahistórica, de una interpretación desde las estadísticas matemáticas (Breilh, 2003, p. 122). Los cuestionarios no expresan, sino que ocultan y niegan las diferencias y la desigualdad, el disfrute y/o el padecimiento, los procesos benéficos y/o destructivos, la concentración de poder y las relaciones sociales de dominación, que se relacionan con la salud (Breilh, 2003, p. 60).

"...los cuestionarios de una encuesta aplicada a una muestra poblacional no bastan para pensar y construir el objeto salud, con todas sus dimensiones y recogiendo simultáneamente la historia del todo y de las partes (...) La complejidad y el movimiento del objeto epidemiológico requiere la triangulación[15] de procesos metodológicos atributivos y formales, de razonamientos económicos, sociales y antropológicos, de recursos de lasciencias sociales ligados a los de las ciencias biológicas..." (Breilh, 2003, p. 90).

La epidemiología tradicional es una técnica empírica o descriptiva, reducida a laconstrucción de modelos de asociación y conjunción entre sujeto y objeto (Breilh, 2003, p. 92). Dejó de lado la relación dinámica entre éstos,su praxis dialéctica, donde el sujeto,en su faz colectiva e individual, se relaciona con el objeto que conoce, por lo que este contiene siempre elementos subjetivos (Breilh, 2003, p. 43-44). Para el consumo de sustancias psicoactivas se utiliza este modelo tradicional de causalidad de las enfermedades transmisibles, aplicada a la triada epidemiológica o modelo ecológico, donde la enfermedad es el resultado de la interacción entre el agente (el objeto droga), el huésped susceptible (el consumidor de droga o drogadicto), y ambos en interacción con el ambiente. A grandes rasgos, el huésped es un humano genérico, en general pasivo, sin condición social, ni género, cultura o etnicidad intrínseca; el agente es el objeto"droga", también sin historia, es el vector activo

14 Pierre Bourdieu denominó poder simbólico a una forma de entender y ser subordinado, transformado, irreconocible, pero a la vez legitimado y existente, que se expresa diferenciado de otras formas de poder.

15 Todd Jick en su artículo "Mezclando métodos cualitativos y cuantitativos: triangulación en acción", plantea que triangular tiene una tradición en las ciencias sociales, para propugnar el uso de muchos métodos en torno a un mismo foco temático, mediante su combinación en el estudio de un mismo fenómeno, donde los métodos cualitativos (por ejemplo, el trabajo de campo) y los métodos cuantitativos (las encuestas) son, en verdad, dos extremos de un continuum, en una investigación integrada (Samaja, 2018, p. 431-432).

que lleva a enfermar al huésped; y al ambiente lo fragmentan en factores sociales determinantes y atomizados, solo en relación con la historia de la enfermedad y como condiciones de posibilidad aisladas que sirven a la sumatoria de factores de riesgo de exposición para su ocurrencia sobre el huésped en forma probabilística (Feo, 2020). Los factores del agente, o sea su grado de patogenicidad, la capacidad de generar adicción de la droga, sumados a los factores de predisposición en el perfil psicológico del huésped, en un ambiente "de riesgo", dan un grado de exposición de un individuo para enfermar, es decir, para ser vulnerable frente a las drogas, ser "drogadicto". La historia natural de la enfermedad, desde su inicio hasta su resolución, es un molde, un camino a transitar. Es la manera de evolucionar de la enfermedad cuando se abandona a su propio curso. Se inicia con la exposición de un huésped susceptible a un agente causal y termina con la recuperación, la discapacidad o la muerte, como una cadena epidemiológica única (MOPECE, 2001,p. 17-18-19). Para el consumo de sustancias psicoactivas se sostiene que se comenzará con un cigarrillo de tabaco, en un acenso que es un camino único hacia otras drogas y a su dependencia total de estas que despersonaliza. Se divide a la realidad en "factores de exposición", con una causalidad de "factores de riesgo", por lo tanto, la acción se reduce a la corrección funcional de los riesgos sumados, disminuyendo los más negativos. Así, el predominio de procesos críticos de exposición, pueden ser eventuales, crónicos o permanentes (Breilh, 2003, p. 88). Para el consumo de sustancias psicoactivas, cuanto mayor sea el contacto (exposición) con las drogas, mayor será el riesgo de consumirlas, y si se suman otros factores de riesgo de la persona y de su ambiente, mayor será su probabilidad de sufrir esta enfermedad cerebral definida hasta hace poco como crónica, recidivante e irreparable.[16]

Si el marco desde donde se realizan las investigaciones y estudios parte de modelos

16 Alan I. Leshner, director del NIDA, oficializó la consideración de la dependencia a las drogas como una enfermedad cerebral crónica y recidivante. No debería perseguirse la "curación", sino el manejo de las inevitables recaídas. Ningún profesional puede distinguir, ante dos pruebas de neuroimagen, cuál de ellas pertenece a un dependiente a las drogas y cuál a una persona que no lo es. Los interesados en ratificar el modelo han seleccionado muestras de los consumidores de drogas más deteriorados para encontrar pruebas de alteraciones estructurales. En la práctica, en la mayor parte de los casos, esas alteraciones son tan sutiles que no permiten atribuir causalidad a las drogas. Para ampliar ver en: Puerta, Carmen (Licenciada en Medicina y Cirugía / Doctor en Psicología) Mayo 2017. La falacia de la adicción como enfermedad cerebral. Las drogas.Info. En: https://www.lasdrogas.info/opiniones/la-falacia-de-la-adiccion-como-enfermedad-cerebral/

interpretativos y prácticos, y de paradigmas científicos hegemónicos que se rigen por condicionamientos culturales y presuposiciones que desconocen las demandas, posibilidades, juegos de poder y presiones de la práctica social, solo podemos esperar que sus diseños apunten a dar respuestas dentro de ese esquema (Breilh, 2003, p. 54).

La caracterización tradicional respecto al tema del consumo de drogas, tal como señala el CIE10[17], diferencia entre su uso esporádico y/o recreativo y sin compromiso aparente con la enfermedad; el uso abusivo que es susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente al sujeto y/o a su entorno; y la "adicción" o "dependencia", donde aparecen rasgos físicos y/o psíquicos, y a la vez conductas sociales de un "impulso irrefrenable", que abarca a todas las instancias vitales de esa persona. Es una enfermedad y un síntoma que expresa causalidades, es una conducta individual y un hecho colectivo, es una rareza de ciertos grupos sociales y un "flagelo" extendido en la sociedad, es una dependencia, una adicción, una habituación, una manía y un vicio, como también una necesidad física, química, biológica y/o comportamental irrefrenable, pero también algo recreacional y circunstancial, es un hecho histórico de todas las culturas y a la vez un fenómeno propio de las sociedades modernas contemporáneas. La medición epidemiológica, mayormente cuantitativa, da cuenta del paradigma tradicional sintener en cuenta todos estos movimientos, es estático y no remite a procesos complejos en espacio y tiempo, ya que homogeneiza y generaliza. Para la gestión de 2017 del Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), en su manual de epidemiología, se plantea que el enfoque epidemiológico permite conocer el estado de situación y describir cómo se distribuye en las diferentes poblaciones estudiadas, cuáles son los determinantes de tal distribución, la evolución de la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas a lo largo del tiempo, sus factores de riesgo y de protección, los grupos de mayor exposición o riesgo. Luego se señala que este enfoque sirve para contribuir al diseño de estrategias y acciones de vigilancia, prevención y

17 Es la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1992. El Código Internacional de Enfermedades (CIE 10), tiene como propósito permitir el registro sistemático, análisis, interpretación, y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas.

control, evaluación de políticas, programas e intervenciones, referidos al consumo de sustancias psicoactivas (Manual de epidemiología OAD, 2017,p. 7-8). Si bien este documento acepta que el marco metodológico de investigación debe ser el de los modelos multi-método, "a partir de diversas fuentes de información y de modalidades de análisis de los datos para abordar y comprender de manera más integral la problemática", privilegia con un estatus jerárquico superior a la medición numérica y el análisis estadístico cuantitativo, para establecer patrones de comportamiento y regularidades, estudiar relaciones entre variables, probar teorías, explicar y/o predecir hechos (Manual de epidemiología OAD, 2017,p. 8).

b. Desarrollo temático

b.1. La medición epidemiología del sexto Estudio Nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas, de 2017

El trabajo del Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), sexto Estudio Nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas, de 2017, financiado por el Estado Nacional de la República Argentina, es un típico trabajo de investigación cuantitativo, por encuesta, para expresar las medidas epidemiológicas tradicionales en salud, aplicadas al consumo de sustancias psicoactivas. El informe comienza con una amplia presentación sobre las razones de su realización en coordinación con organismos panamericanos de la CICAD-OEA, sobre cuestiones metodológicas y técnicas bajo estrictas pautas científicas de validación estandarizadas. Plantea que es un estudio generado desde el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID)[18] , que se lleva a cabo desde hace años en varios países de la región, supeditados al organismo internacional y sus lineamientos.

El objetivo principal del estudio es:

"...obtener información actualizada sobre la magnitud del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país, los diferentes patrones de uso, el perfil

18 En Argentina el OAD-SEDRONAR lo está realizando desde 1999, no con continuidad, se lleva a cabo según indicaciones y cambios consensuados, pero sobre el modelo establecido por el OID para los países de la región. Cabe señalar que el Observatorio Europeo de Drogas tiene un modelo similar.

socio demográfico de los usuarios (...) como así también poder indagar sobre la percepción que la sociedad tiene del riesgo vinculado a diferentes sustancias y su vulnerabilidad en cuanto a la exposición al ofrecimiento de drogas (...) para la evaluación y el diseño de políticas públicas sobre drogas, tanto de prevención como de asistencia, ya que por sus características metodológicas este estudio permite estimar de manera amplia y estadísticamente potente, la situación del país en cuanto al consumo de sustancias..." (Sexto Estudio... 2017, p. 3).

Es de resaltar la mención a lo "estadísticamente potente". Estos párrafos son ilustrativos de lo que veníamos planteando sobre la intencionalidad de esta forma de pensar lo epidemiológico. A partir de una mirada sincrónica de un determinado periodo de pocas semanas en el que se la realiza la encuesta, con una impronta ideológica de carácter positivista y funcionalista, el estudio plantea la fragmentación y el encasillamiento de los sujetos de la investigación, donde a la vez de desgranarlo en sus características que los diferencian entre sí, se los unifica como "consumidores de sustancias". Dirán que: "En el ámbito de reducción de la demanda[19] (prevención y asistencia), la población objetivo puede diferenciarse según el nivel que ocupe en una escala que va desde la población en general, grupos de riesgo, grupos usuarios experimentales, usuarios abusadores, a la población que presenta síntomas de dependencia o adicción al consumo de alguna sustancia psicoactiva. Orientar las políticas preventivas y asistenciales requiere necesariamente poder diferenciar el peso relativo que cada uno de estos grupos tiene en el país, dónde se localizan según espacios territoriales, qué características sociales tienen (clases sociales o niveles socio económicos, edad, sexo, nivel de educación, etc.) y cuáles son los patrones de consumo que manifiestan (tipo de sustancia, frecuencia de uso, edad de inicio)" (Sexto Estudio... 2017, p. 3).

Si bien parecería que están planteando una mirada distinta, en realidad, es solo un lenguaje que disfraza y oculta. El estudio descontextualiza en una visión ahistórica, sin tener en cuenta las interrelaciones dialécticas entre diferentes espacios y tiempos. Toma lo sociodemográfico como aspectos fragmentados que se colocarán en correlaciones, que se presuponen a priori en cuanto a los cruces entre

19 Abordar la oferta es trabajar sobre los factores en relación con las drogas ofrecidas a la sociedad para su disminución y/o eliminación, mientras que al referirse a la demanda se trata de los factores de los consumidores y/o usuarios para disminuir y/o eliminar el contacto de los individuos con las sustancias

categorías que se expresan en preguntas, como herramientas para la recopilación de datos. Por ejemplo, se cruza género con grupos de edad, nivel educativo y tipo de trabajo, y estos datos con los tipos de sustancias consumidas, por periodos de tiempo y lugar de residencia, o por los diversos niveles de ingresos y educativos, etc. Estos datos los recaban encuestadores "capacitados" mediante una serie de preguntas abiertas y cerradas que están estandarizadas. No se pretende triangular con otros abordajes de investigación más cualitativos, de manera de entender no solo generalidades sino a la vez particularidades. Así, el estudio puede llegar a incurrir en el riesgo de imponer imágenes de conveniencia, a partir de respuestas con categorías sesgadas a priori, que responden a lo hegemónico y reproductor, presentando señalamientos y estigmatizaciones, prejuicios de clase, étnicos y/o de género, sin tener en cuenta la complejidad, las discontinuidades y emergencias. Los investigadores son conscientes de esto, a pie de página aclaran que: "El estudio tiene como limitación no detectar suficientemente consumos de sustancias en grupos de población específicos" (Sexto Estudio... 2017, p. 3) pero no realizan modificaciones para intentar subsanarlo.

Las características metodológicas se corresponden con los formatos más tradicionales, donde las matemáticas son el gran justificador en el armado de un diseño descriptivo, de tipo transversal, para medir niveles de exposición al objeto que enferma (Almeida Filho. 2020). Se presenta al "número" como la dimensión científica por excelencia. En el estudio hay varias menciones a cuestiones relacionadas con números. Dirán que su población objetivo se constituyó con personas de 12 a 65 años que residen en localidades urbanas de 80.000 habitantes o más. Que la muestra se realizó en forma probabilística y representativa del total país, mediante fórmulas matemáticas / estadísticas, tomando como base la información del Censo de Población de 2010. Refiere atres etapas, primero toma los radios censales en estratos y aglomerados, luego por segmentos de 6 a 9 viviendas particulares por radio censal, y finalmente por una persona del hogar "elegible"por el encuestador[20] (Sexto Estudio... 2017, p. 4-7).

20 Esto se refiere a las cuotas de tipos de viviendas, de edad y género, que tiene cada encuestador. Luego aclara sobre las condiciones de representatividad de la muestra según aspectos matemáticos de efectividad, que fue de 20.658 casos encuestados, que representan a 18.960.593 personas. Se refiere al factor de expansión de cada etapa que define como la inversa de probabilidad de selección del radio censal, de la vivienda y de la selección de la persona dentro de ésta, a lo que se agrega el ajuste por calibración, por crecimiento demográfico y la aproximación por estimación. Agrega que para el cálculo del error "...todos los análisis estadísticos de los datos del estudio se realizaron empleando dichos factores de expansión y

Para el diseño de la investigación, la capacitación supervisión y control se centralizó estas cuestiones en el equipo de profesionales de investigación y análisis del OAD de la SEDRONAR, mientras que el trabajo de campo y la operativización de la realización se dejó en manos del equipo de una Universidad del interior del país, la de Rosario (UNR). Participaron del relevamiento 17 coordinadores de campo y 372 encuestadores. El análisis de las encuestas fue realizado en el OAD de la SEDRONAR, con el apoyo del programa informático estadístico SPSS.

El instrumento, la planilla de encuesta, fue definido por el OAD-SEDRONAR, tomando como base el Cuestionario Estandarizado del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas de la CICAD-OEA. Se conformó con 193 preguntas en grupos por dimensiones[21]. La aplicación del cuestionario respetó el anonimato mediante entrevistas individuales "cara a cara", previa consentimiento informado, la explicación del estudio y su relevancia. Cada entrevista tuvo una duración promedio de 25 minutos. Cabe señalar que se hace hincapié en la cuestión técnica para validar el estudio. Por ejemplo, se señala que las personas a entrevistar se seleccionaron mediante una Tabla Kish[22]. (Sexto Estudio... 2017, p. 18).

Si bien el OAD agregó algunas preguntas que no estaban en la matriz original, la mayoría de las medidas estadísticas utilizadas se basaron en las categorías del abordaje teórico de la epidemiología positivista, tomadas como medidas

los intervalos de confianza de las estimaciones se elaboraron a un nivel del 95%...". (Sexto Estudio... 2017, p. 9-10).

21 Una sobre la identificación de la vivienda, del hogar y del entrevistado, los ingresos del hogar, la situación laboral, las condiciones de salud general, sobre los consumos "legales", de tabaco y alcohol, factores de riesgo vinculados al consumo de alcohol, el de psicofármacos, de solventes y sustancias inhalables. Los consumos de drogas ilícitas: marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis y alucinógenos, el impacto del consumo de esas drogas en diferentes ámbitos, la relación con lo laboral. El bloque sobre la demanda de tratamiento, y el mercado de drogas y sus precios

22 Método de muestreo utilizado para seleccionar un individuo al azar dentro de un hogar utiliza una tabla predeterminada para seleccionarlo. Se basa en el número total de individuos que viven en el hogar. Propone que las unidades sujetas a sorteo sean numeradas según un cierto criterio. Por ejemplo, cuando se trata del sorteo de un adulto en una familia, los hombres se numeran primeramente en orden decreciente de edad, del mayor al más joven y se continúa con las mujeres con el mismo criterio de ordenación. El sorteo del adulto se hace según tablas, en que se considera el número total de adultos de la familia y el orden del adulto a elegir. Para más información ver Marques, R.M. Selección de Unidades de Información en Encuestas Demográficas: un Método para construir Tablas de Sorteo (Universidad de Campinas, Brasil) E.S. Berquó (CEBRAP, Brasil). En: https://core.ac.uk/download/pdf/45625557.pdf

objetivas: prevalencia de vida, año y mes[23], incidencia[24], edad de inicio[25], tasa de dependencia[26], nivel de exposición y de acceso[27], tipo de percepción de riesgo[28] o nivel de vulnerabilidad[29.] Otras medidas fueron la demanda y el acceso a servicios de orientación, tratamiento y rehabilitación, el impacto del consumo en el ámbito laboral y el gasto realizado por la población para el consumo de algunas drogas ilícitas[30]. También se utilizaron indicadores de intensidad del consumo como la frecuencia y cantidad; los de propensión a consumir sustancias psicoactivas; los de consumo problemático y de dependencia[31] para medir el consumo de alcohol se usó la estandarizada Escala Breve de Beber Alcohol[32] (EBBA) y el Test de identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) [33](Sexto Estudio... 2017, p. 4-14).

Las cuestiones relacionadas con las determinaciones sociales fueron tomadas como factores fragmentados y agregados. Las características socio demográficas se cruzaron en relación con el género: varón, mujer, u otro; y con los grupos de edad: 12 a 17 años, 18 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 49 años, 50 a 65 años. En cuanto al nivel de educación, este se dividió según la caracterización tradicional que excluye formas de

---

23 P**revalencia** es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado. D**e vida es** el número de casos del evento de salud en referencia al tiempo de vida total, si alguna vez en su vida consumió sustancias; de año en el último y de mes, en el último mes.

24 Es cantidad de nuevos casos de un evento de salud.

25 Edad mínima en que se registra un evento de salud.

26 Proporción de personas que están bajo un evento de salud, sobre la cantidad de población total bajo estudio.

27 La percepción de la facilidad de acceso es una medida subjetiva de la facilidad o dificultad para conseguir una droga determinada

28 Se realiza una tipología a partir de incluir varios indicadores como el consumo en el entorno, que es una medida sobre la tenencia de amigos o familiares a consumir drogas, y la oferta de drogas, si recibió alguna oferta directa de drogas. También sobre la curiosidad por probar alguna droga y percepción sobre la decisión del consumo o no frente a la ocasión de probar alguna droga

29 Unifica varios indicadores que son tomados como negativos, sin contextualizarlos y que indicarían niveles de riesgo de consumir sustancias.

30 Estos indicadores se trabajaron a partir de preguntas abiertas.

31 Según criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión, CIE 10.

32 Es un test de alto nivel de especificidad (89%) y sensibilidad (97%), es abreviado, de fácil aplicación o auto-aplicación en particular en atención primaria. Las preguntas sugieren la orientación diagnóstica de abuso o dependencia etílica, teniendo además valor terapéutico.

33 En el resumen de su manual de la OMS señala que sirve para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo, para reducir o cesar el consumo de alcohol, y que con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

instrucción popular o informal [34].Respecto a los indicadores de necesidades básicas insatisfechas en el hogar, se realizó desde una mirada fragmentada y sesgada, que no incorpora las categorías propias de cada espacio territorial en particular.[35] En cuanto a algunas particularidades, decidieron aplicar también la encuesta a toda persona entre 12 y 17 años que no estuviera incluida en el sistema educativo, conformando con este grupo una muestra independiente, para realizar análisis ulteriores sobre esta población que se considera a priori por esa condición de no estar incluida en el sistema educativo, como población en riesgo. También es de mencionar que señalan a la metodología de este estudio como no adecuada para evaluar la magnitud del consumo de "pasta base de cocaína"[36] , debido a que sus consumidores en general residen en zonas que no formaron parte del marco de hogares de la selección utilizada para la muestra. Esta no es solo una decisión metodológica que muestra una limitación del estudio, es una concepción ideológica que prejuzga sobre tipos de drogas y de población que es posible que sea un planteamiento prejuicioso. La supeditación a las normas de imposición global lo expresan cuando señalan que si bien no concuerdan con un aspecto que señala el organismo internacional igual se seguirá su indicación[37] .

Finalmente, el sexto estudio desarrolla ampliamente sus resultados mediante variados cuadros de doble entrada, gráficos y curvas de distribución, formas típicas para la presentación de estudios estadísticos. Las conclusiones son interpretaciones de los porcentajes de las respuestas conformadas como datos paralos gráficos, curvas y cuadros, con algunos cruces preestablecidos para la interpretación de las medidas estándar mencionadas.

---

34 Sin instrucción, primario incompleto, primario completo, secundario incompleto, secundario completo, terciario o universitario incompleto, terciario o universitario completo y más.

35 Para estar en esta categoría el encuestado debía presentar al menos una de las siguientes condiciones de se consideran de privación: hacinamiento (con más de tres personas por cuarto), vivienda (inconveniente: pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, que excluye casa, departamento y rancho), condiciones sanitarias (que no tienen retrete o agua corriente), o asistencia escolar (que tienen al menos un niño en edad escolar entre los 6 y los 12años, que no asiste a la escuela) (Sexto Estudio… 2017, p. 17).

36 La pasta base de cocaína (PBC, paco, bicha, basuco, susto, monaco, bazuco, base, pistolo, carro, pasta base o pasta) es una droga de bajo costo a base de sulfato de cocaína similar al crack elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno.

37 "Si bien los solventes e inhalables no son sustancias ilícitas, sino sustancias legales de las cuales se realiza un uso indebido, se conservó el criterio del OID, de la OEA/CICAD, incluyendo tales sustancias en los indicadores de consumo de sustancias ilícitas, a fines de facilitar los análisis comparativos con otros países (Sexto Estudio… 2017, p. 18-20).

IV. Conclusiones principales y recomendaciones

En el esquema tradicional de la lógica positivista y de sus agregaciones estadísticas, se procede a un reduccionismo que simplifica para generalizar y extraer conclusiones en base a grandes tendencias y porcentajes significativos, con grandes riesgos de sesgar sus resultados. Desde un empirismo acrítico se llega a conclusiones sobre la población por la agregación de series de observaciones individuales de hechos que son registrados como datos de cada uno/a de los/as encuestados/as. A partir de ellos se desprenden inferencias y leyes de asociación. Su validez se basa en la confiabilidad metodológica y técnica de sus registros y a la interpretación de las respuestas de los/as encuestados/as mediante el uso de cálculos matemáticos estadísticos (Breilh, 2003 p. 145). Puede servir para brindar un marco de análisis, pero no se puede suponer que esa simplificación "es" el fenómeno estudiado sin sondear en su complejidad. Pero también solo examinar o particular sirve por sí solo. Como lo expresa por Jaime Breilh (2003) se debe ser crítico con "la tiranía de la totalidad", así como con su sustitución con una "dictadura de lo local" de un relativismo cultural. El consumo de sustancias psicoactivas no "es" solo de una sola forma, su ocurrencia es heterogénea y su medición debe dar cuenta de esto, no solo debe constar en la introducción del estudio como una narrativa vacía. Se debe tener en cuenta lo dialéctico, ya que las características del objeto, en este caso las "drogas", contienen elementos subjetivos en referencia a las vivencias personales y del grupo de pertenencia de quienes los/ las consumen, sobre sus representaciones sociales y sobre las producciones discursivas de los medios de comunicación.No obstante, la realidad no es estática, se transforma y a la vez mantiene su identidad. La contradicción hace que un fenómeno "A" sea "A" y también "No-A". Si bien el objeto "droga" opera sobre las personas por sus condiciones biológicas y químicas psicoactivas, y expresa consecuencias en la salud, su expresión es social y cultural. Lo biológico y químico sesupedita o subsume en lo social, por lo tanto, podrá ser objeto de alivio y placer y al mismo tiempo "veneno". Un movimiento constante y dialéctico, dentro de un sistema complejo de relaciones dinámicas, cambiantes históricamente e imprevisibles, con constantes nuevos emergentes en cuanto a sus usos, prácticas y conductas, en los estilos de vida de las personas y en los modos de vida de los grupos, en las sustancias y en cada ambiente, en susocurrencias y consecuencias. Lo complejo incluye contradicciones, dominios, jerarquías y órdenes, regularidades e incertidumbre, posibilidades y límites de discontinuidad y emergencia. Es unidad y diversidad a la vez, que articula lo particular con lo general (Almeida Filho, 2020; Breilh, 2003, p. 81-104).

A lo largo de la historia en cada sociedad y cultura se han incorporado sustancias psicoactivas en relación con lo colectivo y lo individual en tramas históricas específicas (Touzé, 2008, p. 1; Breilh, 2003, p. 131) por lo tanto, este tiene características particulares en cada contexto, en su determinación social y cultural de pertenencia[38]. Esas experiencias y sus diversas perceptivas están dadas a partir de lo que simbolizan, y es por su intermediación que se "lee la realidad" (Breilh, 2003 p. 147-148-149). Al elegir una modalidad de medición epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas, se muestra su potencia hegemónica, ya que su conocimiento se centra en regularidades que se reproducen en un status quo de los negocios sobre la temática, tanto en su tráfico y comercialización, como en sus abordajes desde la salud. Debemos ubicarnos en una ciencia social que no fragmente, que no desconecte de su contexto las matrices de relaciones de poder hegemónicas que conforman sujetos y objetos desiguales. El conocimiento epidemiológico debe incluir también estos procesos generativos, condiciones y relaciones determinantes y condicionantes, y cuestiones simbólicas de grupos e individuos, donde los procesos destructivos o de deterioro y los protectores o benéficos, no son estáticos, ni separados, sino dialécticos (Breilh, 2003, p. 72-73). En las matrices de procesos críticos se deben señalar características de clase social, grupo étnico y género, los mecanismos eventuales (casuales y no ligadas aun estilo de vida), crónicos (de patrones estables instalados en los modos de vida o en los estilos de vida cotidianos) y los permanentes,que son de imposición continua, llevando a procesos destructivos. (Breilh, 2003, p. 73-90). Habrá entonces, matrices de los sujetos en relación con el objeto "droga" que será, eventual y/o casual, que no es problemático, tanto en los modos como en los estilos de vida, crónico que afecta al estilo y al modo de vida, en alguna dimensión de problematización, y la que lleva a procesos de problematización total por ser procesos impuestos, destructivos y continuos, tanto en el modo como en el estilo de vida. El análisis epidemiológico debe tener en cuenta estas matrices en las dimensiones de lo general, lo particular y lo singular, tanto para lo macro como para lo micro social, en los aspectos biológicos, en las categorías abordables desde lo cuantitativo como desde lo cualitativo, de manera de consolidar síntesis y convergencias. Por último ya que la construcción del objeto de conocimiento consumo de sustancias psicoactivas, sus

38 Sin entenderlo en forma determinista y/o causalista, sino como procesos determinados en el sentido de los que tienen un modo de devenir definido, en este caso por lo socialen su conjunto, no como atomizados.

formas de conceptualización y su praxis, se expresa en dimensiones y dominios[39] en una unidad dialéctica, sobre su ser como objeto (ontológico), como concepto (epistemológico), y sobre sus acciones en salud como campo (praxiológico)[40], esta triple dimensión como objeto, concepto y campo, que es a la vez general, particular e individual, traduce un sistema de poder dominante y se expresan en un conjunto de prácticas y creencias que generan una suerte de "habitus" en cada sujeto estudiado [41] (Breilh, 2003, p. 51-90).

Entonces para considerar la determinación y el condicionamiento estructural, los

39 Dimensión se emplea en el sentido de aspectos o coordenadas orientadoras; mientras que dominio es un tipo de devenir particular —esfera típica del fenómeno—, con órdenes característicos, en una condición espacio/temporal diferenciada (Breilh, 2003, p. 124). La dimensión epistemológica se expresa en el campo teórico-práctico de construcción del "objeto", del "concepto" y de la "praxis". Dentro de la dimensión ontológica, su dominio es del orden social, y dentro de esta podemos observar las características: espacio (dimensión "macro" y dimensión "micro"; según las categorías que desglosan esas dimensiones en "lo general" (la reproducción), en "lo particular" de los modos de vida grupales/colectivos que determinan los patrones de exposición y de vulnerabilidad, y en "lo singular o individual" de los estilos de vida de la variabilidad individual cotidiana (procesos genotípicos/fenotípicos) de la salud), el carácter del movimiento (la "reproducción" como los determinantes de salud desde los espacios más generales, y de "generación" como procesos generativos de salud desde los espacios más particulares), la jerarquía del movimiento y sus conexiones (la "subsunción" de lo particular en lo general y de lo singular en lo particular, de lo biológico en lo social y la "autonomía relativa" desde los espacios más particulares hacia los más generales donde se dan procesos generativos y la estratificación según relaciones de poder), la identidad (en los espacios más generales de la "comunalidad" y en los espacios más particulares de la "diversidad" de los procesos), los sistemas ("abiertos e irregulares" hasta "cerrados y regulares") el análisis espacio-temporal (salud "real" o completa realidad de salud; salud "actual"; y salud "observable"), la contradicción básica (procesos "protectores" en oposición dialéctica de procesos "destructivos"), y la contradicción bio-psíquica (entre los procesos "fisiológicos" y los "fisiopatológicos"). La dimensión Práxica se expresa en las siguientes características; actuar sin causalidad lineal (factores/variables) ni conjunción (nexo externo) para la descripción empírica de las partes, con contextos de explicación de movimientos y procesos con determinación social compleja y en subsunción (movimiento biológico-social), la forma de construcción en forma participativa "intercultural", antipatriarcal, antiracista y transdisciplinaria, tener en cuenta el "metabolismo sociedad-naturaleza" (S/N) con las 4 "S" de la vida: sustentabilidad – soberanía – solidaridad – seguridad (bioseguridad), y la utilización de las estadísticas y las técnicas cualitativas en integración (en triangulación) (Breilh, 2003, p. 47-48). Debemos tener en cuenta que el sentido y el espacio de la acción puede ser de "promoción" (cuando se actúa para ampliar o perfeccionar los procesos protectores en todas las dimensiones); o de "prevención" (cuando se actúa para evitar o contrarrestar los procesos destructivos en todas las dimensiones) (Breilh, 2003, p. 46-47).

40 La ontología se refiere al análisis de los conceptos, nociones y explicaciones del modo de ser de una realidad. La epistemología se refiere al análisis de los procesos, de la lógica de las operaciones y prácticas ligadas a la construcción del saber en una formación social. La praxiología se refiere al análisis de las formas de práctica y su importancia para la vida económica, social, política, del saber y las relaciones con la naturaleza (Breilh, 2003, p. 81).

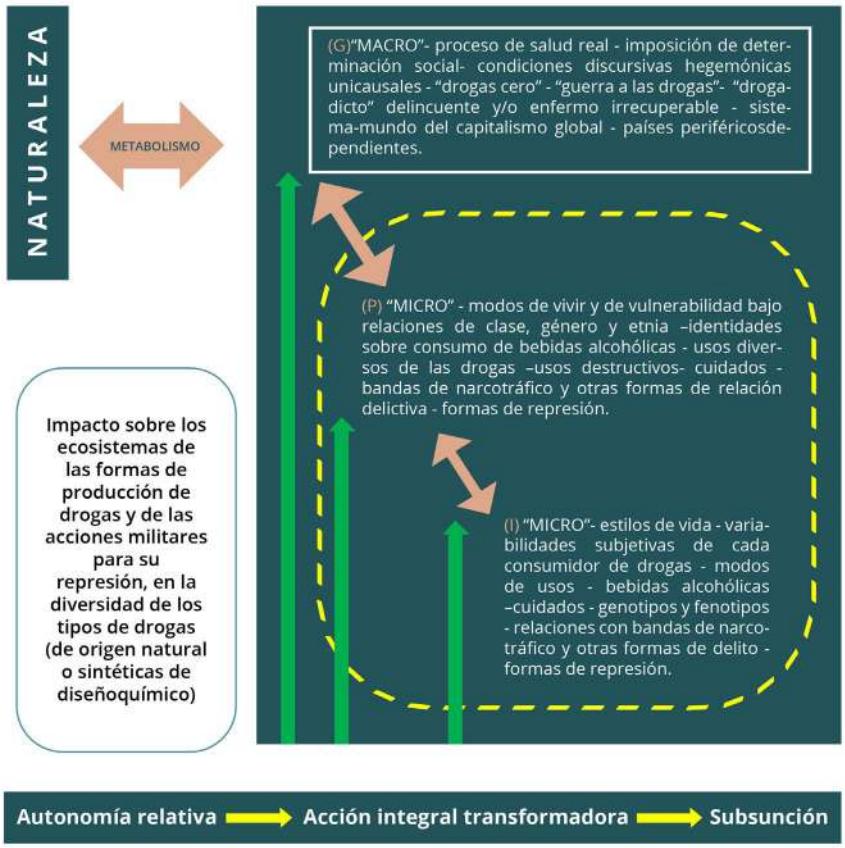
41 Pierre Bourdieu dirá que esas percepciones y resignificaciones se expresan en el "habitus" como una formación estructurante internalizada y relacionada a la posición del grupo y de sus integrantes, que resumiría la incorporación de elementos relacionados con la historia colectiva y la trayectoria individual en el inconsciente de los individuos, como una matriz de percepción y de clasificación de las prácticas, que ajusta condiciones objetivas a cuestiones subjetivas (Breilh, 2003, p. 51).

procesos generativos y los específicos, desde las perspectivas diversas y a la vez contradictorias (Breilh, 2003, p. 47-48) se debe actuar en espacios intersubjetivos para la participación epidemiológicaque expresen esta diversidad de grupos y de voces, como herramientas para el análisis sociológico y antropológico (Breilh, 2003,p. 117). Esto refiere a hacer epidemiología para restituir el conocimiento, o sea, no es "hacer sobre o alrededor de grupos humanos", sino con ellos y ellas, incorporando sus miradas a través "de una epidemiología que incluyedentro de sus objetivos la promoción y el desarrollo de culturas, practicas, y actitudes que favorezcan la búsqueda participada y colectiva de la equidad en las condiciones de vida-salud" (Tognoni, 1997, p. 12), lo que es un desafío para los/as investigadores/as.

Resumiendo, el análisis epidemiológico del consumo de sustancias psicoactivas debe ser realizado triangulando lo cuantitativo con lo cualitativo, con la participación de la comunalidad por la diversidad de los actores y procesos. Se deberá construir el objeto consumo problemático de sustancias psicoactivas en forma intercultural, en el marco de un modelo integrado del pensamiento complejo y crítico sobre su determinación social y multidimensional. La dimensión "macro" del orden general (G), es el proceso de salud real de sistema cerrado y regular de imposición de la determinación social, expresa las condiciones discursivas hegemónicas como unicausales sobre la temática de "drogas cero", de la "guerra a las drogas", y del "drogadicto", como delincuente y/o enfermo irrecuperable, en el marco del actual sistema-mundo del capitalismo global, de los países periféricos dependientes. La dimensión "micro", particular de los grupos (P), es el proceso de salud actual de un sistema abierto e irregular, donde también se reproducen las condiciones hegemónicas, pero además se expresan modos de vivir colectivos propios y vulnerabilida desde procesos destructivos, bajo relaciones de clase, género y etnia, como consecuencias de las formas del consumo de bebidas alcohólicas, de los usos diversos de las distintas drogas, del narcotráfico y delitos,de la represión, de falta de cuidados y falencias éticas diversas. Finalmente, la dimensión "micro" de lo individual (I), expresa estilos de vida de las condiciones particulares, psicológicas, biológicas, fisiopatológicas, que son también reproductoras, pero como proceso de salud observables donde interjuegan las variabilidades subjetivas de cada consumidor de drogas y sus modos de usos de esos consumos en los genotipos

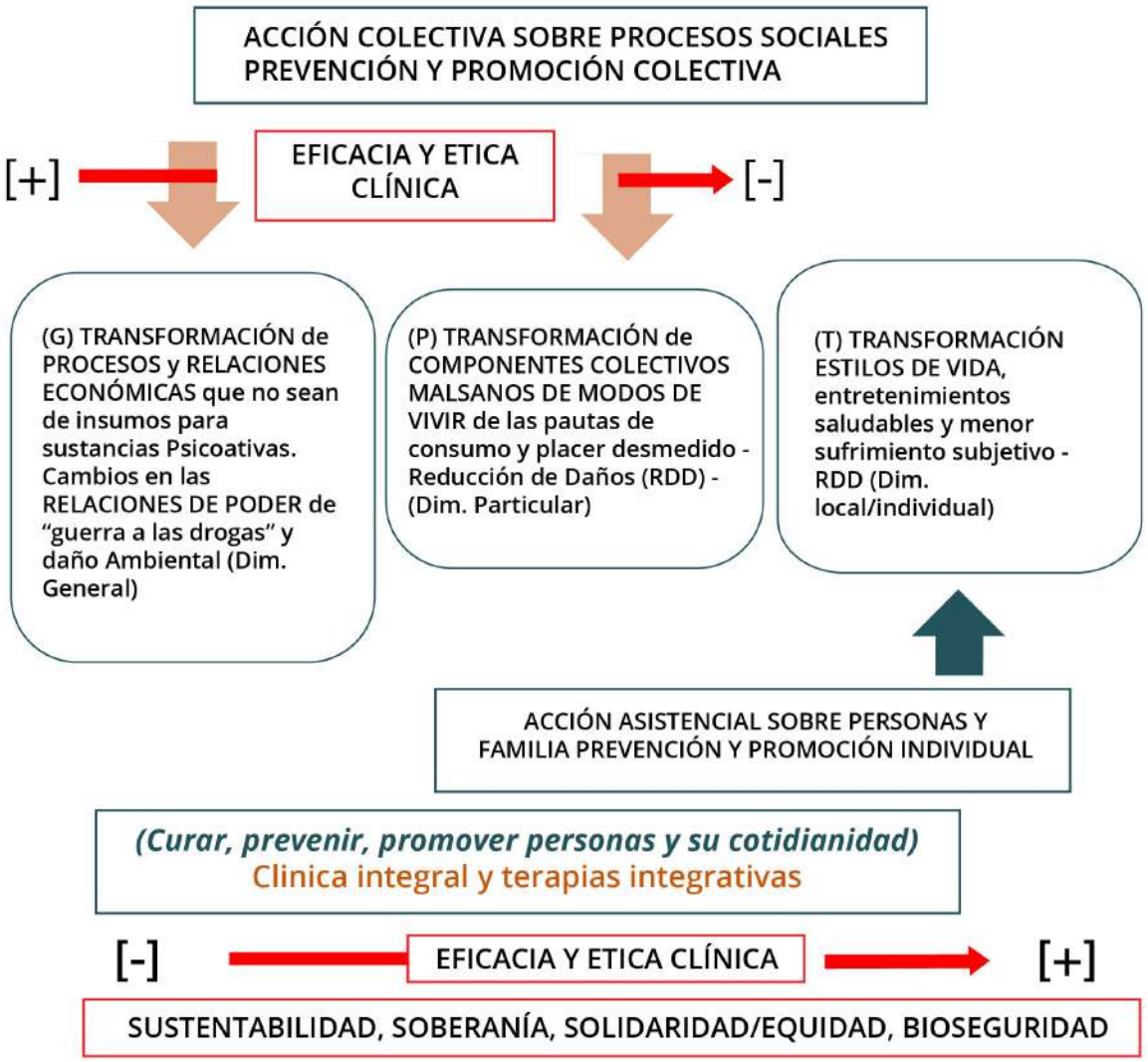
y fenotipos[42]. Las tres dimensiones están subsumidas en lo social y a la vez son expresiones de autonomías relativas. En cada uno de los órdenes y dimensiones, serán procesos protectores y de cuidado, de promoción, y/o procesos destructivos. Todo en un impacto en el metabolismo sociedad-naturaleza de los ecosistemas, por la ilegalidad y/o legalidad de las formas de producción y de las acciones militares para su represión y control, para las de origen natural o sintéticas de diseño químico.

MODELO INTEGRADO DE PENSAMIENTO COMPLEJO Y CRÍTICO DE DETERMINACIÓN SOCIAL Y MULTIDIMENSIONAL DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



42 El genotipo es el conjunto de los genes y la información genética que conforman a un individuo de cualquier especie. El fenotipo es la expresión en forma física de las características de un individuo de cualquier especie. Hace alusión a cualquier rasgo observable de un organismo, lo cual abarca su desarrollo, sus propiedades bioquímicas, su fisiología, su comportamiento, etc., y se conforma con el genotipo más la incidencia del ambiente sobre él.

PROTEGER / PROMOVER LA VIDA PARA CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOATIVAS



Referencias bibliográficas

Almeida Filho, N. (1992). Epidemiología Sin Números: Una introducción critica a la ciencia epidemiológica. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud Nro. 28. Organización Panamericana dela Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Salud Organización Mundial de la Salud. EE.UU.

Almeida Filho, N. (2020). Epidemiología Crítica, epistemología, pragmatismo y metodología.Clase 2 – modulo 2. Diploma Superior en Gestión y Políticas en "Salud Internacional y Soberanía Sanitaria". CLACSO.

Basile, G. (2018).Salud Internacional Sur-Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur-Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre.

Beaglehole, R.; Bonita, R.; Kjellström, T. (2003). Epidemiología Básica. Washington D.C.: OPS/OMS.

Birn, A. E. (2011). Reconceptualizaciónde la saludinternacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. Revista Panamericana de Salud Pública 30, no. 2: 101-105.

Breilh, J. (2003).Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora eInterculturalidad. 1ra. edición.Buenos Aires. Lugar Editorial.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 31(supl 1): S13-S27.

Feo Istúriz, O. (2020). Introducción a la Epidemiología Crítica. Clase 1 – modulo 2. Diploma Superior en Gestión y Políticas en "Salud Internacional y Soberanía Sanitaria". CLACSO.

Martínez Martín, A. F. (2011). Reflexiones en torno al sistema mundo de ImmanuelWallerstein. Revista Historia y Memoria, vol. 2, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. p. 211-220.
Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2017). Manual de epidemiologia. Guía para Observatorios Provinciales de Drogas. Argentina. En: https://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/ManualZEPIDEMIOLOGA.pdf

Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2017). Sexto Estudio Nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina. En: https://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2018-1005ZEncuestaZHogares.pdf

Programa Especial de Análisis de Salud de la Oficina Central de la Organización Panamericana de la Salud. (2001). MOPECE: Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington DC, EE.UU. En: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=1270-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-2-salud-enfermedad-poblacion-0&Itemid=965

Samaja, J. (2018). La Triangulación Metodológica (Pasos para una comprensión dialéctica de la combinación de métodos). Revista Cubana de Salud Pública. Cuba. 2018;44(2): 431 – 443. En: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n2/1561-3127-rcsp-44-02-431.pdf

Tognoni, G. (1997). Manual de Epidemiología Comunitaria. Edición CECOMET. Ecuador.

Touze, G., Pawlowicz, M., Rossi, D., Goltzman, P. yCymerman, P. (2008). Consumo de drogas en Argentina. En Drogasen América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía enArgentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. Santiago de Chile.:Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez. En: https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/111.pdf

05

El control de la natalidad en el particular caso argentino: un dilema entre la soberanía sanitaria y la soberanía individual

| Melisa Jazmín Lescano

Introducción:

A mediados de los años cincuenta, posterior a las guerras mundiales, se comienza a observar un acelerado aumento poblacional a nivel mundial. Esta explosión demográfica presuponía un pronóstico aterrador en torno al acceso delos recursos naturales y su agotamiento a nivel global (Felitti, 2005).

De modo que partir de este pronóstico negativo, se comienza a idear la consigna de disminuir la tasa de natalidad y así prevenir las consecuencias devastadoras que podrían generar al sistema capitalista. Dicha consigna se ejecutaría por medio de la regulación de la fecundidad, específicamente en las poblaciones del sur global, convirtiéndose en un asunto prioritario en la agenda de la salud internacional panamericana. Interés dado especialmente por los sectores del norte globalcomo los Estados Unidos, quienes por medio de la teoría del desarrollo vinculaban la cantidad poblacional con la posibilidad depoder alcanzar el desarrollo (Felitti, 2005)

Pero, por el contrario, el caso argentino es la excepción a la regla ya que por esta misma época se comienza a observar una tendencia de descenso en la natalidad en el territorio, trayendo consigo una creciente preocupación por la constitución de un *país vacío*. De modo que estas medidas no fueron bien aceptadas por el estado-naciónargentino, quien veía en aquellos condicionamientos estructurales impuestos por el Norte global como una nueva expresión del imperialismo, por lo que se convirtió en una amenaza en contra de la soberanía nacional y sanitaria, poratender a los intereses geopolíticos de los países centrales (Felitti, 2005).

Justificación:

La presente monografía se elabora en base a la elección de un tema relacionado a la obstetricia, siendo esta el área de mi actual ejercicio profesional. Dicho tema: “El control de la natalidad en el particular caso argentino: un dilema entre la soberanía sanitaria y la soberanía individual” está encuadrado dentro del eje de “Salud Internacional y giro decolonial” por considerarlo un hecho excepcional a nivel regional, que ha constituido un hito en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos de nuestro país con implicancias a nivel internacional.

Dicho hito plasma el juego de intereses dados desde la salud internacional, por un lado, y la necesidad del nuevo estado-nación la República Argentina de afianzarse como nuevo estado. Estado-nación que se encontrará en la encrucijada de tener que disputar entre una soberanía sanitaria y nacional, por un lado,con el reconocimiento de los derechos individuales de sus propio/as habitantes del otro.

Relevancia:

Debido a los hechos explícitos e históricos nombrados en la presente monografía, dicho trabajo se convierte en una herramienta útil para poder ejemplificar las tensiones dadas en torno a la salud internacional y las soberanías sanitarias del sur global, siendo esta una interpretación práctica de los conocimientos aprendidos y adquiridos durante este diploma superior.

Propósito:

Los objetivos de dicho trabajo son:

Objetivos principales:

Relacionar el control de la natalidad argentina producida durante el siglo XX como producto del juego de intereses entre la salud internacional panamericana y la propia soberanía sanitaria del estado-nación argentino.
Indagar cómo se relaciona la teoría del desarrollo con el control de la natalidad en el territorio argentino, durante los años sesenta y setenta.

Objetivos secundarios:

Caracterizar los eventos políticos y sociales de este contexto histórico.
Comparar las regulaciones sanitarias nacionales de esta época con las regulaciones o medidas propuestas desde la salud internacional panamericana.

Desarrollo:

Marco teórico:

Los procesos y eventos reproductivos como un asunto de los nacientesEstados-Naciones:

La institucionalización de los procesos y eventos reproductivos de las personas gestantes en Argentina y la institucionalización de la maternidad y, por ende, su maternalización, tuvo lugar varios siglos después, a diferencia de continentes como Europa o en el Norte Global, ya que ha respondido a otro contexto histórico. No obstante, existe un legado producto de la colonización y ahora del colonialismo, en cuanto a la división sexual del trabajo o, el uso de la medicalización como instrumento de esta institucionalización(Yáñez, 2013).

Retomando los aportes de Marcela Nari (2004) acordamos que la maternalización de las personas gestantes y mujeres no ha sido un fenómeno local, sino por el contrario, se ha seguido un lineamiento general que coordinó todo el mundo occidental y sus países y regiones occidentalizadas, durante los siglos XVIII e inicios del XX, resultando una serie de transformaciones a nivel social, económico y político que contribuyó al surgimiento de las sociedades capitalistas de esta región(Nari, 2004 citado en Yáñez, 2013).

Curiosamente, la consolidación de los estados nacionales y la corporación medica ha sido un proceso cronológicamente emparentado, fortaleciéndose mutuamente. Este hecho tiene su explicación debido a que los valores de esta corporación medica se fusionaron con la mentalidad de los reformadores de Estado, transformándose en un dispositivo de poder, tal como lo explica Magnone (2012). La constitución de un sentido nacional o el surgimiento del nacionalismo, ha sido apoyado en aquellos discursos y expresiones dadas por las instituciones sanitarias. De manera que le estado nacional legitimó la hegemonía biomédica de aquel entonces, teniendo profundos impactos en las vidas de las mujeres y las personas gestantes, ya que fueron ellas el objetivo para garantizar la fortaleza de las naciones, reducidas a un rol maternal (Magnone, 2012 citado en Yáñez, 2013).

A finales del siglo XIX e inicios del XX, en la República Argentina surgió una preocupación por la percepción de *escasez poblacional* convirtiéndose en un asunto

de estado, solo recordemos el eslogan de Alberdi *Gobernar es Poblar*, reflejando el espíritu epocal del cual, manifestaba la necesidad de obtención de fuerza de trabajo y defensa nacional. Parte de esta escasez nacional ha sido remediada por medio de las olas inmigraciones provenientes de Europa, pero, han traído con ellas un conjunto de prácticas y saberes en torno a la anticoncepción, relativamente nuevas para la región (Felitti, 2011citado en Yáñez 2013).

Ahora bien, gracias a estas nuevas prácticas y en conjunto con el higienismo y las leves mejoras en la calidad de vida de la población en general han dado lugar a una acelerada transición demográfica, produciéndose una disminución acentuada tanto en la natalidad como también en la mortalidad, lo cual desaceleró el crecimiento poblacional. Sin embargo, este fenómeno de descenso en las tasas de natalidad no se dio de una manera homogénea en todo el territorio argentino, sino por el contrario, la misma estaba acentuada en la clase media "emergente", de modo que quienes era considerados para la Elite Nacional como sectores sociales "deseables" se reproducían menos que aquellos sectores "menos deseables". Para dar respuesta a esta discrepancia entre la cantidad y calidad poblacional se requirió de dos procesos: del higienismo y la eugenesia (Felitti, 2011 citado en Yáñez, 2013).

Antecedentes de la intervención estatal de los procesos reproductivos:

La eugenesia fue una doctrina/teoría surgida en Inglaterra a finales del siglo XIX, fundada a partir de una serie de aportes producidos por Darwin que fueron adaptados para el estudio y control poblacional, Dicha doctrina presuponía la superioridad natural de determinadas "razas humanas" sobre otras, justificando la necesidad de controlar la reproducción de aquellas razas indeseables. No obstante, esta eugenesia no ha tenido tanto lugar en territorio argentino, debido a que no existía una raza de pureza ancestral única, sino un conjunto heterogéneo de nativos, criollos, inmigrantes y demás(Nari, 2004 citada en Yáñez, 2013).

Con el motivo de iniciar una "regeneración social" la reconversión a la mujer en una propagadora de conciencia sanitaria popular, por medio de la maternidad ha sido un papel fundamental, ya que por medio de ellas se producía esta transformación eugénica. De forma que la garantía de la calidad y cantidad poblacional recayó especialmente en el cuerpo de las mujeres y personas gestantes, convirtiendo sus capacidades reproductivas y potencial maternal en asuntos de la salud pública. Esta

tarea se estableció a través de la medicalización de la maternidad y la crianza desde los finales del siglo XIX, proliferándose todas aquellas instituciones encargadas de atender aquellas mujeres/madres y sus hijo/as, es decir, los hospitales, las maternidades, institutos de puericultura y los espacios de planificación de políticas sanitarias (Yáñez, 2013).

Siguiendo a Rodhen (2003) toda la construcción del aparato burocrático junto con la conformación de leyes de salud pública, la implementación de políticas sanitarias, han sido manifestaciones de la necesidad de modernización y desarrollo del territorio, proclamaba por los centros de poder regional y nacional. (Rodhen, 2003 citada en Yáñez, 2013)

El particular caso argentino:

En los años cincuenta, se observa un momentáneo repunte de la natalidad en el territorio argentino, pero fue a mediados de esta década, durante la postguerra mundial que comienza a sostenerse una tendencia de descenso, resurgiendo el temor de generar un "país vacío". En paralelo a este descenso, se observa un acelerado aumento poblacional a nivel mundial, de modo que el pronóstico era de unos inminentes escases de recursos naturales y del agotamiento del ecosistema (Felitti, 2009).

De manera que la consigna en estos años fue la detención de la explosión demográfica y sus consecuencias devastadoras sobre el sistema capitalista por medio de la regulación de la fecundidad en el sur global, transformándose en un asunto prioritario en la agenda de la salud internacional panamericana. Este interés se dio especialmente desde los Estados Unidos, quienes han desarrollado la premisa de que existía una correspondencia causal entre la cantidad poblacional y las posibilidades de poder alcanzar el desarrollo, tanto social como económico.

Retomando conceptos básicos, acordamos que la salud internacional y su matriz panamericanista es una metáfora que no representa estrictamente una geografía,perolo que sí son, es un conjunto de instrumentos de la geopolítica que condensan y reproducen relaciones de poder a nivel global,es decir, se transformaron en herramientas de reproducción de poder del actual sistema mundo (Basile, 2018).

Basile nos explica cómo la salud internacional se basó en la tradición de las potencias coloniales del siglo XVIII hasta el XIX, en otras palabras, cuando las potencias coloniales tuvieron que asumir la salud de sus propias colonias se han visto en el deber de crear una serie de dispositivos o mecanismos. De manera que esta salud internacional en su matriz de panamericanismo, es un campo de saberes, investigaciones y de praxis inter disciplinaria que, tiene por finalidad analizar la situación sanitaria de población o comunidad internacional como un todo. Pero, solo se trata de manera exclusiva aquellas situaciones sanitarias que traspasan las fronteras de aquellos países denominados del norte global. Y, además, este campo complejo ha ido añadiendo en su perspectiva los desafíos dela salud desde todos los determinantes considerados supranacionalescomo, por ejemplo, el desarrollo económico y el comercio(Basile, 2018).

De modo que, desde la fundación de la salud internacional panamericana se encontró condicionada por los diversos intereses económicos y geopolíticos de los países autodefinidos como centrales, visibilizando o invisibilizado las determinaciones globales de la salud, priorizandoen la agenda global los temas desu propio interés (Basile, 2018).

A partir de la guerra fría, la salud internacionalpasará aserun campo de disputa geopolítica, en donde fundaciones como la de Rockefeller y cuerpos médicos militares de Norteamérica han promovido y hasta participado de diversas campañas en países del continente latinoamericano. Y si hablamos de un campo de disputa deintereses geopolíticos y contextualizamos lasalud internacional en plena guerra fría, obtendremos una dialéctica en la percepciones, ya que porun lado la salud pensada a partir de la determinación social con sus propias condiciones sociales y económicas de vida, pensamiento promovido desde el bloque comunista y, por el contrario, estaba la percepción capitalista de la salud vinculada a la expansión biomédica con una atención en las patológicas basadas en la administración de medicamentos y tecnolog**ías** (Basile, 2018).

A su vez, y por esta misma época surge la irrupción de la teoría del desarrollo produciéndose consigo la ultra intervenciones de los estados en la planificación estatal tanto para la salud, la educación, la protección social y la democracia.Que en América Latina se dio una integración regional que se vio sustentada por esta teoría del desarrollo económico, por lo que dentro de sus objetivos tuvo, la meta

sociopolítica de obtener estados planificadores y promotores capitalistas del tan ansiado desarrollo. Bajo este modelo desarrollista, los estados latinoamericanos hasta la década delos setenta inclusive, han seguido una hoja de ruta promoviendo la expansión de la salud internacional del panamericanismo bajo estas premisas de época (Basile, 2018).

Han sido varias las instituciones que se ocuparon de analizar la situación demográfica del sur global y que, además, han proporcionado las medidas tendientes a controlar el crecimiento poblacional, el cual no solo era negativo, sino también peligroso por las consecuencias positivas que este podía acarrear, especialmente por el temor al éxito dado en laRevolución Cubana y su opción pro soviética en el contexto de plena guerra fría. Entre ellas se encontraba el consejo de población fundado a instancias por la fundación Rockefeller III, la fundación Ford, diversas oficinas de las Naciones Unidas, y el Banco Mundial. Para dar solución a este supuesto problema social, se implementaron programas de planificación familiar en aquellos sectores poblacionales marginados de los países desarrollados y las clases bajas de los países del sur global (Felitti, 2009).

No obstante, estas medidas no fueron acatadas por todos los gobiernos, especialmente en las regiones de América Latina, por no aceptar la premisa que relacionaba la cantidad poblacional con el desarrollo sin incluir variables como la historia particular de cada país y su cultura, ya que esta difiere mucho entre regiones como la de la África y el Asia. Esta crítica realizada desde la academia, la cual, apoyada en la teoría de la dependencia, comprendía que aquellos condicionamientos estructurales que el sur global debía enfrentar a partir de la limitación en la natalidad era una nueva expresión del imperialismo(Felitti, 2009).

Esa propuesta fue comprendida, no como una solución posible al problema social del *desarrollo* sino, como una amenaza en contra de la soberanía estatal y de las libertades individuales, para así responder a las necesidades geopolíticas de los países centrales. Y es que dentro dela historia de la salud global podemos mencionar varios hechos similares como, por ejemplo, las esterilizaciones forzadas en el continente africano, asiático y latinoamericano(Felitti, 2009).

Otro hecho inédito en la salud internacional que obtenía cada vez más difusión fue, la creación de la píldora anticonceptiva, la cual volvía viable el proyecto de

planificación familiar de una manera más rentable y sencilla, al tiempo que respondía la demanda del movimiento plural de mujeres y de los movimientos feministas, quienes vieron en ella un nuevo dispositivo de liberación sexual como también así un nuevo mecanismo de responsabilidad político-demográfico ante el fracaso o éxito del mismo (Felitti, 2009).

Ya durante la década de los sesenta, la Food Drug Adminitration (FDA) aprobó la comercialización de dicha píldora y, al poco tiempo ya se difundieron en Argentina, dando lugar a un extenso debate sobre sus efectos en la salud femenina, como así también, las consecuencias que podía traer a *la moral y las buenas costumbres* y, además, en aquellas necesidades demográficas estatales junto con sus programas de desarrollo económico propuestos desde el estado nacional (Felitti, 2009).

Iniciando la década de los setenta junto con la asunción del peronismo, el problema demográfico fue atendido por esta gestión superando cualquier tipo de arenga pro natalista, observadas durante el año 1974, cuando por primera vez en el territorio argentino, se implementaron una serie de medidas coercitivas que atentaron elderechodelasparejas a decidir libremente sobre sus procesos reproductivos (Felitti, 2009).

Aquí surge el dilema entre la necesidad demográfica de los nacientes estados-nación de obtener su soberanía sanitaria y por el otro, la necesidad de ejercer u garantizar los derechos individuales de sus propios habitantes. Este caso regional particular, se caracterizó por presentar una política pro natalista y una defensa de la soberanía nacional frente a las imposiciones imperialistas de la época.

La necesidad de diseñar políticas demográficas propias que pudieran hacer frente a las imposiciones norteamericanas se gestó desde los ámbitos académicos y políticos, dando unas series de debates para establecer una política poblacional que planteara una solución al descenso de natalidad junto con la imposición de límites a las campañas extranjeras que promovían la contracepción. Un hecho predecesor fue la formación del Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad para durante los años 1971 - 1975 del gobiernomilitar de la autoproclamada Revolución Argentina. Este proyecto se acentuó más a partir de la implementación del Decreto Nª 558/1970, del cual el punto 14 proponía encarar unprograma de crecimiento demográfico de modo que confirmara la seguridad interna, la soberanía sanitaria y el desarrollo (Felitti, 2009).

Ya en aquel entonces se afirmaba la necesidad de aumentar la tasa de natalidad, proteger y reproducir a las familias numerosas y disminuir la morbi-mortalidad neonatal e infantil, pero su ejecución se dio recién en el 1973, siendo parte de los objetivos del Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional entre los años 1974 a 1977 para poder así alcanzar los 50 millones de habitantes en el nuevo milenio (Felitti, 2009).

De tal modo y bajo ese contexto, cualquier acción o discurso en pos de la planificación familiar aparecían como obstáculos para el cumplimiento y realización de los objetivos de dicho Plan y, por ende, de la tan celada soberanía nacional. Dichas posiciones pro natalistas encontraron su apoyo de sectores diversos tales como la jerarquía católica, quienes se expresan en contra de toda tentativa de controlar la natalidad con métodos artificiales, como así también, de muchos intelectuales pertenecientes de los sectores de la izquierda más revolucionara que reivindicaban la respuesta en contra dela amenaza norteamericana (Felitti, 2009).

Ahora bien, el ejemplo más drástico en la implementación de disposiciones coercitivas en contra de cualquier acción en torno a la planificación familiar, fue el Decreto Nª659, propuesto desde el Ministerio de Bienestar Social a cargo del ministro López Rega, dicho documento disponía el control de la comercialización de fármaco anticonceptivos por medio de la presentación y uso de recetas médicasy, por otra parte, la prohibición de realizar actividades relacionadas con el control de natalidad(Felitti, 2009).

Finalmente, la campaña no prosperó, por lo que la prohibición fue dada a partir del cierre de al menos sesenta consultorios de planificación familiar integrados en los centros sanitarios públicos, de aquellas instituciones dependientes del estado, incluyendo hasta las obras sociales, suspendiéndose así, la administración de píldoras anticonceptivas entre otros métodos junto con su información (Felitti, 2009).

Al ser vigiladas todas aquellas instituciones públicas, por su dependencia con el estado, trajo como consecuencia que la disposición afectara de una manera desigual en la población, ya que la medida obstaculizó en gran medida la difusión de información y el acceso a métodos anticonceptivos en aquellos estratos sociales menos favorecidos, quienes presentan una mayor tasade fecundidad en contraste

con las clases “emergentes” que tenían acceso al sistema de salud privado, logrando mantener un accesoprofesional en su planificación familiar (Felitti, 2009).

Han existido una diversidad de repercusiones sociales en torno a las nuevas medidas coercitivas, por ejemplo, en los ámbitos de discusión propuestos por las Naciones Unidas han sido rechazadas, como también así, en sectores dentro del mismo gobierno, quienes preferían medidas incentivas en pos a la natalidad, existieron profesionales de diversas sociedades médicas que promovían una atención integral a la demanda de la población, defendiéndola planificación familiar como un derecho humano innato. También se manifestaron en contra de dichas medidas, las recientes agrupaciones feministas locales, quienes han sabido diferenciar el derecho a decidir sobre sus procesos reproductivos y el derecho a un país soberano, sin intervenciones político-sanitarias norteamericanas (Felitti, 2009). Estas series de políticas demográficas continuaron durante la dictadura militar de los años 1976 al 1983, no obstante, la recuperación de la democracia durante el año 1983 no revirtió las medidas hasta el año 1986, cuando recién el gobierno radical actuó según lo acordado en la Conferencia de Población de México del año 1984, a través del Decreto Nª 2.274, el cual reconoce el derecho de las parejas a ejercer la planificación familiar. (Felitti, 2009)

CONCLUSIONES:
Conclusiones principales:

Al realizar dicha monografía debo asumir el rol de sujeto que interpela y se interpela a sí mismo encontrándome sesgos que creo necesarios mencionar, como lo es mi comprensión de la realidad, desde una perspectiva comunitaria y social.

No obstante, lo curioso de este caso argentino es que, dado el contexto de la época, con estados-nación en pleno nacimiento y maduración, con su pasado reciente tan sangriento, producido por el colonialismo europeo. Se manifiesta la necesidad de construirse y saberse como independientes, con la mirada no puesta en el centro o norte, sino más bien desde la exploración y búsqueda de un horizonte dirigido desde el sur para el sur.

A pesar de ello, las medidas tendientes a realizarlo probablemente y, de hecho, no han sido las más adecuadas. Comenzando por la necesidad de desprenderse de

una epistemología eurocéntrica que domina nuestra academia y avala postulados como la teoría de estadios y del desarrollo y su ausencia de enfoque de género y la falta de interseccionalidad. A pesar de ello, este caso es un antecedente de cómo una región particular del sur global intenta pensar y conceptualizarse desde el sur para el sur, aunque, sin lograr desprenderse de las epistemes eurocéntricas.

Esto coincidirá con los múltiples intentos realizados a partir de los años ochenta por conceptualizar una salud internacional latinoamericana y del caribe, que buscaba separarse de los propios intereses del norte global, quienes ven la salud internacional y su ahora continuum la salud global, desde su propia perspectiva, con sus particulares abordajes, análisis y respuestas.

Por otra parte, los derechos sexuales y (no) reproductivos considerados legítimos han transitado por unproceso conflictivo de deliberación en el ámbito público. Considerando este tipo de derechos dentro de las mismas categorías como el derecho a la libertad o la vida. En la praxis social, estos derechos se encuentran permanentemente amenazados por encontrarse enfrentados obligadamente con las políticas poblacionales producidos por los estados en sus diversas concepciones de soberanía y desarrollo, que en algunos casos como en el descrito anteriormente, pueden no coincidir con la demanda y necesidad social.

En aquel juego de intereses entre una soberanía sanitaria y una soberanía individual, creemos necesario que las mujeres y personas gestantes puedan encontrar su propio espacio en la agenda política, de manera que, desde allí puedan ser ejecutoras y participes en las diversas tomas de decisiones en relación a su propia sexualidad y potencial reproductivo.

Recomendaciones:

De modo que el primer desafío será elaborar y construir un saber colectivo, asumiendo las bases del pensamiento crítico latinoamericano desde el proceso de descolonización de nuestras epistemes y praxis. Produciendo un posicionamiento desde el sur globalsiguiendo los ya pautados principios del grupo de trabajo regional de salud internacional y soberanía sanitaria del Consejo Latinoamericano de ciencias sociales, quienes como objetivo intentan recrear un espacio público de tipo académico-político-social para la formulación, reflexión y elaboración de

un pensamiento y praxis crítica. Pensamiento que a su vez sirva de comprensión y explicación tanto en una dimensión conceptual como metodológica, que intente ser capaz de contribuir a desmontar los engaños y falacias propuestas e impuestas por los bloques hegemónicos globales para nuestras sociedades del sur global.

Enfocándonos en la construcción de una nueva salud internacional propuesta desde el sur para el sur con un pensamiento decolonial, intercultural y de soberanía sanitaria.La primera pautaa la cual adhiero, es a la construcción de una real soberanía sanitaria, entendiendo a esta como el máximo potencial o capacidad de poder decidir dentro del contexto global, intentando hacer frente a las imposiciones dadas desde las lógicas de la salud internacional panamericana y loa salud global internacional.
Para ello será necesario intentar hacerlo desde un giro decolonial, realizando un cambio de coordenadas del pensamiento emancipador que entiende solo de una modernidad liberal producida por el centro, lo que deviene su producción y reproducción en la periferia.
Siguiendo con la crítica reflexiva realizada al caso particular argentino descrito en esta monografía, es necesario construir un pensamientocrítico latinoamericano desde la interculturalidad laninterseccionalidad, entendiéndolas como medidas instrumentales comunicativas, pero también, además, como dimensiones políticas desde donde será necesario la desoccidentalización.

Como lo hemos mencionado anteriormente, el pensar desde el sur para el sur, implicaríaactuar y pensar como un sujeto epistemológico del bloque del sur global, con una orientación tanto geopolítica, cartográfica y práctica contra hegemónica. Aclarando que al hablar de sujetos, se instálala necesidad de impulsar la creación de espacios de construcción de saberes que resulta fundamental para la producción de otra salud internacional sur sur, fortaleciendo las potencialidades de diversos actores sociales como los diversos movimientos civiles y sociales del sur, tales como los diversos feminismos, sindicatos, universidades, instituciones públicas y demás. Y como última pauta, que además comparto de las propuestas por el grupo de trabajo, es la horizontalidad, produciendo así relacionessimétricamente entre los diversos grupos, pueblos o colectivos. Logrando así minimizar las relaciones jerárquicas, verticales,condicionantes asumida por la salud internacional y salud global. Por lo que esta salud internacional sur sur se encuentra reconocida en el otro, en la reciprocidad y cooperación-solidaridad entre pares.

Referencia bibliográfica:

Almeida, N; Jairnilson, F; Paim, S. (2010). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos médico sociales 75: 5-30.

Basile, G (2020). *La Salud colonizada por el Desarrollo: América Latina y Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional*. En Cap.10 de Medina, T. O., & Villamar, M. V. Libro "Pensamiento crítico latinoamericano en Desarrollo. Editorial Catarata(España) e Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid(IUDC-UCM). Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20200804040601/la-salud-colonizada-por-el-desarrollo.pdf

Basile, G. (2018). *"Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico"*. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf

Basile, G. (2019). *La Salud de la Integración regional: el caso de UNASUR Salud. ¿Soberanía o dependencia sanitaria?* Ediciones GT Salud Internacional, Buenos Aires, Octubre 2019. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20191205035735/III-Dossier-SISS-CLACSO-Integracion-regional-y-Salud.pdf

Basile, G. (2020). *La triada del higienismo público, cuarentenas y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética del panamericanismo sanitario.* En Biblioteca Editorial CLACSO, Junio, 2020. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20200529070501/Neohigienismo-y-cuarentenas-verticales.pdf

Basile, G. (2018). "*La colonialidad ética del Sistema Internacional de Cooperación: el caso Haití*". Dossier de Salud Internacional Sur Sur Ediciones del GT de Salud Internacional CLACSO. Buenos Aires, Agosto(2018). Recuperado de https://www.jstor.org/stable/j.ctvnp0k4x.18?seq=1#metadata_info_tab_contents

Basile, G.; Peidro, R.; Rodríguez, E.; Angriman, A. (2019). "*Caracterización del Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero en siglo XXI: concentración de mercado, fusiones nacional-multinacional y su impacto en el acceso a medicamentos y en las fuentes de trabajo del Sector*" . Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO, Abril, 2019.Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20191219033726/Estudio-1-OMySC.pdf

Birn, A. E. (2011). Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v30n2/101-105/es/

Birn, A.E. (2014). Filantrocapitalismo, pasado y presente: la Fundación Rockefeller, la Fundación Gates y el entorno de la agenda de salud internacional / global. *Hipótesis* , *12* (1). Recuperado de http://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2015/03/Anna-Birn-HJ229%E2%80%94FIN_Nov1_2014.pdf

Birn, A.E.; Muntaner, C.; Afzal, Z. (2017). Cooperación Sur-Sur en salud: aportando teoría, política, historia y justicia social. *Cadernos de saude publica* , *33* , e00194616. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00194616.pdf

Boaventura de Souza Santos (2010). Descolonizar el saber, reinventar el poder. Ediciones Trilce – extensión universitaria. Universidad de la república. Uruguay.

Borde, E.; Torres Tobar, M. (S/F). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública». Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600264&lng=es&tlng=es

Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, *8*, 937-951. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/csc/2003.v8n4/937-951/es/

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, *6*, 83-101. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/scol/2010.v6n1/83-101/

Breilh, J. (2011). La subversión del buen vivir (rebeldía esclarecida para el siglo XXI: una perspectiva crítica de la obra de Bolívar Echeverría). *Salud colectiva*, *7*, 389-397. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n3/389-397/

Breilh, J. (2013). El debate determinantes-determinación: aportes del análisis teórico, epistemológico y político La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 31 (supl 1).
Breilh, J. (S/F). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

Breilh, J.; Reilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, , vol. 31, p. 13-27. Ver: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

Celentano, D. D., Mhs, S., & Szklo, M. (2019). *Gordis.*
Epidemiología. Elsevier. Recuperado de https://books.google.es/

06

El sistema de salud argentino ante el sars-cov-2
¿Coyuntura crítica hacia la refundación?

| Simón Joaquín

Introducción

A partir de la expansión del Sars-cov-2, las discusiones acerca de la gestión de la salud adquirieron una centralidad inusitada. El ámbito público se vio colmado de debates en torno a las decisiones gubernamentales para hacer frente al avance pandémico.

En respuesta a las estrategias implementadas, se alzaron voces críticas que remarcaron la necesidad de reformular un sistema de salud ampliamente fragmentado y con escaso margen de rectoría. Los discursos reformistas, planteando la necesidad de construcción de un sistema integrado de salud reavivaron las tensiones que subyacen a la cristalización actual de su estructura organizativa.

Las formas organizativas adoptadas por el sistema de salud argentino resultan soluciones de compromiso frente a las constantes tensiones entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional. Estas, a su vez, se encuentran tamizadas por las corrientes de pensamiento del panamericanismo en salud y de salud global liberal (Basile, 2020-a), operantes a través de los organismos internacionales. Resultado de ello, la enorme influencia de los intereses sectoriales en torno a la configuración del campo de la salud como espacio de acumulación capitalista (De Feo, 2020).

Partiendo de la definición de coyuntura crítica, referida a períodos históricos en los que se generan cambios institucionales significativos, como consecuencia de una crisis de las formas organizativas previamente vigentes (Capoccia, 2015), y mediante la perspectiva de la historia del presente (Castel, 2013), proponemos reflexionar acerca de las condiciones de posibilidad abiertas con el impacto del Sars-cov-2 en el sistema de salud argentino. El objetivo será el de evaluar la existencia de un posicionamiento superador de los intentos de reforma mediante la propuesta refundacional de una salud Sur-Sur.

Partiremos de una caracterización del Sistema de Salud Argentino analizando su actual conformación a través de los legados presentes en la historización propuesta por Belmartino (2009, 2005, 1995) a las coyunturas críticas, y las consiguientes reconversiones de las condiciones asociadas a la superación de dichas circunstancias históricas.

Como parte del análisis se pretende incorporar la dimensión de especificidad en el estudio de los sistemas de salud y seguridad social, dictado por su pertenencia al espacio geopolítico de América Latina y Caribe, en tanto lugar del capitalismo mundialmente periférico (Basile, 2021) y el reconocimiento de las influencias internacionales.

El propósito de este trabajo será el de ensayar la consideración de la irrupción del Sars-cov-2 desde su carácter de coyuntura crítica; determinar el modo de articulación de discursos, prácticas y actores internacionales y globales de la salud global internacional, en el contexto de la pandemia; definir las situaciones inéditas resultantes que pudieran abonar la consideración sobre las diferentes opciones abiertas y sus implicancias: procesos de reforma o de refundación del sistema de salud.

Desarrollo

"Tenemos que ir a un sistema nacional integrado de salud entre lo público, lo privado y las obras sociales que optimice recursos. La pandemia nos dio la oportunidad de reformular el sistema de salud en tiempo récord, pero es necesario hacer un esfuerzo diferente", señaló Cristina Fernández al participar de forma virtual del cierre del VII Encuentro Nacional de la Salud organizado por el espacio Soberanía Sanitaria que integra el Frente de Todos en diciembre del 2020.

Aún antes de la detección de la presencia del Sars-cov-2 en la Argentina, se realizaron ingentes esfuerzos orientados al fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de atención, con un fuerte incremento del gasto público orientado hacia el subsector público y del rescate de la capacidad de rectoría del degradado Ministerio de Salud, resultante del más reciente ensayo neoliberal.

Las palabras de la Vicepresidenta, lejos de denostar el empeño allí depositado, invitan a la consideración histórica acerca de los intentos por conformar un sistema integrado de salud. En principio al menos, la necesidad de caracterizar la actual configuración institucional partiendo de una historia del presente o problematización de lo contemporáneo (Castel, 2013).

Este pronunciamiento, pondera dentro de la agenda de gobierno, la reconfiguración de la organización del sistema de salud mediante un "esfuerzo diferente" al

implementado frente al presente avance pandémico. El presente no es únicamente lo contemporáneo, el presente es un efecto heredado, es el resultado de toda una serie de transformaciones que es preciso reconstruir para poder captar lo que hay de inédito en la actualidad (Castel, 2001).

Quien quiera analizar un problema aparecido en un momento determinado está obligado a enfrentarse a un problema de datación, al problema de fijar un comienzo (Castel, 2001). Partiremos de una sucinta caracterización de la actual configuración del sistema de salud argentino, para luego intentar dar cuenta de dicha cristalización, mediante el reconocimiento de "coyunturas críticas y legados" (Belmartino, 2009, 2005).

Este intento de historización del presente, contempla entre sus objetivos el identificar las influencias del panamericanismo en salud y de la salud global (neo) liberal (Basile, 2020) a través de los discursos, prácticas y actores involucrados en este proceso.

En paralelo con el debate sobre la necesidad de adecuación del sistema hacia nuevas formas organizativas, es posible preguntarse acerca dela existencia de cambios significativos en las representaciones que la sociedad construye en torno a problemáticas vinculadas con la enfermedad.
Salvando las dificultades que conlleva la consideración de un fenómeno que se encuentra en franco desarrollo, intentaremos evaluar la pertinencia respecto a la consideración de este momento histórico como coyuntura crítica (Capoccia, 2015) . Ello nos permitirá evaluar los posibles cursos de acción en torno a las posibilidades de reforma o refundación.

La actual organización del "Sistema" de Salud Argentino

De acuerdo a los datos vertidos en la evaluación que antecede a las Bases del Plan Federal de Salud (COFESA, 2004) la provisión de salud en Argentina es cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. La heterogénea oferta de coberturas abarca 24 sistemas públicos provinciales, cerca de 300 Obras Sociales Nacionales, 24 Obras Sociales Provinciales, varias decenas de empresas medicina prepaga, seguros privados de salud y gran cantidad de mutuales, además del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

La falta de coordinación y articulación de este universo impide la conformación de un "sistema" de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. La falta de integración no sólo se verifica entre los distintos sectores, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación.

El sector público a su vez se encuentra dividido por jurisdicciones, nacional, provincial y municipal, entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación. La cobertura poblacional es muy diversa, la disparidad de la estructura de aportes y bandas salariales muy amplia, diversificando a su vez la gama de niveles de gasto prestacional per cápita. Las coberturas brindadas son también variables, y no se ajustan a un paquete de referencia como el establecido por el Programa Médico Obligatorio.

Como consecuencia de lo anterior, y sumado a las crisis económicas recurrentes, los procesos de desregulación motorizados principalmente a partir de los condicionamientos de los organismos internacionales han redundado en deterioro en la calidad de los servicios o un nivel de cobertura deficitario.

En el intento de comprensión de esta configuración actual estableceremos un repaso de dos procesos históricos de gran significación para la actual arquitectura institucional.

De coyunturas críticas y Legados

El concepto de coyuntura crítica es utilizado para designar períodos históricos en los que se generan cambios institucionales significativos, como consecuencia de una crisis de las formas organizativas previamente vigentes. La emergencia de cuestionamientos a las reglas de juego en determinado sector, en coincidencia con crisis sociales más amplias, permite identificar la presencia de coyunturas críticas, que marcan el inicio de conflictivos procesos de reconversión.

En el sistema de servicios de salud argentino es posible reconocer la presencia de dos importantes coyunturas críticas, la primera de ellas puede ubicarse en los años '30 y primeros '40 y la segunda a partir de los años 70, alcanzando su máxima expresión con la crisis hiperinflacionaria del año 89 (Belmartino, 2009).

La primera de ellas será escenario de debates sobre los alcances y límites de la intervención del estado en múltiples escenarios de la práctica social. Al igual que en otros países de Latinoamérica, las transformaciones sufridas por la relación estado/ sociedad en los años posteriores a la segunda guerra mundial, no llegan a configurar un auténtico Estado de Bienestar (Farge Collazos, 2009) . Alrededor de este modelo, el pensamiento sanitario de la época señalaba como principales aspiraciones entonces: universalidad; integralidad; gratuidad; oportunidad y eficacia.

La versión local inacabada del Estado de Bienestar o Estado de Compromiso (Weffort,1979) conceptualiza la modalidad de organización estatal que no persigue la construcción de una ciudadanía unificada en el goce de los derechos sociales. La fragmentación y la heterogeneidad en el acceso a la salud, emergentes de este período, determinan la estratificación de la cobertura y de acceso a los beneficios.
El legado más resonante de esta coyuntura consistirá en el surgimiento de las primeras organizaciones de cobertura en manos sindicales, las cuales hasta hoy siguen siendo el acta de clausura de un posible sistema unificado. Podría decirse que fue el gobierno peronista iniciado en 1946 el que al tiempo que fortalecía y expandía el subsistema público a niveles históricos (Ramacciotti, 2009) daba el primer paso hacia la irreversibilidad de las obras sociales como tales.

A partir de aquí, sindicatos y organizaciones profesionales médicas establecen las modalidades dominantes de organización y financiamiento de los servicios de salud. La fragmentación y la ausencia de regulación estatal pierden entonces su aparente indeseabilidad, siendo mejor entendidos en torno a la funcionalidad que revisten para el autogobierno de estos actores.

La segunda coyuntura crítica se genera a partir de los años 70, y alcanza su máximo nivel de conflicto con la desregulación y la introducción de mecanismos de competencia propuesta en los años 90. Este proceso comienza con la aspiración renovada hacia la universalidad, aunque esta vez lo hace como meta, naufragando en la narrativa de la efectividad. La supuesta inviabilidad estatal, brinda la base de sustentación hacia la avanzada contra cualquier estatalidad característica de la época y las consiguientes privatizaciones.
El pacto corporativo, legado de la anterior coyuntura crítica, presenta signos de agotamiento ante la dificultad de financiar la demanda, ante el constante incremento de los servicios mediante la inclusión de nuevas tecnologías (Belmartino, 1995).

La puesta en marcha de estrategias de reforma del estado y reconversión económica, alcanzará también los servicios de atención médica (Belmartino, 2009), el "nuevo orden mundial" inspirado en el neoliberalismo, provoca una evidente fragilización de los esfuerzos para enfrentar colectivamente los problemas de salud (Paim, Filho, 1996).

A lo largo de los años 80, la disminución de la capacidad de pago de la demanda no estimuló un ajuste ordenado de la oferta. Antes bien, exacerbó la competencia por la captación de los recursos volcados al sistema en los tres grandes mercados en los que estaba organizada la oferta: servicios médicos, servicios sanatoriales, medicamentos. Las iniciativas de los proveedores orientadas a mejorar su ingreso a partir de estrategias individuales significan la ruptura de las bases consensuadas del modelo preexistente, delimitando las condiciones de esta nueva coyuntura crítica.

Los diagnósticos se repiten: diversidad de regímenes y disponibilidad de recursos, limitado control por parte del estado de la eficiencia en los gastos y resultados obtenidos, falta de presupuestos programáticos y balances analíticos, desconocimiento de los recursos físicos y humanos disponibles y de las prestaciones sociales y específicamente médicas proporcionadas, carencia de estadísticas sanitarias.

Las propuestas organizativas adoptadas por los viejos actores se alinearon en un primer momento en defensa del vínculo solidario, la responsabilidad del estado de asegurar el derecho a la salud. En forma antagónica, las fuerzas que procuraban modificar la distribución de poder existente al amparo de las políticas de desregulación económica y reforma del estado, tomaban como estandarte la mayor objetividad y eficiencia asignativa de la operatoria de mercado, enfatizando la responsabilidad individual, "estrategia neoliberal" para el debilitamiento del poder corporativo.

El surgimiento de modalidades de gestión empresarial en el campo de la salud, la introducción de organización de seguros privado así como los nuevos mecanismos contractuales entre los actores históricamente enlazados en la organización del sistema de prestaciones y su financiamiento , contribuyen a cimentar el legado más significativo de la reconversión en torno a esta coyuntura crítica: La vinculación entre los servicios de salud y la población y su derecho de utilizarlos vinculado a su capacidad de pago (Belmartino, 2009).
La reorganización a partir de esta coyuntura crítica afecta tanto al nivel organizativo

del sistema cuanto al universo de representaciones en torno al campo de la salud. Resultado de ello, la salud queda comprendida como un bien de consumo, la gestión de la salud pública como un negocio el cual requiere del apoyo de organismos privados, siguiendo las lógicas y directrices de modelos de organizaciones del norte global a través de las agencias internacionales de cooperación para el desarrollo.

Las influencias internacionales

La contextualización del sistema de Salud Argentino en el espacio geopolítico de América Latina y Caribe, representa un elemento central, en tanto lugar del capitalismo mundialmente periférico (Basile, 2021) El devenir de los diseños institucionales del sistema de salud en Argentina reconocen la injerencia de los ejes disciplinadores y vertebradores de las reflexiones, estudios, agendas y acciones en este campo, caracterizados como salud internacional del panamericanismo y salud global liberal (Basile,2018).

La expresión de estas influencias, vinculadas a su vez a los procesos anteriormente descriptos como coyunturas críticas, fueron moldeando la arquitectura organizacional según la "cultura de la sobrevivencia" (Del Cueto, 2015). Sus principales características serán el énfasis exagerado en las tecnologías médicas, la fragmentación de los sistemas de salud, la discontinuidad de las políticas sanitarias y promoción de un concepto de la salud pública como una respuesta temporal a las emergencias gravitando en torno a la enfermología pública (Granda, 2004).

La promoción de la doctrina del Panamericanismo sanitario (Basile, 2018) a través del financiamiento impulsará ciertas reformas: "los organismos técnicos piensan, formulan, diseñan y los bancos financian". Los Sistemas de Salud y el Estado acumulan cambios institucionales y organizacionales en una matriz y lenguaje de reformas promovidos por organismos internacionales, actores económicos-financieros, de acuerdo con los dogmas del complejo político liberal. Para esta ideología los sistemas sanitarios son comprendidos según categorías de corte eurocéntrico, representando los intereses del desarrollo del capitalismo solidificando las relaciones entre Centro-Periferia, augurando la expansión de mercados de coberturas financieras y bienes privados (Basile, 2021).
La salud pública panamericana y salud global liberal ubican a los sistemas sanitarios en una concepción weberiana como aparato del Estado, bajo el gerenciamiento del

salubrista, externo a la sociedad (Basile, 2018). Esto conlleva a la consideración de los sistemas de salud como simples aparatos organizativos, descriptos desde su funcionalidad.
A partir de la década del 80, esta ayuda técnica financiada por los bancos, adquiere mayor influencia, por el poder combinado de su ingreso a la asistencia técnica, impuesta como condición para la cooperación financiera (Rovere, 2011)

Este proceso representa la cristalización más acabada de la colonialidad del poder y del saber (Quijano, 1999). Cualquier atisbo de reflexión acerca de la organización de los sistemas de salud y seguridad social, no podrá permanecer ajena a la condición periférica asignada al espacio geopolítico de América Latina y Caribe, en tanto lugar del capitalismo mundialmente periférico. Ello implica que cualquier intento de modificación deberá contemplar un conjunto de desafíos epistemológicos, teórico-conceptuales, metodológicos y de acción político-sanitaria (Basile, 2021) en clave decolonial (Basile, 2018).

El impacto del Sars-cov-2

A la luz de lo previamente expuesto, es posible realizar una primera aproximación a las respuestas ensayadas ante el avance de la pandemia por Sars-cov-2. Las mismas, han priorizado el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria del subsector público, debiendo contrarrestar el proceso de vaciamiento promovido por el modelo de salud internacional liberal y su ensañamiento con el sector público durante el reciente embate neoliberal (20015-2019).

La unidad de análisis priorizada en la toma de decisiones priorizada fue el Estado Nación, en total ausencia de cualquier tipo de cooperación regional. Antes bien, la dimensión internacional en los análisis careció de expresiones de solidaridad, siendo utilizada para demostrar comparativamente la preferencia de unas políticas sobre otras.
La ausencia de cooperación internacional en América Latina debe considerarse también como resultado de la eficacia de la agenda neoliberal, la cual destino esfuerzos a des-organizar la incipiente construcción regional (Unasur, Alames) mediante la promoción de espacios alineados con el norte global (Tratado de libre comercio con UE, Grupo de Lima) con la cual Argentina asumió un férreo compromiso durante el período 2015-2019.

La estrategia de las autoridades Argentinas mostró influencias del panamericanismo en salud, evidenciadas en la preeminencia dada a la enfermedad como también en la verticalidad en la implementación de acciones. La implementación de este modelo reforzó la hegemonía del modelo médico hegemónico (Menendez, 2005), con fuerte incidencia desde la primer coyuntura crítica (Belmartino, 2009), como protagonista de las definiciones.

A partir de la pandemia se reafirmó la idea-fuerza acerca de la necesidad de superar la fragmentación y las inequidades como resultantes de las medidas neoliberales. Distintas vicisitudes han promovido la problematización de la salud como un derecho humano, del sistema de salud como un todo y de las estrategias multisectoriales orientadas a la superación de las desigualdades como respuestas a las necesidades de salud de la población.

Por su extensión espacial, simultaneidad temporal e impacto social, político y económico, el Covid-19 representa una circunstancia sin precedentes y, posiblemente, la experiencia primordial de la sociedad global del siglo XXI (Passeti, 2020).

Reforma o Refundación

Los procesos para los que se procura interpretación en el presente trabajo son considerados como históricos, situados, contingentes, y de final abierto. Ensayar la consideración de la gestión del sistema de Salud durante la expansión del Sars-cov-2 como un evento capaz de generar una coyuntura crítica solo puede ser considerado a título hipotético.

Los procesos políticos de búsqueda de salidas para coyunturas críticas suponen siempre la presencia de un abanico de opciones, entre los cuales la revitalización de la ideafuerza de la elaboración de un sistema único es una entre las posibles, capaz de subsanar algunas de las deficiencias estructurales de la actual organización.

Ahora bien, una mejor organización de los recursos, la conformación de un espacio unificado de decisiones, parece no sólo una empresa de difícil consecución de acuerdo a los legados de las coyunturas críticas (Belmartino, 2009) y las influencias del panamericanismo en salud y la salud global liberal (Basile, 2018) condicionantes del sistema de salud argentino.

En razón de ello las reformas deberían superar un entramado de dependencia sanitaria teórica-conceptual en una larga condensación institucional y material en Latinoamérica y el Caribe, además de conciliar intereses sectoriales de difícil articulación con la idea de la salud como derecho.

Por su parte, las reformas que no conmovieran las bases sobre las que se ha fundado el sistema de salud, seguirían respetando la materialidad y la institucionalidad resultado de la condensación que reflejan los sustentos ideológicos, las acciones técnico políticas, emergiendo de ello una maquinaria técnico instrumental externa a la sociedad.

Tan sólo pueden esperarse de ello nuevas gerencias estatales gestoras de nichos de mercado y financiarización de coberturas.
Los procesos de refundación por su parte, presentan una visión superadora de los sistemas de salud como sistemas positivistas manejados por el estado, que tan solo se orientan a la prevención y eventualmente la curación de enfermedades. Los sistemas de salud son instituciones colectivas que condensan las relaciones sociales y las ideas dominantes de determinado momento histórico.
La refundación de los sistemas de salud entonces, resultan de una complejización basada en las teorizaciones del pensamiento crítico latinoamericano, que proponen pensar sus modificaciones más allá de la reconfiguración de la institucionalidad político-médica, estrechando el intento a la búsqueda de perfectibilidad de los alcances del actual sistema.

La refundación parte de la consideración de que la política sanitaria debe ser pensada desde los atravesamientos geopolíticos del sur global, así como también del engarce en la que esta última se sustenta, como son la seguridad social y el proyecto económico en el que encuentra asiento.

Conclusión

Retomando el análisis de las expresiones de la Vicepresidenta en torno al sistema integrado de salud, podemos concluir que las mismas encierran una intencionalidad reformista, orientada por la optimización de los recursos, la ampliación de la cobertura, sin una consideración crítica de las bases sobre las cuales se fundan la

materialidad e institucionalidad actual del sistema de salud pública como aparato burocrático de salud pública externa a la sociedad.

A partir de la historia del presente sostenemos que la propuesta del sistema integrado de salud, de ser promovida, deberá marcar diferencias con los anteriores ensayos reformistas, los cuales se han orientado hacia [1]la funcionalización de un sistema que reproduce desigualdes, que desde su externalidad sostiene procesos de desciudadanización, desterritorialización y aceptación acrítica de respuestas elaboradas desde la colonialidad del saber y del poder del norte global, además de los legados fuertemente arraigados.

Aunque considerar ese "esfuerzo diferente" presente en su discurso, nos permite entrever un "sentido diferente" a las modificaciones en la actual organización del sistema.

Un sentido diferente que amparado en un giro decolonial, permita despegarse de los sentidos coagulados por la arquitectura del poder global, que se permita interrogar acerca del por qué y para qué de los sistemas de salud en el siglo xxi.
Si de acuerdo a lo expuesto entendemos la actual situación por el avance pandémico como coyuntura crítica, es dable pensar que existe un terreno fértil para impulsar los debates en torno a los sistemas de salud en clave refundacional.

El "sentido diferente" entonces puede ser leído de esta manera, orientado a recuperar el aspecto histórico de los plexos que conforman la actual configuración del sistema de salud. El objetivo último será el de reflotar su carácter instituyente, en pos de la construcción de ciudadanía, la consideración de las interseccionalidades que hacen al género, la raza y las clases sociales, promoviendo la distribución de la riqueza y el poder popular, siendo un dinamizador para mejorar el bienestar, la calidad de vida y el vivir bien de las sociedades.

1 "Tenemos que ir a un sistema nacional integrado de salud entre lo público, lo privado y las obras sociales que optimice recursos. La pandemia nos dio la oportunidad de reformular el sistema de salud en tiempo récord, pero es necesario hacer un esfuerzo diferente", señaló Cristina Fernández al participar de forma virtual del cierre del VII Encuentro Nacional de la Salud organizado por el espacio Soberanía Sanitaria que integra el Frente de Todos en diciembre del 2020.

Bibliografía

Argentina, Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. (2004) Bases del Plan Federal de Salud. Buenos Aires, Ministerio de Salud.

Basile, G. (2020-a). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. Ciência & Saúde Coletiva, 25, 3557-3562.

(2020-b). La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARSCoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Mayo.

(2021) Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: Apuntes para repensar y descolonizar las Teorías y Políticas. En VII Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.

(2018) Salud Internacional Sur Sur hacia un giro decolonial y epistemológico En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur Ediciones GT Salud Internacional CLACSO Diciembre, 2018

Belmartino, S. (1995). Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. *Desarrollo Económico*, 83-103.

(2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud colectiva*, *1*, 155-171.

(2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. *Boletín de Historia Política del Siglo XX*.

Breilh, J. (2003) Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

(2020) SARS-COV2: Rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Paper Univeristario. Universidad Andina.

Castel, R. (2001). Presente y Genealogía del Presente. Una aproximación no evolucionista al cambio social. Archipiélago, 47, 5-12.

(2013). Michel Foucault y la historia del presente. Con-ciencia social: anuario de didáctica de la geografía, la historia y las ciencias sociales, (17), 93-100.

Capoccia, G. (2015). Critical junctures and institutional change. In J. Mahoney & K. Thelen (Eds.), Advances in Comparative-Historical Analysis (Strategies for Social Inquiry, pp. 147-179). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781316273104.007

Cueto, Marcos. (2015). La" cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 22(1), 255-273.

De Feo, O (2020) Breves notas sobre economía política de la Salud. Apuntes CLACSO.

Farge Collazos, C (2007) El Estado de bienestar Enfoques, vol. XIX, núm. 1-2, pp. 45-54

Fernandez de Kirchner, C. (2020) Discurso pronunciado en VII Encuentro por la Salud. Extraído de internet: https://www.pagina12.com.ar/312835-el-hilo-donde-cristina-kirchnerelige-sus-frases-y-fotos-del el 27 de Febrero de 2021.

Fleury, S. (1997). Estado sin ciudadanos. *Buenos Aires: Lugar Editorial*.

Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista cubana de salud pública*, *30*(2), 0-0.

Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud colectiva, 1, 9-32.

Paim, J. S., & Almeida Filho, N. M. D. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica.

Passeti, R. (2020) Covid-19, coyuntura crítica. Extraído de Internet: https://www.cidob.org publicaciones/serie_de_publicacion/opinion_cidob/2020/covid_19_coyuntura_critica el 27 de Febrero de 2021.

Quijano, A. (1999). Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositio*, *24*(51), 137-148.

Ramacciotti, Karina La política sanitaria del peronismo, Buenos Aires, editorial Biblos, 2009.

Rovere, M. (2011). Organismos Internacionales de Salud y la Argentina. Voces en el Fénix, 2(7), 21-24.

Wallerstein, I. M. (2005). *Análisis de sistemas-mundo: una introducción*. Siglo xxi.

Weffort, F. C. (1979). La crisis del populismo: Brasil, 1961-1964. Revista Mexicana de Sociologia, 41(1), 129-141.

07

La domesticidad argentina bajo la pandemia de COVD-19: ¿Entre lo nuevo y lo viejo?

| Marcelo Silvio Barrera

Introducción

No caben dudas acerca de que la denominada pandemia de COVID-19 que aun atravesamos esun hecho social total, esto es, al decir del etnólogo francés Marcel Mauss, un fenómeno que por su enorme complejidad y densidad se encuentrae interpela "a la vez y de golpe" todo tipo de instituciones y saberes: sociales, ecológicos, religiosos, sanitarios, económicos, políticos, etc. En ese marco, aquí produciremos un recorte y haremos foco sólo en una dimensión del fenómeno. Así, el objetivo principal de este artículo es el de explorar algunos de los modos en que la pandemia impacta sobre la esfera privada, particularmente, sobre la domesticidad[1] de los hogares situados en la Argentina. Para ello, al tiempo que daremos cuenta de la mirada teórica desde la cual abordaremos el tema señalado, utilizaremos diversas fuentes de datos secundarios de carácter y alcance local que se publicaron recientemente, lo cual permitirá aproximarnos empíricamente al fenómeno a indagar.

Consideramos que es relevante reflexionar acerca de la producción y reproducción de las asimetrías y desigualdades sociales de género en el espacio doméstico, dado que ello permite acercarse a una mejor comprensión y a su (re) visibilización, dos condiciones que pueden operar como un incentivo positivo para el diseño de políticas públicas que tiendan, si no a erradicarlas, al menos, a atenuarlas.

Se trata, entonces, de reflexionar en torno a los impactos que una situación de carácter "total" absolutamente extraordinaria que pone en suspenso el orden, altera dramáticamente nuestra cotidianeidad y colocan un manto de incertidumbre e imprevisibilidad acerca de sus efectos sobre nuestro futuro individual y colectivo, produce en la domesticidad en el marco de un país periférico situado en el capitalismo del sur global (Basile, 2020b). Por tanto, se indagará la dinámica que asume el ámbito domestico a la luz de una profunda crisis que se manifiesta individual y colectivamente en la necesidad de transitar una experiencia de elevados grados de inestabilidad, precariedad e incertidumbre.

1 Comprendemos la domesticidad "como un efecto de un conjunto de múltiples prácticas y discursos, formas de *problematización*, que convergen en la definición de atributos morales, espacios sociales y tareas específicas como propias de lo 'doméstico' entendido como un ámbito delimitado en contraposición al mercado y respecto de 'lo público', cuyas fronteras están en tensión" (Aguilar, 2014:12, itálicas en el original).

La perspectiva de género:esferas publico/privaday roles de género

El concepto de género como categoría analítica[2] emerge a partir de dos fuentes epistemológicas, tanto de las luchas y reflexiones teórico-políticas que los movimientos feministas desarrollan desde los años sesenta y setenta del siglo XX con el fin de dotar de comprensión y explicación a la posición de subordinación ocupada por las mujeres frente a los hombres, como también de determinados desarrollos y productos teóricos forjados en el campo de las ciencias sociales en los años ochenta a propósito de la reflexión sobre la significación de la diferenciación sexual (Gomáriz, 1992; Scott, 1993). Desde sus primeros esbozos conformativos la(s) teoría(s) de género, dado su profuso contenido político, se constituyeron como una "zona de batalla" (Acha, 2000: 67), en el que múltiples opiniones y perspectivas disputan su orientación legítima. Pese a ello, sin duda un elemento común que las atraviesa es el carácter histórico del género, y es en tal sentido que en una primera aproximación puede ser definido centralmente como el conjunto de los atributos culturalmente atribuidos a los sexos.

Desde nuestra posición, investigar inmerso en el marco de una perspectiva de género supone emplear "como una herramienta heurística central la diferencia entre sexo y género" (Gomáriz, 1992: 2). En efecto, el género "es el sexo socialmente construido" (De Barbieri, 1992: 114), un sistema de relaciones que *constituye y está constituido* por las representaciones culturales asociadas "imaginariamente"[3] a la diferencia sexual; una arquitectura de orden socio histórico que organiza jerárquicamente las diferencias entre los sexos y que tiene su correlato en una determinada división social del trabajo entre hombres y mujeres, la que se manifiesta en "los sistemas de género/sexo", que son los conjuntos de "prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que dan sentido (...) al relacionamiento entre las personas" (De Barbieri, 1992: 114-115)[4]. Afirmar que el género está culturalmente

2 La aparición del término "género" despojado tanto de su condición de categoría analítica, como de su significación más reciente, puede rastrearse algunos siglos antes. Al respecto véase Scott, Joan (1993), "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en: Cangiano, M. y Dubois, L. (comps.), *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

3 En tal sentido, si bien "[h]ay, por supuesto, diferencias biológicas innegables entre mujeres y varones, pero lo determinante en la organización social no es la diferencia misma sino el modo en que se la significa y se la valora, el modo en que se interpreta y se la vive" (Santa Cruz et al,citado en Acha, 2000: 68).

4 De Barbieri retoma explícitamente (aunque invirtiendo el orden de los términos sexo y género) el concepto de sistema género/sexo deGayleRubin, pensadora marxista de origen norteamericano,que define el sistema sexo-género como "el conjunto de disposiciones por el cual la materia prima biológica del sexo y la procreación humana son conformadas por la intervención humana y social y satisfechas en una forma convencional, por extrañas que sean algunas formas de las convenciones" (Rubin, 1998: 24).

construido implica pensar que es un sistema de relaciones de poder, y que, por lo tanto, es el resultado de luchas, conflictos, imposiciones y resistencias sociales que se libran en diversos planos (material, simbólico, entre otros).

De lo escrito hasta el momento se desprende el carácter *relacional* del concepto de género. Las identidades y subjetividades de ambos sexos/géneros (hombres y mujeres) se construyen en términos de sus mutuas vinculaciones, no de modo aislado. La construcción social de las identidades, el lugar por ellas ocupado en el marco de las condiciones materiales y culturales de existencia, sus similitudes y divergencias, todo ello es pensado en el análisis de género en términos relacionales, lo cual inhabilita concebir que el "objeto" sociológico mujeres pueda ser comprendido por sí mismo, en tanto que sólo puede serlo en relación; no se trata pues de "universalizar" un objeto. Con ello no solamente se afirma que existe un permanente "intercambio desigual y en tensión" entre las condiciones sociales de existencia de las mujeres y los hombres, sino también, como lo denunció el feminismo negro y decolonial, la heterogeneidad existente en cada uno de estos conjuntos; en los cuales priman las diferencias étnicas, culturales, económicas y políticas así como la jerarquización entre los componentes de los mismos. En efecto, el "sesgo occidental blanco y burgués" (Espinosa Miñoso, 2014: 7) que atravesó a los movimientos feministas eurocentricos, ha impedido dar cuenta de la interseccionalidad de la opresión que viven las mujeres negras[5].

Las jerarquías y desigualdades sociales tienen su correlato en los roles diferenciales atribuidos a cada uno de los sexos. El surgimiento de la modernidad tiene como uno de sus sucesos fundamentales la paulatina separación de la producción y la unidad doméstica, por tanto, trabajo y vida se conciben como ámbitos diferentes (Aguilar, 2014). Esta separación dio forma a una división sexual del trabajo en la que los hombres suelen ocupar papeles y funciones socialmente valorados y considerados como nobles (usualmente desempeñados en el espacio público), mientras que las mujeres protagonizan roles de menor prestigio, valor y reconocimiento social (desempeñados fundamentalmente en el ámbito privado[6]). De allí que históricamente, más allá de la utilización de estrategias de externalización de los

5 En efecto, en los años ochenta del siglo pasado, emerge el "pensamiento feminista decolonial, el cual se reconoce emparentado con la tradición teórica iniciada por el feminismo negro, de color y tercermundista en Estados Unidos (...) al tiempo que se propone recuperar el legado crítico de las mujeres y feministas afrodescendientes e indígenas que desde América Latina" (Espinosa Miñoso, 2014: 7).

6 Esto no significa desconocer el ingreso cada vez más masivo de las mujeres en el norte global al mercado laboral a partir de la década de los cincuenta del siglo XX.

cuidados (escolarización temprana, etc.) que las familias -primero las situadas en Europa, aunque luego, ese proceso también se produce en el sur global- comienzan a adoptar hacia fines del siglo XIX, "los cuidados [en el interior del hogar] en lo fundamental (...) han formado parte de las estrategias familiares y, fundamentalmente, han estado asociadas a mujeres"[7] (Manuel Espinel, clase:45:25).

Cabe destacar que, aun cuando -legítimamente- trabajos recientes y desde los propios movimientos feministas[8] se cuestione el fundamento social de la escisión entre la esfera de la producción-pública y la esfera de lo domestico-reproductivo-privado (como también la invisibilización del trabajo doméstico y reproductivo), cierto es que aún opera socialmente "su formulación dicotómica sigue organizando experiencias y conocimientos" (Aguilar, 2014: 20).

Los roles, decíamos, fueron definidos como características, conductas e intereses (que implican prescripciones, expectativas y proscripciones) constituidos y considerados por una sociedad o cultura como apropiados para sus diversos miembros (Moore et al., 1993). Los denominados roles sexuales y de género, esto es, las características, conductas e intereses socialmente constituidos y asignados a los miembros de cada sexo (Moore et al., 1993) invisten a los actores de las formas y conductas socialmente "necesarias" para ser considerados por los miembros de la sociedad como hombres o mujeres legítimos.

En occidente, los roles sexuales que "tradicionalmente se han considerado adecuados para los hombres son los de trabajador, principal proveedor económico del hogar, jefe de familia y líder en la comunidad" (Infesta Domínguez, 2002: 8). Estas actividades son asumidas por los hombres dado que responden a características consideradas distintivas de la personalidad masculina, tales como firmeza, dureza de carácter, confianza en sí mismo (tanto en el uso de la palabra como en el desarrollo de otras prácticas), valentía, coraje, competitividad e independencia (Infesta Domínguez, 2002). Por el contrario, los roles sexuales tradicionales femeninos se concentran alrededor de la crianza de los hijos y las tareas y responsabilidades devenidas en relación con las obligaciones asumidas en el seno de la unidad doméstica, dado que los rasgos de personalidad que se consideran típicamente femeninos se asocian con la afectividad, la calidez, el altruismo, la expresividad, lo irracional, la dependencia, la

7 Por cuestiones de límites de extensión espacial de éste trabajo no nos es posible trazar una genealogía histórica exhaustiva de las estrategias familiares de los cuidados, al respectopuede consultarse la clase "Relación entre cuidados y sistemas de salud" de Manuel Espinel, situada en el módulo 6 de la diplomatura.

8 Tal como lo enuncia la consigna feminista "Lo personal es político".

cooperación, y con intereses ligados a los asuntos y relaciones interpersonales más que en lo relativo a los dominios considerados de orden racional, tales como las "cuestiones" prácticas y/o intelectuales (Fernández, 1993; Infesta Domínguez, 2002).

Pero el proceso de socialización además de asignar modelos y roles generizados también incorpora en la subjetividad determinadas representaciones sociales. Éstas articulan ideas, esquemas de pensamiento, percepciones y disposiciones para la opinión que "pesan en las mentalidades y en los comportamientos" (Baczko, 1984: 16) de tal modo que condicionan nuestra mirada de la realidad e impulsan y orientan nuestras prácticas.

Crisis, identidades y subjetividades: una hipótesis

Antes de avanzar específicamente en lo que refiere a los efectos sobre la domesticidad, es relevante subrayar que la situación de crisis, incertidumbre y fragmentación social que genera el desarrollo de la pandemia y las medidas sanitarias implementadas de corte biomédico y de impronta epidemiológica clásica o cuantitativa (Basile, 2020a), como la cuarentena, desestructuran el mundo social deteriorando los soportes colectivos que configuran la identidad de los sujetos. Como fue ilustrado por la literatura para el caso argentino (Kessler, 2000; Geldstein, 1994) las situaciones de crisis y perdida de seguridad personal y / o colectiva, como, por ejemplo, las de desocupación abierta o las desubocupación crónica acarrean no sólo la falta de medios materiales y simbólicos que les permitan a los actores proyectar a largo plazo su propia reproducción y la de su familia, sino también la ruptura de instancias previas de condensación de relaciones sociales sustentadas en la identificación colectiva a partir del trabajo, como así también, la pérdida de otros espacios de socialización (dada la necesidad de reducir el consumo), todo lo cual provoca en los actores el deterioro de sus subjetividades y, por tanto, profundos sentimientos de incertidumbre, angustia, vulnerabilidad y temor por el futuro propio y de sus hijos. Sin embargo, como sucedió en otros momentos históricos[9], es posible

9 Nos referimos a la profunda crisis económica y social -que en el 2001 será también política- que se abre hacía finales de los años noventa (bajo la segunda presidencia de Carlos Menem, 1995-1999) y que encuentra, tal vez, su momento más dramático en octubre del año 2002 (ya bajo la presidencia de Eduardo Duhalde, 2002-2003), cuando el 24,7% de las personas y el 16,9 por ciento de las personas y hogares del aglomerado Gran Buenos Aires (el más populoso del país), se encontraba bajo la línea de indigencia (Ver cuadro n° 1, anexo). En ese marco, fueron las mujeres de las clases populares las que se empoderaron (siguiendo a Ana Gabriela Fernández, utilizaron el "poder para" y no el "poder sobre"), se organización colectivamente e instrumentaron respuestas cooperativas (la construcción y sostenimiento de copas de leche, comedores populares,

sostener por analogía y a modo de hipótesis aun no contrastada empíricamente, que el proceso de crisis que conlleva la pandemia[10] impacta de diversas formas en la vida de los hombres y mujeres. Es la subjetividad masculina la que se ve usualmente impactada más negativamente en estos procesos y la que sufre una mayor desestabilización (Bidaseca, 2006; Andújar, 2006).

Esto es así dado que producto del vertiginoso deterioro económico y del mercado de trabajo que produjeron la pandemia y la cuarentena, un sector de los trabajadores (registrados y no registrados) fueron despedidos o suspendidos en sus trabajos y se vieron impedidos de ingresar nuevamente -al menos a corto plazo- al mercado laboral, mientras que otro sector, aquellos que realizan *home-office*, en muchos casos no dejan de padecer el agobio que supone la posibilidad de que los comercios, fabricas o empresas en las que aún se desempeñan cierren sus puertas (trabajadores todos, cabe destacar, que se encuentran emplazados de manera forzosa en el espacio del hogar) ven dislocadas más radicalmente tanto las rutinas que conforman su habitual vida cotidiana (situada entre el mercado y el espacio público) como sus marcos de interpretación de la misma" debiendo dotar de significación a una situación para la que no encuentran respuesta ni en las 'reservas de experiencias comunes' de la sociedad ni en la propia historia familiar" (Kessler, citado en Bidaseca, 2006: 76).

En efecto, como ya lo hemos señalado, históricamente la identidad masculina se construyó, fundamentalmente, al calor de su inscripción en el espacio público protagonizando prácticas de orden laboral, político, cultural, entre otras (Fernández, 1993). Su múltiple inserción le permitió asumir los roles de género que en las sociedades capitalistas occidentales del sur y norte global consideraron tradicionalmente masculinos y masculinizantes. Por lo tanto, no deviene paradojal observar que la actual situación deprofundo deterioro económico y crisis laboral haya afectado más la identidad y sensibilidad de los varones[11], en muchos casos jefes de hogar y,en este momento, principales sostenes económicos de los mismos, interpelados por un sistema de significaciones imaginarias dominante -como lo es el patriarcado- que los coloca fundamentalmente en el mercado y en el espacio público en la función de proveedores de bienes y productos. Cabe destacar para ilustrar la magnitud del

etc.) para enfrentar la imposibilidad de reproducir las condiciones materiales de vida.

10 Fundamental esaclarar que en el caso argentino la pandemiacomienza cuando el país ya transitaba dos años de recesión económica.

11 Lo cual, por supuesto, no supone desconocer ni invisibilizar que las mujeres también se vieron afectadas por la pérdida de trabajo. Al respecto puede consultarse Palermo y Casas (2020).

deterioro laboral y social que en los hogares del Gran Buenos Aires, conglomerado urbano más densamente poblado del país, el 19,5% de los/as jefes/as de hogar perdieron su empleo desde el inicio de la pandemia, mientras que un 49% de los hogares vieron reducidos sus ingresos y un 33% redujo el consumo de al menos un alimento (ver, documento del INDEC).

En definitiva, en un porcentaje muy significativo[12], las domesticidades en pandemia se encuentran con jefes/as de hogar que fueron expulsados del mercado de trabajo y/o han visto un profundo deterioro de los ingresos del hogar y con dinámicas diarias atravesadas por varones y mujeres situados involuntariamente en el hogar, bajo rutinas cotidianas novedosas y -entendemos que más presente en el caso de los varones- con el resquebrajamiento o la perdida de los marcos de sentido de sus acciones.

Pandemia, domesticidad y tareas domésticas: ¿rupturas o continuidades?

La denominada crisis de los cuidados (Frazer, 2017; Batthyány, 2020;Espinel, 2020) no es un fenómeno que haya nacido al calor de la pandemia deCOVID-19, por el contrario, los estudios de género(s) y las múltiples teorías feministas ya advirtieron la paradoja que supone que pese a que las personas necesitamos no sólo de bienes y servicios para vivir sino también del cuidado, "todas las actividades de cuidados terminaron confinadas formalmente al espacio familiar, en el espacio reproductivo, quedando materializadas y substancializadas bajo la forma de un trabajo no remunerado de las mujeres, invisible para la producción"(Espinel, 2020: 131).

Importante es destacar que, el trabajo de los cuidados, socialmente invisibilizado y no remunerado, se inscribe en la división sexual del trabajo, la cual, como ya lo hemos destacado, tiene su correlato en los roles diferenciales atribuidos a cada uno de los sexos (al respecto puede verse también la clase de Ana Gabriela Fernández, 46:57). Por tanto, no es en el vacio social de género, sino en el marco de contextos socialmente construidos -que, como señalamos, están fuertemente investidos por profundas desigualdades de sexo-género en la distribución social de las tareas-, que impacta la pandemia deCOVID-19. En el caso de la Argentina, como en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, ante la amenaza de una rápida propagación del virus, las autoridades políticas y sanitarias,

12 Es dable subrayar que el deterioro económico y social que conlleva la pandemia afecta fundamentalmente a las clases populares y las clases medias.

muñidas de sustentos ideológicos y concepciones tributarias de la ciencia biomédica clínica individual y la enfermología pública (Basile, 2020a), decidieron establecer a partir del 20 de marzo la figura del aislamiento social, preventivo y obligatorio[13]. Lo cual, como ya hemos señalado, generó el confinamiento (involuntario en la enorme mayoría de los casos) y el consiguiente repliegue en el espacio privado de sus hogares de millones de personas, que vieron "desajustado los modelos de vida a los que estábamos acostumbrados/as" (Batthyány, 2020:1), como también, rápidamente pudieron visibilizar[14] la distribución sexual inequitativa de "uno de los eslabones más débiles de nuestra sociedad: los cuidados" (Batthyány, 2020:1). En efecto, la obligación de permanecer en el interior del hogar a muchos hombres que usualmentetranscurrían su jornada laboral en el espacio público los confrontó también con la visualización del trabajo de cuidado cotidiano que sus parejas realizan en relación con los/as hijos/as, como también, si los hubiera, con los adultos mayores.

En este nuevo marco de dislocamiento objetivo de la cotidianeidad y de crisis intrafamiliares de los acuerdos previos: ¿Qué ocurrió con la distribución de los cuidados y las tareas domésticas en el ámbito de la domesticidaden el marco de esta emergencia sanitaria? Lo primero que hay que subrayar es que el hecho de que la mayoría de las personas se vean constreñidas a pasar casi todo el día en el interior de sus hogares, junto al resto de sus convivientes, no fue inocuo, sino que, por el contrario, produjo una serie de efectos en sus prácticas y tareas diarias reproductivas, como así también, en los usos del tiempo que ellas demandan. Los tiempos destinados para la realización de esas tareas y actividades se vieronciertamente alterados ante la pandemia.

Ahora bien: ¿Cuál fue la "orientación" de esas mutaciones al interior de la domesticidad? Para abordar empíricamente este conjunto de rupturas y cambios utilizaremos dos fuentes de datos secundarios[15]: a) el Informe de Investigación de Coyuntura denominado "Cambios en los usos y valoraciones de los espacios públicos y privados en la Región Metropolitana de Buenos Aires: la vida cotidiana en tiempos de aislamiento obligatorio por COVID-19", realizado por un equipo de cientistas sociales del Área de Salud y Población del Instituto de

13 El 19 de marzo se dictó por parte del Poder Ejecutivo el Decreto de Necesidad y Urgencia n° 297/2020 mediante el cual se estableció para todas las personas que habitan el país o se encuentran en él de manera temporaria, la medida de "aislamiento social, preventivo y obligatorio" desde el 20 de marzo hasta el día 31 del mismo mes del corriente año, plazo que luego se prorrogó (con algunos cambios más o menos significativos de acuerdo a las mutaciones en la situación epidemiológica) en un número significativo de oportunidades.

14 En tal sentido, Natalia Genta sostiene: "La pandemia ha visibilizado los cuidados como nunca" (Genta, clase: 01.25).

15 Cabe aclarar que en ambos casos las muestras son no probabilísticas, por lo tanto no es posible hacer inferencia a la población, sino que los datos obtenidos dan cuenta exclusivamente de los hogares encuestados.

Investigaciones “Gino Germani” y b) Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en los hogares del Gran Buenos Aires (agosto-octubre 2020). Primer informe de resultados, efectuado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

En el caso del primero de ellos, de las encuestas realizadas (el N de la muestra fue de 2878 encuestados/as, de los cuales el 73% fueron mujeres y el 26% fueron varones, mientras que el 1% restante se identificó con otro género) emerge que el 63% de los/as encuestados/as aumentaron el tiempo dedicado a cocinar, mientras que en el caso de las tareas delimpieza se potenció en un 61,1%, esto ocurre ya sea porque antes no lo hacían y ahora sí o debido a quedesde la obligatoriedad del aislamiento le asignan mayor cantidad de tiempo. Por otro parte, en lo que respecta al tiempo dedicado al cuidado de otras personas, el 27,6% manifestó que su tiempo diario aumentó. Ahora bien, cuando analizamos estas dimensiones desde una perspectiva de género detectamos que en los hogares en que habitan dos o más personas, quienes le dedican más tiempoque antes a las tareas reproductivas son principalmente las mujeres. Así, “cuando los hogares cuentan condos integrantes, el 64,8% de las mujeres manifestaron dedicarle más tiempo a cocinar (contra el 55,3%en los varones) y a las tareas de limpieza el 67,8% (contra el 58,1% de los varones). En hogares contres integrantes o más, la brecha entre mujeres y varones se amplía. En tareas de cocina, el 61,7% delas mujeres le dedica más tiempo frente al 44,3% en los varones. En cuanto a la limpieza, el 64,8%de las mujeres le dedica más tiempo contra el 49,8% de los varones” (Marcús, Boy et all, 2020: 15).Tendencia similar se registra en relación con las tareas de cuidado de otras personas en el hogar, dado que en el caso de las mujeres se incrementó en un 27, 6%.

En el caso del estudio efectuado por el INDEC,con 2.139 entrevistados/as, la orientación de los resultados es concordante con el estudio precedente. En tal sentido, se comprueba que el 65,5% de los hogares encuestados vieron incrementar el tiempo dedicado a las tareas domésticas (incluye limpieza de la casa, preparación de alimentos y compras), mientras que en lo que remite al cuidado de otras personas del hogar (sobre hogares con dos miembros o más), el 32,1% manifestó que se incrementó. En lo que refiere específicamente a los hogares con niños/as y adolescentes en edad escolar, en un 66% de los casos dieron cuenta de un aumento del tiempo dedicado a las tareas de apoyo escolar (ver cuadro 6,Informe del INDEC). Nuevamente, cuando colocamos estas dimensiones bajo la perspectiva de género, podemos observar que son sólo mujeres o, las mujeres le dedican una mayor dedicación, a las tareas domésticas -en un 64,1% de los casos-, a las tareas de apoyo escolar -representan un 74,2% de los casos- y/o a las tareas de cuidado de los/as otros/as -en un 70,3%- (ver cuadro 6.1, Informe del INDEC).

Los datos de ambas encuestas reflejan que durante el aislamiento las mujeres entrevistadas siguen siendo no sólo las principales responsablesde las tareas domésticas y de cuidado de los otros/as, sino que la feminización de las tareas reproductivas incluso tendió a su profundización, potenciando las matrices de desigualdades de género preexistentes.

Efectivamente,no se abrieron novedosos procesos de corresponsabilidad de las tareas entre hombres y mujeres en el interior de los hogares. Por tanto, incluso cuando buena parte de la economía considerada productiva se recluye en el espacio privado del hogar a partir del uso masivo del teletrabajo, tal economía continúa sosteniéndose en la feminización del trabajo reproductivo (no reconocido ni remunerado; ¿ahora menos invisibilizado?). Los datos parecen indicarnos que aun cuando los varones de estos hogares se enfrentan a escenarios disruptivos en que sus marcos de sentido parecen verse desajustados y/o en crisis, en su gran mayoría -en ciertos casos, tal vez, incluso al verse deteriorada su subjetividad- no parecen estar dispuestos a reconfigurar sus viejas acciones y prácticas situadas en el marco de la domesticidad.

Conclusiones

Estas líneas finales tienen por objeto exponer las principales conclusiones que se desprenden del artículo, tarea que realizaremos teniendo en cuenta el objetivo y los interrogantes que le dieron origen. En tal sentido, desde un inicio nuestra intención fue reflexionar en torno a los efectos e impactos que pudiera tener la pandemia -y el aislamiento obligatorio que supone la cuarentena- sobre la esfera privada, sobre el ámbito de la domesticidad en los hogares de Argentina. En efecto, la situación excepcional que supuso que millones de personas se vieran obligadas a permanecer en sus casas, tensaba y ponía en conflicto la dicotomía tradicional varones-espacio público-productivo/mujeres espacio privado-reproductivo, lo cual nos impulsaba a observar cómo se "resolvía". Para ello, recuperamos teóricamente la perspectiva de género, la cual supone entre otras muchas dimensiones dar cuenta del carácter social de las representaciones culturales asociadas "imaginariamente" a la diferencia sexual y recuperar la dimensión relacional. Esto remite a la idea de que las identidades y subjetividades de ambos sexos / géneros (hombres y mujeres) se construyen en términos de sus mutuas vinculaciones, no de modo aislado.

Luego, propusimos una hipótesis que no se pudo contrastar empíricamente, y que, por tanto, sin duda requiere de una investigación cualitativa que recupere el punto de vista de los actores para hacerlo, que afirma que la crisis que con lleva la pandemia impacta de modo diferencial en hombres y mujeres ya que la identidad masculina se construye

fundamentalmente en su tránsito por el espacio público -ahora vedado-. Luego utilizamos datos secundarios para indagar empíricamente en los “efectos de género” sobre algunas dimensiones (limpieza de la casa, cocinar,tareas de apoyo escolar, etc.) que hacen a la domesticidad de algunos hogares argentinos (los que fueron encuestados). En tal sentido, los datos muestran muy claramente que si bien las domesticidades se vieron dislocadas, transformadas y, ciertamente, desbordadas, la orientación de esas mutaciones no se desarrolló en una dirección de innovación o mayor equidad en la distribución de las tareas y responsabilidades entre varones y mujeres, sino que, muy por el contrario, fueron fundamentalmente estas últimas las que debieron asumir los costos físicos y emocionales-potenciando, de ese modo, el agotamiento que supone latriple jornada-del nuevo escenario doméstico. Los varones si bien debieron confrontarse frente a una mayor visibilidad de las tareas desarrolladas por las mujeres del hogar,no parecen estar dispuestos -al menos masivamente- a reconfigurar sus viejas acciones y prácticas en pos de construir domesticidades más democráticas y equitativas. Por lo tanto, las brechas y desigualdades de género no han hecho más que tender a su profundización. Frente a este escenario y, con el fin de transformarlo, tal vez, “recuperar la dimensión política de la vida cotidiana parece un camino a transitar” (Batthyány, 2020:4). Incorporar con mayor jerarquía esta temática en la agenda de las políticaspúblicas de nuestro continente podría ser parte de ese itinerario.

Bibliografía:

Acha, O. (2000), *El sexo de la historia. Intervenciones de género para una crítica antiesencialista de la historiografía*, Buenos Aires, Ediciones El Cielo por Asalto.

Aguilar, P. (2014). *El hogar como problema y como solución. Una mirada genealógica de la domesticidad a través de las políticas sociales. Argentina 1890-1940*, Buenos Aires, Coedición CLACSO-CCC.

Andújar, A. (2006), "Crisis y alternativas en la historia argentina reciente: los movimientos piqueteros (1996-2001)", en *Nuestra América*. *Revista de estudios de la cultura Latinoamericana*, Portugal, Ediciones Universidade Fernando Pessoa, nº 2, agosto-diciembre.

Baczko, B. (1984). *Los imaginarios sociales*. *Memorias y esperanzas sociales*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Basile, G. (2020a). *La triada del higienismo público, cuarentenas y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética del panamericanismo sanitario.* En Biblioteca Editorial CLACSO, Junio, 2020.

Basile, G. (2020b). *La salud colonizada por el desarrollo. América Latina y el Caribe entre el Panamericanismo y la soberanía sanitaria regional* en Medina, T. y Villamar, M. (eds) Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo. En Biblioteca Editorial CLACSO, Junio, 2020.

Batthyány, K. (2020). *La pandemia evidencia y potencia la crisis de los cuidados.* Observatorio Social "Pensar la Pandemia". En CLACSO, 2020.

Bidaseca, K.(2006), *Colonos insurgentes. Discursos heréticos y acción colectiva por el derecho a la tierra. Argentina, 1900-2000*, tesis doctoral, Buenos Aires, mimeo.

De Barbieri, T. (1992), "Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica", en *Ediciones de las mujeres: Fin de siglo. Género y cambio civilizatorio, Nº 17, Isis Internacional*, Santiago de Chile.

Espinel, M. (2020). *Geografía Política de los Cuidados(O Porqué la Pandemia de Covid confinó a buena parte del Norte global).* Revista Geopolítica(s), Madrid, Ediciones Complutense.

Espinosa-Miñoso, Y. (2014)*Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica.* El Cotidiano, núm. 184, marzo-abril, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco Distrito Federal, México

Fernández, A.(1993), *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*, Buenos Aires, Paidós.

Frazer, N. (2006). ¿Redistribución o Reconocimiento? Un debate Político-filosófico. Madrid, Ediciones Morata.

Geldstein, R. (1994), *Los roles de género en la crisis. Mujeres como principal sostén del hogar,* Buenos Aires, Cuaderno del CENEP, Nº 50.

Gomáriz, E. (1992), “Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas”, en *Ediciones de las mujeres: Fin de siglo. Género y cambio civilizatorio, Nº 17, Isis Internacional*, Santiago de Chile.

Infesta Domínguez, G. (2002), “Continuidad y cambio: modelos de masculinidad en varones adolescentes” en *Revista Encrucijadas* (UBA), Año 2, número 16, Buenos Aires.

Kessler, G. (2000), “Redefinición del mundo social en tiempos de cambio”, en *Desde abajo. La transformación de las identidades sociales*, Buenos Aires, Editorial Biblos.

Marcús, J.; Boy, M. et all (2020) *Cambios en los usos y valoraciones de los espacios públicos y privados en la Región Metropolitana de Buenos Aires: la vida cotidiana en tiempos de aislamiento obligatorio por COVID-19*, Buenos Aires, abril, 2020. Leer: https://drive.google.com/file/d/1gc16c14wtHCV1PwXYnBt7vUwSH0p3ij0/view

Moore, S. y Rosenthal, D. (1993), *Sexuality in Adolescence*, London, Routledge.

Palermo, H. y Casas, V.(2020) “Trabajo en casas particulares. Desvalorización, informalidad e impactos negativos de la pandemia” en *Políticas Sociales. Estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro*, Vol I, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Buenos Aires.

Scott, J. (2003), “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en: Cangiano, M. y Dubois, L. (comps.), *De mujer a género*. *Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

Clases:

Clase “Desastres y géneros” deAna Gabriela Fernández, situada en el módulo 2 de la diplomatura.

Clase “Relación entre cuidados y sistemas de salud” de Manuel Espinel, situada en elmódulo 6 de la diplomatura.

Clase “Desafíos de los sistemas de cuidados” de Natalia Genta, situada en el módulo 6 de la diplomatura.

Documentos:

Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en los hogares del Gran Buenos Aires (agosto-octubre 2020). Primer informe de resultados. INDEC, ver https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/EICOVID_primer_informe.pdf

Anexo. Cuadros

Cuadro Nº 1
Porcentaje de hogares y personas por debajo de la línea de indigencia en el aglomerado Gran Buenos Aires, 1988-2003

Fecha de relevamiento (1)	Aglomerado Gran Buenos Aires		Ciudad de Buenos Aires		Partidos del Conurbano		GBA1		GBA2	
	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas
May-88	5,5	8,6	2,4	3,8	7,2	10,7	4,5	6,4	10,2	14,7
Oct-88	7,0	10,7	2,1	3,0	9,4	13,5	6,4	9,5	12,7	17,5
May-89	5,9	8,0	3,0	3,5	7,3	9,6	4,7	6,4	10,0	12,6
Oct-89	11,6	16,5	4,2	5,4	15,2	20,5	10,5	14,6	20,0	25,7
May-90	8,7	12,5	2,6	3,1	11,8	16,1	8,8	12,5	14,6	19,2
Oct-90	4,6	6,6	1,9	2,1	6,0	8,3	3,7	5,2	8,1	10,9
May-91	3,6	5,1	1,4	1,7	4,7	6,3	2,9	3,4	6,5	8,7
Oct-91	2,2	3,0	0,9	0,8	2,8	3,8	1,9	1,7	3,7	5,7
May-92	2,3	3,3	1,0	1,3	2,9	4,0	2,4	3,5	3,5	4,4
Oct-92	2,5	3,2	1,2	0,9	3,1	4,0	3,0	3,0	3,3	4,8
May-93	2,9	3,6	1,6	1,5	3,5	4,3	2,8	3,4	4,2	5,1
Oct-93	3,2	4,4	1,6	1,8	3,9	5,3	2,8	3,7	5,0	6,7
May-94	2,6	3,3	1,1	1,1	3,3	4,1	2,3	2,7	4,3	5,3
Oct-94	3,0	3,5	1,6	1,5	3,7	4,1	2,8	3,2	4,5	5,0
May-95	4,3	5,7	1,8	1,8	5,3	6,9	4,5	4,8	6,2	8,7
Oct-95	4,4	6,3	1,3	1,6	5,9	7,9	3,6	4,8	8,0	10,4
May-96	5,1	6,9	1,7	1,5	6,7	8,8	3,9	5,2	9,5	11,9
Oct-96	5,5	7,5	1,5	1,3	7,3	9,6	4,8	6,5	9,9	12,3
May-97	4,1	5,7	1,1	1,2	5,4	7,2	4,1	5,6	6,8	8,6
Oct-97	5,0	6,4	1,4	1,9	6,6	7,9	4,5	5,5	8,5	9,9
May-98	4,0	5,3	1,2	1,6	5,2	6,6	3,3	4,6	7,1	8,3
Oct-98	4,5	6,9	0,8	1,1	6,2	8,8	4,8	7,1	7,6	10,2
May-99	5,4	7,6	1,1	1,3	7,3	9,6	5,4	7,6	9,1	11,3
Oct-99	4,8	6,7	1,3	1,4	6,4	8,4	3,8	5,5	8,9	10,8
May-00	5,3	7,5	2,3	2,7	6,6	9,0	4,8	6,2	8,4	11,5
Oct-00	5,6	7,7	1,4	1,8	7,3	9,5	5,2	6,9	9,4	11,7
May-01	7,4	10,3	2,0	1,7	9,7	13,0	6,0	8,9	13,3	16,4
Oct-01	8,3	12,2	1,6	2,1	11,0	15,2	7,0	10,6	14,9	19,2
May-02	16,0	22,7	4,0	6,3	21,2	27,9	14,9	21,1	27,0	33,4
Oct-02	16,9	24,7	3,7 (2)	5,7 (2)	22,3	30,5	14,1	19,8	29,7	38,9
May-03	16,3	25,2	4,7 (2)	8,9 (2)	21,4	30,4	13,6	20,0	28,3	38,3

(1) El período de referencia de los ingresos corresponde al mes calendario completo anterior al mes de la onda. Por ejemplo de la onda de mayo de 2003 los ingresos están referidos a abril de 2003.

(2) Estimaciones sujetas a coeficientes de variación superiores al 10%

Nota: El universo sobre el que se efectúan las estimaciones es sobre el de aquellos hogares en los cuales todos los perceptores declararon todas sus fuentes de ingreso, incluso aquellos que respondieron no haber tenido ingresos en el período de referencia. En mayo del 2003 estos hogares representan el 84% del total y corresponden al 84% de las personas.

GBA1: primer cordón de partidos del conurbano. Comprende Avellaneda, General San Martín, Lanús, Lomas de Zamora, Morón (dividido en Morón, Hurlingham e Ituzaingó), Quilmes, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López

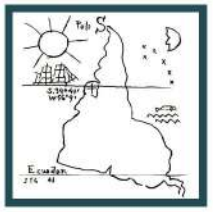
GBA2: segundo cordón de partidos del conurbano. Comprende Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría (dividido en Esteban Echeverría y Ezeiza), Gral. Sarmiento (dividido en José C. Paz, Malvinas Argentinas y San Miguel) Florencio Varela, San La Matanza, Merlo, Moreno San Fernando y Tigre.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares puntual. INDEC.

08

Salud Colectiva y Soberanía Sanitaria: Entre la utopía y la conquista. Notas - desde el Sur - para la reflexión

| Mercedes Hoffmann – Mariel Susana Varela



Introducción

En este trabajo nos proponemos reflexionar sobre el enfoque de la salud colectiva y la soberanía sanitaria como posibilidad, desde una perspectiva crítica y decolonial que cuestiona la hegemonía de los conceptos clásicos de salud y enfermedad, para pensar los sistemas de salud y plantearnos algunos desafíos para la gestión de políticas públicas.

Tal como se ha abordado en esta diplomatura, pensar la salud desde un reduccionismo biológico resulta no sólo insuficiente sino irresponsable, ya que deja por fuera la complejidad del entramado social, político y económico que configuran las condiciones de salud de las poblaciones, en especial en los países subalternos. Así es que resulta imperante un posicionamiento que considere la determinación social de la salud (Breilh, J: 2011; 2013; Feo, O.: 2020), que cuestione los entramados geopolíticos a nivel global y que habilite nuevas posibilidades de habitar en un mundo en el que la salud colectiva sea un hecho más que un derecho.

Queremos pensar también desde nuestro habitar la pandemia de Covid19, lo que en forma silenciosa viene sucediendo desde hace décadas: las desigualdades en salud, en el acceso a servicios asistenciales, distribución de recursos y condiciones de vida entre países como hacia el interior de cada uno de ellos, y su interpelación a nuestro rol de trabajadoras de la salud. (Barreto: 2017; Almeida Filho: 2020)

Hablamos entonces de una desigualdad que se ampara en las diferencias para justificar las inequidades[1], que no son más que otra forma de manifestación de las injusticias que se estructuran en un sistema mundo capitalista – colonial global, producto de una transformación de las formas de dominación desplegadas por la modernidad, pero que mantienen las estructuras de las relaciones centro-periferia escala mundial. (Castro Gómez y Grosfoguel: 2007)

En este marco resulta necesaria la revisión de la formación de nuestros profesionales de la salud, tanto en los claustros académicos como en su capacitación continua,

1 Almeida Filho realiza una propuesta de matriz semántica para la serie significante diferencia-distinciónde-sigualdad-inequidad-iniquidad, que contribuye a reducir la confusión terminológica existente, que resulta muy clarificante, aunque la profundidad de dicho análisis excede los propósitos del presente trabajo. [Almeida-Filho, N. D. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud colectiva*, 16, e2751.]

donde la gestión y la política institucional transversales, sean garantes para abrir una importante y necesaria discusión respecto de cuál será el rol del Estado en las políticas de salud.

En este escenario, nos preguntamos: ¿Cuáles caminos son posibles, tal y como se presenta el orden mundial actual, para comenzar a accionar en términos de salud como derecho equitativo? ¿Cómo hacer para que los sistemas de salud pública se deconstruyan y alcancen la soberanía sanitaria? ¿Qué estrategias generar para que desde el desarrollo local de las sociedades, la salud colectiva sea el eje articulador de todo el sistema de salud?

Un (posible) punto de partida

En 1946 la OMS define a la salud como "un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad".[2] Vasco Uribe (1987) considera la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud) como ahistórica , rechaza la conceptualización de enfermedad, que es presentada como la unicausalidad externa: algo que viene de afuera irrumpe el estado de bienestar, y que cierra perfectamente con el pensamiento hegemónico. En este marco se considera a la medicina como lineal**,** como único medio para afrontar la enfermedad, una unidisciplina.

Aparece una segunda concepción, que se desarrolla a partir de la consideración del factor social pero que sigue siendo lineal, por tanto, se propone pensar la enfermedad como una estructura, llegando a la idea de estructura causal dinámica. Se toma a la enfermedad como complejo dinámico en el que intervienen diversas causas (posición de clase, medio ambiente, raza, etnia, género, etc.) que influyen de manera singular en un sujeto u otro dependiendo los factores por los cuales está alcanzado, así como se diferencia a su vez la manera singular de resolver un problema de salud.

Cuarenta años atrás Laurell (1982) afirmaba que la enfermedad efectivamente tiene carácter histórico y social. "En términos muy generales el proceso salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado; apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo

2 Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción.".

En la actualidad, aun cuando se comprende que los conceptos de salud-enfermedad-atención-cuidado conforman un proceso complejo donde juega un papel dominante la determinación social de la salud, no se ha podido romper con la lógica de atención lineal de la enfermedad, nos encontramos inmersos en una matriz colonialista, eurocéntrica y patriarcal a partir de la cual se interpreta, vive y configura el mundo, lo que implica concebirlo desde la epistemología del norte (colonialidad del saber), con su consecuente colonialidad del poder.(Quijano: 2000) Así es como la determinación social se reduce a determinantes sociales aislados, naturalizados como parte del discurso sanitario, y traducidos como "factores de riesgo" (Feo, O., 2020), y las políticas públicas se centran en la enfermedad, desarrollando estrategias para "atenderla".

En esta línea Menéndez (1988, 2003) identifica diferentes tipos de atención. entendiendo como modelos al conjunto de actividades que atienden los padecimientos en términos de prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar:

1- el modelo médico hegemónico, caracterizado por el biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores en las acciones de salud.

2- Modelo médico subordinado. En este modelo se integran las prácticas que son reconocidas como "tradicionales".

3- Modelo médico basado en la autoatención: modelo basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales.

La perspectiva de las epistemologías del Sur (De Sousa Santos, 2009) avanza como posibilidad para repensar el mundo a partir de saberes y prácticas del Sur Global, aportando instrumentos teóricos y metodológicos que permiten desarrollar un diagnóstico crítico del presente que tiene como su elemento constitutivo la posibilidad de reconstruir, formular y legitimar alternativas para una sociedad más justa y libre. El sur en un sentido metafórico, no geográfico, un sur que existe también en el norte y que se sitúa en los puntos geográficos donde las clases

dominantes determinan el parámetro de conocimientos desde dónde se regirán los destinos de la humanidad.

Un paso más en el concepto de salud en el marco del pensamiento social se presenta con la noción de salud colectiva. Concepto que tiene sus raíces ya con Johann Peter Frank (1745-1821) pionero en la medicina social. En la década de 1970, a partir de la mirada hacia la atención, prevención y cuidado de la salud se fue gestando la medicina social y la salud colectiva, conformando un campo con mirada desde la complejidad económica y política de la sociedad que permite analizar en forma transversal los problemas sanitarios.

La definición de Salud Pública ha cambiado en su recorrido histórico de acuerdo a la Administración de los gobiernos y los vaivenes de los sectores de poder. Ha ido incluyendo factores que demandan distintos sectores sociales, a fin de no perder hegemonía en el campo del conocimiento. (Filho Almeida, Paim Silva,1999)

La medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva han desarrollado variedad de posiciones teóricas y metodológicas respecto de la Salud Pública con la incorporación de las ciencias sociales. Autores como Althuser, Bourdieu, Foucault, Gramsci, Habermas, entre otros han influenciado el campo de la salud ampliando la propuesta de discusión y favoreciendo la inclusión de nuevas formas discursivas y áreas de investigación; las relaciones entre los individuos y la sociedad, los sistemas de salud, la planificación estratégica; las representaciones sociales de las enfermedades, los movimientos sociales en salud, las relaciones de clase, género, etnia y salud, el uso adecuado de los recursos de la tierra como modo de equilibrio en la preservación de la vida, la discusión sobre la apropiación de los modos de producción, entre otros, lo que trae al campo de discusión teórica de la Salud a nuevos y diversos actores**.** (Berardo, M 2017)

Los modelos de atención en Argentina:

En nuestro país los modelos de atención se asientan en un Sistema de Salud fragmentado, segmentado y mercantilizado, producto de las reformas sucedidas a lo largo de la historia. Hay heterogeneidad en las normas particulares para cada organización, en la captación de recursos, en las formas de utilización y en los derechos reconocidos a la población.

La historia de fragmentación en la Argentina es larga y se concreta mayoritariamente durante los gobiernos de facto. Luego del período de descentralización (1853-1945),

donde el cuidado de la salud quedaba a cargo de las damas de beneficencia, llega a la Argentina la Fundación del Sistema de Salud Argentino: “Modelo Centralizado” (1946- 1955), que durante el gobierno de Juan Domingo Perón se constituye un sistema sanitario para todo el país. Asume el médico sanitarista Ramón Carrillo la Secretaría de Salud Pública, reconvirtiéndose luego en Ministerio de Salud, se reforma la Constitución incorporando a la salud como derecho fundamental. Luego, la Revolución Libertadora que en 1955 derroca al gobierno, inaugura un proceso en el que se desarticulan todas las políticas públicas en salud, derogando la Constitución del 49 temiendo un “riesgo de semisocialización de la medicina”. (Rovere: 2004)

En la década del ’60 se produce la Tecnificación de la Salud Pública. En la década del ’70 se propone el Sistema Nacional Integrado de Salud. En 1983, el presidente Raúl Alfonsín electo por el pueblo, instala un nuevo proyecto de integración, que no tiene iniciativas de re-nacionalizar los hospitales provinciales. Se comienza a discutir un Seguro Nacional de Salud cuya ley se sanciona en 1988 y nunca se reglamenta. En la década del 90 se reformó el estado, se realizó un plan de privatizaciones siguiendo las recomendaciones del Consenso de Washington: se redujo el gasto público, se privatizaron empresas públicas, se modificó el régimen tributario, las tasas de interés y el tipo de cambio, se liberó el comercio y la inversión extranjera, se desreguló el mercado y la seguridad jurídica de la propiedad privada. (Casilda Béjar, 2004). Este ciclo trajo precariedad laboral, flexibilización, pérdida de empleo y la consecuente pérdida de afiliación a Obras Sociales para miles de familias, a las que tampoco asistía un sistema público de salud.

A su vez se generaron transferencias de recursos económicos mediante la tercerización de servicios privados por la “ineficiencia del estado”, y se constituyó un modelo mercantilista en la explotación de la salud, orientando la atención hacia los servicios de mayor complejidad con un margen superior de ganancias, convirtiendo al paciente en cliente.

La desintegración del sistema de salud llevada adelante por gobiernos de facto, neoliberales, y la suma de “parches “ que los gobiernos progresistas han intentado, en sus cortos períodos de gobierno, deja al desnudo un sistema fragmentado, desigual y concentrado cuyas debilidades según modelos de atención, de gestión y tipos de financiamiento, no hacen más que acrecentar las desigualdades entre la población, desfinanciando al estado por la superposición de coberturas de salud y permitiendo grandes transferencias de recursos del sector público al sector privado.

Cabe señalar que, si bien nos encontramos inmersos en una encrucijada sobre el destino de los sistemas de salud, en Argentina debe darse la discusión en torno a un Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS), que tiene sus bases en los proyectos de, Liotta, D. (1973), Secretario de Salud durante la presidencia de Perón y en el Seguro Nacional de Salud, Neri, A. (1984) Ministro de Salud durante el gobierno de Alfonsín. Será campo de un amplio debate que debe darse en diferentes ámbitos de la sociedad.

Alcanzar el acceso universal al sistema nos acerca la equidad, y nos remite, indefectiblemente, a encarnar el concepto de la Soberanía Sanitaria, "es clave para construir la sociedad que deseamos buscar la máxima capacidad de decisión en el contexto global imperante y contrarrestar las lógicas hegemónicas de la Salud Internacional Panamericana y Salud Global Liberal, es una premisa sustancial que permita una genuina capacidad de formular políticas, metas y estrategias emancipatorias basadas en nuestros propios actores y decisiones. A esto llamamos Soberanía Sanitaria**" (**Basile, 2020).

Y por si no se veía claro: una pandemia que desnuda (casi) todo

Desatada la pandemia de Covid 19, el mundo se encontraba inmerso en una situación crítica para la salud de los pueblos y sus realidades socio políticas, económicas, tecnológicas y culturales, lo que condicionó su abordaje. Las formas de vivir la pandemia se han ido encarnando a nivel colectivo e individual en la salud humana y los ecosistemas (Breilh, 2020). Si bien es cierto que desde un punto de vista biológico "el virus es el mismo", resulta imposible negar la interdependencia con el campo de análisis social: "El virus es el elemento biológico especificador de la pandemia y de sus consecuencias en la salud, pero sus procesos de transformación genómica, transmisión en huéspedes humanos, capacidad infecciones y confrontación de defensas y protecciones, son esencialmente sociales" (Breilh, 2020: 75). Si la epidemiología crítica intenta analizar y comprender la forma en que los modos de producción capitalista determinan las formas de vida y de salud de la población, la herramienta metodológica "Matriz de procesos críticos con base social y territorial", propuesta por Breilh resulta altamente pertinente para "aterrizar" el análisis de la determinación social de la pandemia (y de cualquier proceso epidemiológico). A partir de dicho análisis, revela la complejidad de la determinación social de la pandemia de Covid19 no sólo a su naturaleza multidimensional, sino a la propia dinámica de acondicionamiento de la salud que "abarca movimientos contradictorios

de subprocesos concretos saludables, de soporte vital, de protección y, procesos concretos malsanos, dañinos y subprocesos destructivos". (Breilh, ibíd.).

Resulta iluminadora la propuesta de Basile, G. (2020), para pensar las lógicas presentes en la respuesta a la emergencia sanitaria en la región desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud, 1º la parálisis de la ciencia crítica en salud, a partir de la cual el modelo epistemológico biomédico (funcional – hegemónico) excedió la explicación y el estudio del mundo de la enfermedad de la Covid-19, mostrándose como la herramienta pertinente. Una posible respuesta a esta parálisis sería el trabajo del "Observatorio social del coronavirus. Pensar la Pandemia" de la CLACSO. [3]

La segunda encrucijada la presentaron los sistemas de salud y el estado, que institucionalizaron la respuesta a la pandemia a partir de cuarentenas, (neo) higienismos individuales y policía médica, con cierto asistencialismo focalizado, junto con arreglos institucionales en lógica de preparación de camas, respiradores, en el marco de sistemas de salud pública crónicamente desfinanciados, fragilizados, estratificados, segmentados, financierizados y especialmente con una creciente pérdida de capacidades de cuidado y protección de la salud de las sociedades. Tal como afirma Karina Batthyány (2020), se ha puesto en evidencia y ha potenciado la crisis de los cuidados. Todas las personas necesitamos cuidados para sobrevivir –además de bienes y servicios-, y estos cuidados son relacionales e interdependientes. "Una de las lecciones que nos deja esta emergencia sanitaria se refiere a la invisibilidad de estos cuidados" (Batthyány, 2020:1) Esta dimensión de la encrucijada pone de relieve lo que los estudios de género vienen demostrando: que la economía "productiva" se sostiene en el trabajo del cuidado –no reconocido ni remunerado-, que históricamente ha estado a cargo de las mujeres. "La necesidad de cerrar los establecimientos educativos y de cuidados pone de manifiesto que las jornadas laborales no son compatibles con cuidar a niñas, niños, adolescentes y personas dependientes. En lo que se refiere específicamente a los niños y niñas, además, se suma el seguimiento de las tareas escolares educativas en la casa. (...) La instrucción de aislamiento social total de las personas mayores de 60 o 65 años, según el país, vuelve a recordar que en nuestros países miles de ellas no tienen redes de apoyo, cuidadores/as, ni tampoco recursos" (Op. Cit.: 2). Resulta

3 https://www.clacso.org/pensar-la-pandemia-observatorio-social-del-coronavirus/

imperante que la crisis de cuidados sea tenida en cuenta por la gestión pública, que entienda la interdependencia de las personas como un hecho común.

La tercera encrucijada se presenta con la seguridad sanitaria como premisa geopolítica del Norte Global. El proceso de medicalización de la seguridad global se ha expandido por diferentes vías. "Las amenazas para el Norte Global en la circulación de enfermedades infecciosas y patógenos implica obligar a los Estados del Sur a tomar una serie de medidas sanitarias que responden más a las vulnerabilidades de los Estados occidentales que a las necesidades reales de la salud colectiva de las sociedades del Sur Global". (Basile, 2020: 3560)

Espinel (2020) realiza una exposición muy clara el metarrelato de la respuesta de Europa a la Pandemia. Acciones como la externalización de los materiales de protección y cuidado se vieron en manos de oligopolios y vinculados a la especulación. Estas respuestas, de tinte económico, derraman en nuestra región. Así, el virus de la desinformación -el 4º jinete del apocalipsis epidemiológico- provoca la infodemia real (Breilh, 2020: 59), generando a. desinformación política de incidencia sectaria sobre la opinión colectiva y los sectores más vulnerables, b. desinformación implícita en la estructura y funcionamiento del sistema de comunicación/información por estrategia de gobernanza y c. desinformación científico técnica que se produce por las carencias, limitaciones y restricción de cobertura del sistema de información epidemiológica. Basta encender la televisión o navegar las redes sociales para darse cuenta de esta infodemia.

Impera, desde una epidemiología crítica, valorar las herramientas que se disponen en la epidemiología convencional, algunos de los cuales ha expuesto Juan Piovani (2020) para la construcción de conocimiento en los modos de vida de la población, sus condiciones de salud, especialmente en el Sur Global, y, tal como afirma Jaime Breilh, la convergencia de las diversas epistemologías críticas representadas en todos y cada uno de los participantes sociales. "La inequidad en salud es la encarnación central de nuestra civilización" (Breilh, 2020: 83). Esta afirmación dolorosa y real deja en nuestras manos y nuestra voz la obligación de denunciarla, más también accionar para revertirla.

El INE “Dr. Juan H. Jara” - ANLIS “Carlos G. Malbrán” como Instituto de Salud pública: accionar en pandemia

El Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” (INE), Mar del Plata, es uno de los trece centros e institutos que conforman la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán” (ANLIS), del Ministerio de Salud de la Nación. Sus principales funciones se vinculan a la investigación, vigilancia epidemiológica y a la enseñanza de la Epidemiología.

En el marco de nuestro accionar en el Instituto Nacional de Epidemiología, en torno a las preguntas acerca de la posibilidad y de la forma de accionar en términos de salud, de gestión, empoderamiento y comienzo de un camino de transformación genuina de la realidad que habitamos, presentadas en la introducción, y a partir de las reflexiones compartidas durante el desarrollo, encontramos algunas líneas de acción orientativas. Una de ellas es la de Breilh (2013) al sostener que la manera es pensar en términos de la determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Las categorías de determinación social de la salud, reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública. Así, es la praxis el elemento clave del cambio, el elemento que sustenta y determina la relación objeto-sujeto, determinada por estos igualmente. Es en la práctica epidemiológica donde se muestran las profundas implicaciones de los distintos paradigmas y sus construcciones objetivo-subjetivas, pero es además donde se hacen evidentes las proyecciones que benefician o afectan intereses sanitarios y ambientales estratégicos. Como las sociedades regidas por la acumulación de capital están profundamente escindidas y generan un choque de intereses sociales, la praxis epidemiológica se sitúa siempre en la encrucijada de afectar intereses privados cuando se enrola en la construcción del bien común mayoritario. (Breilh, ibid, p.22)

Si la praxis se da en terreno, entender el tiempo, espacio y lugar en el que esta praxis ha de ser desarrollada, resulta fundamental. La pandemia de Covid19 nos encontró en Argentina inmersos en plena asunción de un nuevo gobierno conformado por un frente variopinto de distintos sectores de la política nacional. Vueltos de un gobierno neoliberal que desfinanció al estado y endeudó al país, sin desconocer el panorama mundial, remontar la inflación, la falta de empleo, la destrucción de la industria y los altos niveles de pobreza no es ni será fácil. En

ese contexto se han hecho grandes esfuerzos desde los distintos estamentos del gobierno (nacional, provincial, municipal), principalmente del sector salud, algunos de los cuales hemos sido parte:

En el año 2019, se recuperó el rango de Ministerio de Salud, con lo cual la declaración de la emergencia sanitaria y la posibilidad de financiamiento, sumadas a las renovadas líneas de gestión nos dieron la posibilidad como trabajadoras y trabajadores del sector salud de tener una participación decisiva al momento de acompañar a los sectores más desfavorecidos en el marco de la Pandemia.

En este marco, hemos acompañado como Institución la detección y confirmación de laboratorio de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 en la zona del sudeste bonaerense, y su notificación al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA); estudios de seroprevalencia de infección por SARS-CoV-2 entre las y los trabajadores de salud de la Provincia de Buenos Aires, Primer estudio prospectivo de cohortes sobre la ciudad de Mar del Plata de infección por SARS-CoV-2 en el contexto de la pandemia 2020 (INECovid Mar del Plata, Argentina), el proyecto interinstitucional, convocatoria Pisad-Covid-19 (Agencia I+D+I)"Transitar de la pandemia a la postpandemia".

Hemos sido parte del entramado estatal de distintas jurisdicciones a fin de garantizar la vigilancia en residencias de larga estadía a través de Estudios de brotes de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en establecimientos de estancia prolongada de Mar del Plata-Batán, y el proyecto interinstitucional, compuesto por un equipo interdisciplinario integrado por trabajadores de diferentes institutos de la ANLIS denominado "Salud integral del personal de salud de la ANLIS" buscando generar e implementar acciones de prevención, diagnóstico, capacitación, asesoramiento, acompañamiento e investigación de la salud integral del personal de ANLIS. Todo esto, en el seno de otras propuestas que se gestan en diálogo con otras instituciones, jurisdicciones y agentes para dar respuesta a las necesidades de salud-enfermedad-atención-cuidado desde nuestra área de conocimiento.

Notas finales

"Toda política social es una política de salud"
Asa Cristina Laurell

Este recorrido nos permitió habilitar núcleos de reflexión que pueden servir de puente en el camino de la Utopía a la Conquista de Salud Colectiva y Soberanía Sanitaria. El panorama global se ve reforzado en la dinámica de concentrar los medios de producción, desplegando un lenguaje creador de sentido que le da sólidos fundamentos a la colonización, la estratificación, la segregación, la discriminación y la violencia extrema, legitimándose entre las propias víctimas, por tanto se hace difícil vislumbrar un camino que nos lleve a una conquista digna de los modos de producir conocimiento y de comprender la necesidad de cuidarnos entre todos para lograr el triunfo de la vida.

El desafío está no sólo en reconocer el lugar de la determinación social de la salud, entender al ser humano en su contexto e integralmente, para promover el empoderamiento de los pueblos, sino también en ser parte de gobiernos democráticos que contemplen los derechos fundamentales de la vida, donde las políticas públicas sean integrales en materia de trabajo, de salud, de educación, de seguridad y de igualdad de oportunidades. Es entonces cuando nos toca la acción como respuesta al análisis, y es aquí que siguiendo los caminos recorridos por la cooperación SUR-SUR Tahina Ojeda Medina, nos permite la observación de los resultados de aplicar la cooperación sur-sur durante diez años en latinoamérica. No nos es ajeno que la Cooperación SUR-SUR (CSS) es una modalidad de Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID), devenida de la iniciativa de Cooperación del norte global para conseguir los objetivos de desarrollo sustentable del milenio en el marco del Sistema Internacional de Cooperación para el Desarrollo(SICD). La influencia en las dinámicas de las relaciones intrarregionales y en las políticas exteriores y de desarrollo de los países del Sur, que en los últimos años (2008-2018) ha conseguido posicionar a sus actores como aportadores en los procesos de fortalecimiento de capacidades en diversas áreas, niveles y sectores, se debe fundamentalmente a un giro en los resultados geopolíticos y económicos desatados en el norte dominante con el atentado del 11 de septiembre. Este hecho cruzado con la oleada de gobiernos progresistas en América Latina y un momento económico de

crecimiento son los factores descriptos por Tahina Ojeda: a) políticas económicas con carácter soberanista por parte de los gobiernos progresistas de la región (p.ej. reapropiación de la gestión de sus recursos naturales estratégicos); b) aumento de la inversión en el comercio Sur-Sur intrarregional y con otras regiones del Sur; c) incremento de los precios de las materias primas (sobre todo del petróleo) y el negocio de las commodities; d) ejercicios de repatriación de capitales y disminución de la deuda externa, entre otros.
Señalamos en este punto la experiencia de integración regional con el advenimiento de la UNASUR cuyas limitaciones estuvieron dadas por las relaciones políticas, con los postulados y concepciones arraigadas en la teoría del desarrollo y las intersecciones críticas con la colonialidad del poder y del conocimiento que producen ,cimentan y configuran nuestras diplomacias y tecnocracias regionales que fueron uno de los principales motores para administrar y reproducir status quo, dependencia sanitaria y colonialidad (Basile,G, 2019).

La propuesta de los fundamentos de la Salud Colectiva, que demanda la participación diversa y múltiple de actores de diferentes vertientes, reconociendo el derecho a la construcción del conocimiento como herramienta de transformación de la humanidad, cimentándose en la construcción de un conocimiento global como derecho fundamental, respetando la diversidad cultural, el género, el ambiente, la equidad, la apropiación justa e igualitaria de la tierra y los medios de producción es la punta del ovillo que nos permitirá desentrañar este modo de ser del mundo.

No podemos desentendernos de los momentos históricos, de los hechos de los cuales somos contemporáneos, del lugar que ocupamos en la sociedad, cualquiera sea el rol nos debemos la felicidad del desafío, nos toca la tarea de transformar. Boaventura de Sousa Santos (2009) nos dice las "Epistemologías del Sur reflexionan creativamente sobre esta realidad para ofrecer un diagnóstico crítico del presente" y en esta reflexión advierten sobre la pérdida de los sustantivos. Se trata del motor de los sectores perjudicados y olvidados, que fortalecidos, con capacidad de organización y con conocimiento preciso de sus limitaciones y sus fortalezas advierten nuevos modos de gestionar la Pandemia colectivamente. Esta pandemia desnuda y también es un lugar nuevo de oportunidades para la transformación.

Necesitamos gestar una transformación que resulte clave para entender, junto con los autores abordados, a la epidemiología como un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece

a intereses sociales encontrados. Así es que el rol clave del INE “Dr. Juan H. Jara” en el cual las autoras de este trabajo nos desempeñamos resulta un espacio privilegiado para accionar a través de la praxis transformadora, que permita cada vez más pensar en una salud colectiva para y con la gente. Una posibilidad se encontraría en habilitar espacios de generación de conocimiento en el marco de las Epistemologías del Sur, animándose a generar conocimiento utilizando otras metodologías de trabajo, yendo más allá del saber académico convencional, dando visibilidad y participación a la diversidad de pueblos y grupos sociales, en palabras de Boaventura de Sousa Santos “No hay peor injusticia que esa, porque es la injusticia entre conocimientos. Es la idea de que existe un sólo conocimiento válido, producido como perfecto conocimiento…”.

A lo largo del año 2020, como trabajadoras de una institución arraigada a la epidemiología y envueltas en el marco de la pandemia, hemos transitado diferentes momentos de diálogos y reflexiones en torno a la situación de salud de nuestro país, atravesando instancias desalentadoras y otras esperanzadoras. Escogimos el lenguaje de la posibilidad, comprometernos con la construcción de la salud colectiva y soberanía sanitaria desde los roles que cada una de nosotras tiene como trabajadoras de la salud, y asumiendo la responsabilidad que como agentes estatales nos corresponde.

…la esperanza necesita de la práctica para volverse historia concreta.

Paulo Freire

Referencias bibliográficas

Almeida-Filho, N. D. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. Salud colectiva, 16, e2751.

Barreto, M. L. (2017). Desigualdades en salud: una perspectiva global. Ciência & Saúde

Coletiva, 22, 2

Basile, G. (2019). La Salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR. Salud¿ soberanía o dependencia sanitaria?». *III Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO*.

Basile, G. (2020). Clase complementaria- Soberanía Sanitaria e integración regional en Módulo 4: Soberanía Sanitaria y Salud Internacional Sur Sur. Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria. CLACSO. [Video] Recuperado de https://youtu.be/IPXswriZ19A

Batthyány, K. (2020). La pandemia evidencia y potencia la crisis de los cuidados. Observatorio Social "Pensar la Pandemia". En CLACSO, 2020.

Berardo, M. (2017) *Una mirada desdela Medicina Social.* Revista Soberanía Sanitaria Año 1 Número 3,2017.

Breilh, J. (2020). Bases de la Epidemiología Crítica en el Siglo XXI [Video] Clase Especial. Recuperada de https://clacsovirtual.org/mod/page/view.php?id=18260 . Breilh, J. (2020). SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia. en Rodríguez Alzueta, E., Breilh, J., Herrero, M. B., Belardo, M., Katz, C., Acosta, A., Cajas Guijarro, J., Machado Aráoz, H., González, H., Escales, V., Cheppi, J. M., Revel Chion, A., Kordon, D., Edelman Posnormales. Editorial ASPO

Castro-Gómez, S., y Grosfoguel, R. (2007). Prólogo. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico. en El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global, 9-23.097-2108.

De Sousa Santos, B. (2009). Una epistemología del sur: la reinvención del conocimiento y la emancipación social. Siglo XXI.

Ferrara, F. A. (1985). Teoría social y salud. Catálogos Editora.

Freire, P. (1993). Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido. Siglo xxi.

Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de Salud, 2(1), 7-25.

Medina, T., Muñoz, E., Kern, A., Weisstaub, L., Rada, E., Filho, C.,Crivelli, E. (2019). La cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe: Balance de una década (2008-

2018) (Medina T. y Muñoz E., Eds.). Argentina: CLACSO. doi:10.2307/j.ctvt6rmgq Menéndez, E (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 1,, pp. 185-207 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde ColetivaRio de Janeiro, Brasil. Recuperada de https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30, 451-464.

OPS. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Subregional de la OMS, "La cooperación de la OPS ante los procesos de reforma del sector salud", Washington, DC Marzo 1997. OPS. Organización Panamericana de la Salud; (2020) Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Disponible en línea:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>

Paim, J. S., y Almeida Filho, N. M. D. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica.

Piovani, Juan (2020) Fundamentos de investigación social. [Video] Recuperada de https://clacsovirtual.org/mod/page/view.php?id=17499

Quijano, A. (2000) .Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas.* Lander,E. (comp.) CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina. Julio de 2000. p. 246. Disponible en la World Wide Web: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf

Róvere. M: (2004) *La salud en la Argentina. Alianzas y Conflictos en la construcción de un Sistema Injusto*. La Esquina del Sur

Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Lerner H, compilador. Los sufrimientos, 10, 211-39.

09

La vacuna, predecible respuesta reduccionista a un problema complejo

| Mauro Nicolás Estravis

Introducción:

En el presente trabajo, parte de la diplomatura en salud internacional y soberanía sanitaria con perspectiva Sur-Sur de CLACSO, he decidido reflexionar cómo la pandemia por coronavirus, al constituir una manifestación inmersa dentro de una crisis civilizatoria sistémica que la contiene, nos posibilita observar en detalle el comportamiento de los distintos actores de poder mundial ante decisiones que afectan con consecuencias concretas a toda la humanidad.

Resulta útil analizar este presente como un tiempo de interregno donde lo nuevo aún no termina de nacer plenamente y lo viejo no termina de morir (Gramsci, 1971), la única certeza es que el mundo que emergerá luego de la pandemia será diferente al que conocimos. La nueva materialidad a la que arribaremos dependerá de la dialéctica entre movimientos antagónicos inherentes a la complejidad de la vida: "movimientos contrapuestos de subprocesos saludables, de soporte vital, de protección; y por el contrario, subprocesos concretos no saludables, dañinos y destructivos que se producen y chocan entre sí" (Breilh, 2020, pág. 58) en las tres dimensiones: general, particular y singular de la realidad socio-epidemiológica.

Si pudiera viajar en el tiempo y observar el presente desde el futuro, visualizaría todas las luchas por otros mundos posibles integradas en esos procesos protectores-cooperativos-colectivos que se oponen a la actual praxis de acumulación y despojo, propia del capital en su incesante necesidad de reproducirse.

¡Seamos realistas, exijamos lo imposible! Urgen nuevas formas de interpretar la realidad que nos guíen por novedosos caminos adecuados a los desafíos de la transmodernidad (Dussel, 2004). Fidel Castro (2003) nos anticipó que "las luchas del futuro serán por ideas" por tanto los colectivos contrahegemónicos debemos disputar los sentidos teniendo presente que el objetivo principal de nuestra lucha es favorecer dinámicas protectoras de la vida en sus múltiples dimensiones, con conciencia lúcida de que la modernidad eurocéntrica y colonial sigue vigente, aunque cada vez más cerca de su ocaso, de su descomposición objetiva que pronto imposibilitará la reproducción de la vida tal como la conocemos.

Para ampliar el bienestar colectivo de los ecosistemas, nuestras sociedades deben asumir el desafío de caminar por senderos inéditos, amparadas en nuevos lentes epistémicos desde donde emerjan nuevas formas de ser y estar, tan diversas como

soberanas, donde las diferencias posibiliten la cooperación y el respeto antes que la competencia y la dominación.

Mi anhelo es quedar en la historia vinculado a esos procesos protectores de la vida, para tal fin "una tarea central en este tiempo histórico, es desentrañar las ideas y prácticas funcionales, mono-metódicas, monoculturales y eurocéntricas que impregnan las ciencias convencionales" (Breilh, 2020, pág. 82), y han logrado introyectar universalmente una colonialidad del saber y el poder que amparadas por un entretejido complejo de legalidad y tecnocracia son establecidas como válidas, ocultando lo que en realidad son: tesis de la naturalización de las diferencias funcionales a la reproducción de una modernidad malsana.

Con ese objetivo, en el contexto de la pandemia actual, este trabajo busca visibilizar formas y patrones concretos de procesos destructores encarnados en el comportamiento de los actores de poder del sector salud encargados de desarrollar las tecnologías médicas necesarias para afrontar la crisis epidemiológica. Para tal fin, utilizaré un ejemplo relativo a cada dominio de la realidad (general, particular e individual), extraídos de artículos periodísticos publicados en medios de comunicación masiva del mundo, con la esperanza que tal aporte sea útil en el camino de generar estrategias limitantes de los procesos destructivos que actualmente posicionan al mundo al borde del colapso, al mismo tiempo que contribuyan en la emergencia de nuevos marcos a partir de los cuáles refundemos nuestra civilización en lo general y nuestros sistemas de salud en lo particular.

Observando y analizando las acciones y posicionamientos concretos relacionados a casos específicos de la realidad, podremos hacer una valoración fundamentada acerca de si los comportamientos de los actores hegemónicos encargados de desarrollar tecnologías médicas, y las características del marco legal regulatorio de sus prácticas están orientadas hacia el bien común y el bienestar de las poblaciones (proceso protector); o hacia el lucro y la especulación (proceso destructor). De esta manera podemos desentrañar de mejor manera si su actividad es beneficiosa o contraproducente para la salud de los ecosistemas.

Marco teórico

La potencialidad de este análisis radica en aportar elementos para entender la paradoja actual en la que el progreso global más acelerado del capital tecnológico

en la historia, trae consigo el mayor nivel de descomposición de las condiciones reales para la reproducción de la vida en el planeta.

La depredación acelerada en los últimos treinta años está íntimamente vinculada a la evolución histórica del sistema social capitalista, el cual para seguir reproduciéndose necesita mercantilizar cada ámbito de la vida, expandirse globalmente, deteriorar los ecosistemas y explotar a gran parte de la población:

"En el siglo XXI, el crecimiento acelerado del capitalismo ha desbordado su potencia destructiva" (Breilh, 2020, p.32*)* y amenaza seriamente la sustentabilidad de la vida en el planeta tierra lo cual se evidencia en la dramática disminución de la biodiversidad, que desde la década de 1990 se ha incrementado exponencialmente y constituye el preámbulo de la sexta extinción masiva.

La naturaleza, incrementando los fenómenos naturales en frecuencia y magnitud, nos da signos de alarma para que nos cuestionemos nuevas formas de organización social basadas en una ética mínima a partir del reconocimiento de una condición humana universal que priorice valores que todos y todas respetemos para garantizar una vida digna a toda la humanidad.

La compasión y la cooperación forman parte de la esencia de la humanidad, somos seres en donde habitan simultáneamente procesos protectores y destructores. Esas dos energías son constitutivas de la vida, es crucial reforzar las dimensiones positivas del ser humano con el objetivo de mejorar la convivencia y aumentar la tolerancia para asumir el gran reto de caminar juntos en la diversidad.

Podemos ceder como personas aisladas o afrontar el desafío de la superación de la modernidad antropocéntrica como colectivos organizados para transformar el mundo del que somos parte. Para tal fin es clave lograr estrategias que favorezcan la cohesión entre colectivos diversos en pos de generar un movimiento interseccional, surgidos desde las víctimas de este sistema-mundo, con la intención de favorecer la emergencia de procesos contrahegemónicos emancipatorios que nos orienten por nuevos caminos civilizatorios.

La crisis sistémica, suscitada por la globalización capitalista, "revela la incapacidad del sistema económico monopólico en proveer condiciones de vida dignas para la totalidad de sus poblaciones." (Filho, 1992, pág. 6). Los ejemplos se repiten como fractales, aparecen en todas las latitudes con una encarnación/embodiment

particular y una matriz constante de subsunción que se reproduce en todas las dimensiones.

De acuerdo a Benach, Vergara & Muntaner (2008) "Si cada civilización crea sus propias enfermedades y sus propias epidemias, la enfermedad más importante de nuestra época es la desigualdad de la salud":

- A nivel global, 820 millones de personas padecen hambre y 2000 millones de personas inseguridad alimentaria moderada o grave. Además, uno de cada siete niños nacidos vivos presenta bajo peso al nacer y 149 millones de niños padecen retraso del crecimiento.

- La región Latinoamericana es la más desigual del planeta (Hardoon, Ayele, & Fuentes-Nieva, 2016), tal situación se ha magnificado a consecuencia de la pandemia. (Thériault, 2020). La injusticia que permea nuestras sociedades es el principal elemento explicativo para entender las formas diferenciales de vivir, enfermar y morir en la región. En el año 2013, unos 165 millones de personas (más de la cuarta parte de la población) eran pobres, de los cuales 69 millones vivían en la indigencia (Alonso, 2015). Asimismo, la disponibilidad de medicamentos y servicios de atención en salud es defectuosa e injusta. La OMS estima que, en la región de las Américas, entre los años 2013-2014, hubieran podido evitarse más de 1,2 millones de muertes si los sistemas de salud hubieran ofrecido servicios accesibles, de calidad y oportunos (OPS, 2014).

- La población Argentina padece hambre y desnutrición, a pesar de eso el país fue denominado "el granero del mundo" en el siglo XX y "el reino de la soja" en el siglo XXI (Carballo, 2011). Produce alimentos para 400 millones de personas, es decir, 10 veces su población (FAO, 2014). Los beneficios derivados del "exitoso" rol primario exportador que se le asignó a este país en la división internacional del trabajo lo disfrutan las corporaciones del norte global y las élites locales; El hambre y la desnutrición (efectos indeseables aunque esperables del sistema) lo padecen las mayorías pobres.

Este triste escenario deja de manifiesto que la tragedia de la humanidad es moral. Somos testigos de cómo el progreso científico y tecnológico por sí solo no puede impulsar el progreso humano (Markus, 2020). La crisis moral está íntimamente

emparentada a los valores egoístas y consumistas de un sistema social basado en la libertad de mercado y la propiedad privada.

En ese contexto de amenaza a la sustentabilidad de la vida, en los últimos 30 años se han acelerado exponencialmente la emergencia de desastres naturales, ya sea en magnitud como en frecuencia, vinculados en su origen tanto al metabolismo sociedad naturaleza malsano como a los modos de producción y reproducción social inherentes al sistema capitalista (Svampa, 2020).

Sin embargo, la matriz de opresión que posibilita tal catástrofe planetaria ha sido producida activamente como no existente y aún continúa invisibilizada, en gran parte gracias a la ciencia clásica que congela y aplana la realidad reduciendo su accionar a la descripción y sistematización de relaciones causales observables en el plano empírico, sin capacidad explicativa de la generación compleja de los procesos de la vida.

La ciencia crítica en su vocación de conectar los sufrimientos sanitarios con la estructura social capitalista denuncia que el sistema socio económico regido por el principio de acumulación de riqueza privada, y consecuente exclusión social de amplias mayorías, es responsable de tal descomposición en las condiciones materiales para la vida. “Lamentablemente en las décadas recientes, mientras demandamos al Estado para crear bienes públicos universales que no pueden quedar a merced del capitalismo fue ocurriendo todo lo contrario.” (Santos, 2010) ¿Qué nos pasó?

Cometimos el error de omitir el hecho estructurante de que las respuestas de las sociedades a sus problemas surgen desde una matriz histórica, social y epistemológica concreta que condiciona inteligibilidades y limites propios de cada época. El camino del reformismo está pensado desde la epistemología propia del sistema con la función de garantizar la reproducción del mismo en el tiempo, para lo cual produce respuestas funcionales a tal objetivo sin modificar la matriz destructiva que lo mueve.

Es importante comprender que la realidad no es neutra, sino que depende de quién la interprete y bajo qué ideología lo haga. En la historia existieron infinitas concepciones desde las cuales interpretar la vida, a partir de las cuales devienen diversos y particulares formas de ser, sentir, saber y hacer. Esa simple premisa, inherente a la complejidad de la vida y compartida por muchas culturas ancestrales, ha sido sistemáticamente negada desde la invasión de América en 1492, suceso que

marcó el inicio de la modernidad (Dussel,1994) y posibilitó el desarrollo hegemónico de un modelo civilizatorio eurocéntrico y capitalista que modificó la organización material de la vida en las poblaciones de gran parte del mundo.

Los lugares erigidos en centros de poder mundial diseñaron un tipo de epistemología positivista y antropocéntrica acorde a sus principios, valores e intereses. Esa visión particular del mundo se impuso universalmente como verdadera, desacreditando y persiguiendo en el mismo acto cualquier otra cosmovisión que escapara a su razón eurocentrada, patriarcal, clasista y racista.

Es necesario cuestionarnos esa opción epistemológica actualmente denominada como clásica, antropocéntrica o cartesiana; En ella anida el corazón de la razón y relación colonial. En los últimos siglos, las respuestas surgidas en cada territorio de este sistema-mundo, y desde cada coyuntura tiempo-histórica particular, fueron guiadas por esa matriz de pensamiento, caracterizada entre otras cosas por dualista, mecanicista y estática, que implico indudables avances en el conocimiento al mismo tiempo que fue funcional a la reproducción de narrativas totalizantes que instalan un conjunto de ideas, creencias, valores e intereses asumidos como supuestas grandes “verdades” (Basile, 2018).

Las respuestas orientadas por esa opción epistemológica eurocéntrica vienen siendo utilizadas por los poderes concentrados para continuar reproduciendo la estructura vigente del sistema de organización económico imperante y perpetuar las cadenas de colonialidad, ya que ese enfoque al fragmentar la realidad en partes estáticas y desconectar los problemas de los procesos de determinación social son funcionales a un reformismo parcial del sistema pensado para solucionar algunos desperfectos o efectos indeseables del mismo, pero con la intencionalidad de garantizar sin cambios la subsistencia en el tiempo de un sistema capitalista que beneficia a una minoría a expensas de la explotación de las grandes masas. Bajo esos intereses sectarios, la tecnología ha sido puesta al servicio del mercado y el lucro impidiendo que ese conocimiento, perteneciente al patrimonio colectivo de la humanidad sea puesto al servicio de las poblaciones en aras de mejorar sus condiciones de vida.

Es necesario desmantelar las falacias como un ejercicio colectivo estratégico, en virtud de posibilitar la emergencia de nuevos sentidos capaces de refundar las prácticas en clave de soberanía sanitaria sur sur.

En ese sentido, es crucial conocer la dialéctica de la historia que plantea que todos los procesos sociales, al igual que los fenómenos naturales, son cíclicos.

Tienen su inicio, desarrollo y final; Así como el sol una vez que llega a su cenit sólo puede decrecer, los sistemas sociales cuando no son capaces de garantizar las condiciones materiales de reproducción de la vida no tienen otro camino más que extinguirse (ó refundarse bajo nuevos criterios). Las condiciones materiales para la emergencia de nuevos modos de ser-estar-hacer-sentir están hoy más preparadas que nunca antes en la historia reciente a consecuencia de que el sistema social en su lógica mercantilista de reproducción, sólo puede continuar generando nichos de acumulación de capital a costa de explotar la naturaleza (deteriorándola a niveles que comprometen la sustentabilidad de la vida y la seguridad de los territorios) y excluyendo a la mayor parte de la población mundial de sus derechos humanos fundamentales.

Todo indica que el modelo está agotándose: "¿Se va a terminar el capitalismo? ¿Qué emergerá?" (Sousa, 2010, pág. 11) No lo sabemos, pero la experiencia acumulada puede darnos algunas claves para no repetir errores:

1. El futuro dependerá de intereses en disputa entre opresores y oprimidos. Es necesaria la emergencia de saberes surgidos desde las masas, al amparo de una praxis revolucionaria, capaz de disputar la agenda de los poderes fácticos.

2. La propuesta "el gran reinicio" (Davos, 2020), recientemente planteada en el Foro Económico de Davos nos muestra cómo el poder económico está desarrollando su estrategia para apropiarse de los sustantivos (Sousa, 2010) e imponer su agenda.

3. Una praxis revolucionaria implica una praxis diferente a la habitual. Es necesario trascender las categorías dicotómicas, estáticas, inertes y totalizantes del viejo paradigma cartesiano desde el cual interpretamos la realidad. No podemos resolver nuestros problemas con el mismo pensamiento que usamos cuando los creamos.

4. Es importante re aprender desde nuestros propios lentes epistémicos, para poder dar respuestas soberanas a los problemas y necesidades de nuestras sociedades periféricas y dependientes del capitalismo global.

5. Los nuevos paradigmas de las ciencias y los saberes de nuestros pueblos ancestrales, condensados en la propuesta del Buen Vivir (Marín & Bobatto, 2017) aportan un conocimiento novedoso desde dónde pensar nuevos senderos civilizatorios.

DESARROLLO

La declaración de la pandemia por coronavirus, de drásticas consecuencias en la organización de la vida, suscitó una crisis sistémica de gran envergadura que en un contexto de cambio en las condiciones materiales de producción y reproducción de la vida vinculadas a la 4ta revolución industrial con avance del capitalismo cognitivo e inteligencia artificial, constituyen una encrucijada desde donde puedan emerger nuevos horizontes civilizatorios o profundizarse el aislamiento individual, el control social y las injusticias.

Es necesario haber aprendido de las experiencias del pasado, cuando en cada tragedia humana de la historia reciente emergió el capitalismo del desastre *(Klein,2003)* como la estrategia de utilizar las crisis a gran escala para impulsar políticas que profundizan la desigualdad, enriquecen a las elites y debilitan al resto de la ciudadanía buscando instaurar modos de agenciamiento mercantilistas que profundizan la subsunción hacia el capital.

Si como nos dice Klein (2007) su estrategia fue utilizar las crisis para profundizar la desigualdad y aumentar la concentración de capital ¿Cuál fue su táctica?

Su táctica (del griego táktikos, poner en orden las cosas) definida como el conjunto de acciones concretas que permiten lograr un objetivo, ha sido la epistemología cartesiana como vía de legitimación social que permitió al sistema producir respuestas funcionales a su reproducción.

Por tal motivo, no es sorprendente que las respuestas producidas por el sistema para solucionar esta crisis epidemiológica sean coherentes con la epistemología clásica utilizada en la historia reciente por la diplomacia sanitaria internacional y el panamericanismo en salud, ya que posibilitan:

1. Ser un recurso efectivo para controlar las consecuencias de la pandemia sin visibilizar, analizar o cuestionar las causas que la generaron (Fernández, Waldmüller , & Vega, 2020).

2. Reafirmar una geopolítica de poder norte sur de características asimétricas. (Basile, 2018)

3. Generar nuevos nichos de acumulación de capital y rentabilidad para que los grupos económicos de poder sigan lucrando y concentrándose (Iriart, Capital

financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias, 2008).

4. Garantizar el control social a través de la promoción de formas de subjetivación y biosocialización tendientes al aislamiento social, la estigmatización y el individualismo.

5. Fomentar procesos de medicalización y biomedicalización de los individuos. (Iriart, 2014)

En lo concreto toda esa racionalidad clásica se evidencia en los modos de afrontamiento a la pandemia, que hegemonizada por las concepciones, valores y prácticas del paradigma biomédico "transfirió protocolos de atención clínica individual y control de infecciones hospitalarias hacia la sociedad generando un complejo espiral de patologización, conductismo individual, darwinismo social y (neo)higienismo con militarización creciente de los territorios" sin hacer nada para abordar sistemáticamente los procesos estructurantes y las determinaciones de la salud colectiva que hacen que algunas poblaciones, familias y personas sean particularmente vulnerables a la crisis epidemiológica (Basile, 2020).

La creencia ampliamente difundida de que la disponibilidad y el uso cada vez mayor de los servicios médicos son centrales, tanto para la salud individual como para la colectiva, (Almeida, 2002) está vinculada al éxito atribuido a la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual aguda, lo que posibilitó la construcción de un imaginario en el que la enfermología pública basada en las mismas premisas que la biomedicina, es capaz de resolver las problemáticas de salud de nuestras comunidades (Basile, 2021).

Es así como asumimos naturalmente que obliguen a las masas a esperar aisladas, confinadas y con miedo a morir por el virus mientras depositan sus esperanzas en una vacuna que, provista por el complejo médico farmacéutico financiero industrial (CMFFI) solucionará esta crisis y nos permitirá volver a la "normalidad".

La vacuna, al condensar la praxis de la biomedicina y la enfermología pública, fue erigida desde el comienzo de la pandemia por Sars-Cov2 como la única solución a la misma, motivo por el cual comenzaron a desarrollarse a ritmos acelerados, decenas de proyectos de investigación liderados por distintos actores públicos y privados. Rápidamente la carrera por la vacuna pasó a constituir una disputa geopolítica de dimensiones inéditas, útil para descubrir quiénes son los actores de

poder existentes y analizar su comportamiento, ya que sus acciones condicionarán las posibilidades de acceso a millones de personas, según estén vinculados a intereses solidarios o especulativos.

Por tal motivo urge reconocer ¿Quiénes son los actores que desarrollan la vacuna? ¿Qué intereses los moviliza? ¿Qué marco legal los regula?

Para tal fin intentaré profundizar en el conocimiento de elementos que nos permitan caracterizar con mayor claridad el perfil de los principales actores vinculados a los desarrollos de tecnologías para la atención de enfermedades, asimismo esbozaré algunas características del marco legal vigente que regula la comercialización de tales servicios, como es el caso de las leyes de protección a los derechos de propiedad intelectual.

Parto desde la base que problematizar el acceso a los medicamentos y tecnologías para la salud no es un problema técnico, sino un problema político (Leone, 2019).

La observación la realizo desde la corriente de pensamiento en salud, surgida en Latinoamérica durante el siglo XX, denominada Medicina Social y Salud Colectiva, que permite explicar la distribución desigual de enfermedades en las poblaciones reconociendo al proceso salud enfermedad atención como un proceso dialéctico. Utilizaré la categoría fundamental de la epidemiologia crítica: determinación social de la salud (Breilh, 2013), ya que permite quebrar la lógica cartesiana para interpretar la realidad como un proceso complejo con múltiples dimensiones, ya no como un conjunto de factores estáticos conectados externamente. Esta categoría nos permite conectar las determinaciones sociales estructurantes, con las encarnaciones biológicas y los procesos epidemiológicos de los colectivos sociales.

Desde esta perspectiva la realidad es dinámica y está generada a través de un sinfín de procesos interdependientes, aparentemente caóticos, pero con su propia teleología. Existen dos tipo antagónicos y complementarios de movimientos; por un lado, hay procesos protectores o saludables, por el otro destructores-malsanos. A su vez esos procesos (protectores o malsanos) se dan en cada uno de los dominios: general, particular o singular desde los que podemos interpretar la realidad de la que formamos parte.

Entendemos los procesos protectores para la vida como aquellos que contribuyen a mejorar el bienestar colectivo de los territorios y poblaciones impulsando

dinámicas en donde prevalezca el valor de uso de los bienes y servicios, es decir, su disposición según necesidad.

En contraposición, los procesos destructores son aquellos tendientes a la especulación individual o sectorial, el egoísmo y la avaricia, la concentración privada, la desigualdad, y el acceso a los bienes y servicios esenciales condicionados según las posibilidades de pago de bolsillo de cada individuo o estado nación.

Observando y analizando las acciones y posicionamientos concretos relacionados a casos específicos de la realidad, podremos hacer una valoración fundamentada acerca de si los comportamientos de los actores hegemónicos encargados de desarrollar tecnologías médicas y las características del marco legal regulatorio de sus prácticas, están orientadas hacia el bien común y el bienestar de las poblaciones (proceso protector); o hacia el lucro y la especulación (proceso destructor). De esta manera podremos desentrañar si su actividad es beneficiosa o contraproducente para el bienestar planetario.

A fines de estructurar el análisis comenzaré caracterizando el presente acorde a las 3 categorías fundamentales que habitualmente utiliza la epidemiología clásica para estudiar la distribución de la enfermedad y sus determinantes sociales: Persona, Lugar y Tiempo, de la siguiente manera:

-Persona/Objeto de estudio: El objetivo del trabajo está centrado en identificar si el desarrollo, distribución y acceso a las vacunas está orientado hacia la protección del derecho a la salud o hacia la especulación privada. Por tanto, nuestro eje de estudio serán las vacunas contra la enfermedad por Sars-Cov2.

-Lugar: Consideraré como unidad de análisis espacial al sistema-mundo actual, constituido por un centro-mundo y una periferia-mundo, donde el centro es el poseedor de los saberes y la periferia de los problemas. Tal mapa geopolítico, heredero de la diferencia colonial, fue readecuado epistémicamente durante la segunda mitad del siglo XX a través de la teorización del desarrollo, con la intención de invisibilizar las relaciones de poder presentes en el actual sistema-mundo y universalizar normas de comportamiento, actitudes y valores asociados a las sociedades “desarrolladas”.

-Tiempo: Pensar nuestra presente con perspectiva histórica implica no solo conocer las cadenas de la colonialidad que vienen operando desde hace 500 años, sino

también reconocer que desde la década de 1990 hasta la actualidad ha existido un proceso de globalización, dominado por la ideología neoliberal, que posibilitó reestructuraciones en la organización de las sociedades tendientes a mercantilizar cada espacio de la existencia.

Desde ese marco el desafío será recopilar acontecimientos/ejemplos relativos al eje de estudio, publicados en medios de comunicación masiva del mundo, que sean representativos de cada uno de los dominios de la realidad: General/Global, Particular/Regional y Singular/Nacional.

La información pesquisada será analizada según tienda a formar parte de los subprocesos protectores o destructores de la vida, con el objetivo de hacer visible el modus operandi de los distintos actores de poder vinculados a la investigación, desarrollo, producción y distribución de la vacuna en contra de la enfermedad por Sars-Cov2.

Con la esperanza de que reconocer los intereses de los distintos actores ante esta situación inédita de gran impacto global permita favorecer una reflexión crítica acerca del tipo de civilización que deseamos construir, basada en qué tipo de principios e instituciones.

SUCESOS RELATIVOS AL DOMINIO GENERAL/GLOBAL:

1. **Portal BBC, Estados Unidos. (27/01/2021)**

   Un ambicioso plan internacional llamado Covax tiene como objetivo garantizar que las vacunas se compartan de manera equitativa entre todas las naciones. Lanzada en abril de 2020, Covax es una iniciativa global liderada por la Organización Mundial de la Salud y dos grupos de defensa de las vacunas: la fundación GAVI y la Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI).

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Aparentemente protectora. Narrativa de distribución equitativa. Impulsada por actores del Norte Global.

2. Diario ABC, España. (12/11/20)

> El CEO de Pfizer vendió el 62% de sus acciones de la compañía el mismo día en que la farmacéutica divulgó que su vacuna tiene una efectividad mayor al 90%. También vendió acciones la vicepresidenta ejecutiva de Pfizer. Del mismo modo hace unos meses ejecutivos de la empresa farmacéutica Moderna vendieron grandes cantidades de acciones tras anunciar resultados prometedores en una fase inicial de su vacuna.

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Destructora. Comportamiento especulativo de actores de poder del CMFFI.

3. Diario La Jornada, México. (05/03/21)

> El director de la Organización Mundial de la Salud, Tedros Adhanom Ghebreyesus, exhortó el viernes a renunciar por ahora a los derechos de patente de las vacunas contra el coronavirus hasta que concluya la pandemia para que puedan incrementarse drásticamente los suministros, dijo que los países con capacidad para producir vacunas deberían comenzar a renunciar a los derechos de propiedad intelectual, como está previsto en cláusulas especiales de emergencias por la Organización Mundial de Comercio.

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Protectora. Organismo internacional se posiciona a favor de la liberación de patentes.

4. Diario El País, España. (16/04/21)

El estudio más ambicioso realizado hasta la fecha sobre la financiación de la vacuna AstraZeneca revela que la industria farmacéutica soportó menos del 3% de los costes de investigación que la han hecho posible. La mayor parte de los 120 millones de euros invertidos llegaron desde el Gobierno del Reino Unido (45 millones) y la Comisión Europea (30 millones), mientras el resto procedía de entidades también financiadas con fondos públicos (centros de investigación) y fundaciones que apoyan la investigación científica. Los resultados del trabajo son mucho más detallados, pero coinciden en lo esencial con la información publicada sobre otras vacunas frente al coronavirus, como la de Moderna.

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: En apariencia protectora, Financiación pública. En lo concreto destructiva, comercialización privada por actores del CMFFI.

5. Portal Télam, Argentina. (05/05/21)

La OMC retomó el debate sobre exención de las patentes de las vacunas, los embajadores de los países de la OMC reanudaron este miércoles discusiones sobre la propiedad intelectual de las vacunas contra el coronavirus en medio de una creciente presión sobre los países ricos para que se liberen las patentes a fin de hacer frente a la pandemia. La directora de la OMC, Ngozi Okonjo-Iweala, declaró: "Los miembros deben compartir sus vacunas, aquellos que han pedido más de lo que realmente necesitan deben compartir con otros, ya sea a través de la instalación de Covax u otros mecanismos. Aquellos que tienen materias primas deben permitir que estas fluyan a través de las cadenas de suministro para que todos los que puedan fabricar puedan aprovecharlas".

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Destructiva. Organización internacional con capacidad de arbitraje en la temática no emite dictamen favorable a la suspensión de los derechos de propiedad intelectual de las vacunas contra el coronavirus.

SUCESOS RELATIVOS AL DOMINIO PARTICULAR/REGIONAL:

1. **Diario La Nación, Argentina. (29/01/2021)**

La Unión Europea anunció un nuevo mecanismo que podrá impedirles exportar sus vacunas fuera del continente. Millones de dosis de vacunas podrían así quedar bloqueadas. El parlamentario alemán Peter Liese declaró: "Si la única solución es reducir los envíos de vacunas al Reino Unido para beneficiar a la UE, está muy bien". Por su parte el jefe de Gabinete de Gran Bretaña declaró que sólo ayudarán a la UE "si sobran dosis en el país, lo más importante es asegurarnos de nuestro propio programa de vacunación".

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Destructora. Egoísmo y competencia entre países desarrollados.

2. **Portal de Médicos Sin Fronteras, Suiza. (27/01/2021)**

Los países con más recursos acaparan más de un 99% de las dosis de la vacuna del COVID-19. De un total de más de 27,2 millones de dosis de esta vacuna entregadas hasta ahora, los países con más recursos acumulan casi 27 millones (un 99,3%), mientras que los estados de ingresos medios solo han recibido unas 250.000 dosis (un 0,0009%) y los países en vías de desarrollo, ninguna. La mayoría de las dosis están comprometidas mediante acuerdos confidenciales y secretos firmados por los países de altos ingresos, dejando una porción muy pequeña de las dosis para los países en desarrollo.

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Destructiva. Provisión desigual y acaparamiento de vacunas en países desarrollados.

3. **Portal Nodal, Latinoamérica. (30/12/2020)**

Un grupo de países en desarrollo liderado por India y Sudáfrica propuso que la Organización Mundial del Comercio renuncie a ciertas protecciones sobre la propiedad intelectual, permitiendo a los países pobres fabricar versiones asequibles de las vacunas. La propuesta fue apoyada por 99 países y bloqueada por Estados Unidos, Gran Bretaña, la Unión Europea, Brasil, Japón y Australia argumentando que resultaría contraproducente, en la medida en que puede desincentivar los esfuerzos que las compañías farmacéuticas invierten en investigación y desarrollo. Diversos analistas consideran que la suspensión temporal de las patentes de las vacunas, al menos hasta lograr la inmunidad de grupo mundial, daría entrada a más fabricantes y permitiría aumentar la producción contribuyendo así de forma determinante a un equilibrio en el reparto internacional de los fármacos.

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Destructora. Países desarrollados bloquean en la OMC solicitud de grupo de países subdesarrollados para poder producir vacunas y lograr accesibilidad en sus poblaciones.

4. **Radio Francia Internacional, Francia. (26/02/21)**

Un informe periodístico coordinado por The Bureau of Investigative Journalism en Londres y Ojo Público en Perú revela que Pfizer abusó de su poder de negociación para vender su vacuna a los países sudamericanos bajo exigencias extremas. A Argentina y Brasil les pidió que pusieran sus embajadas, bases militares y otros activos soberanos del país como garantía ante una eventual demanda por efectos adversos de la vacuna. La percepción desde el gobierno de Argentina es que las exigencias de Pfizer respondían, en realidad, a una estrategia de negocios de la farmacéutica, hubo prioridad para países con mayor capacidad adquisitiva, países desarrollados, en detrimento de países latinoamericanos.

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Destructiva. Distribución de vacunas acorde a lógica comercial antes que sanitaria. Accesibilidad desigual entre países desarrollados y subdesarrollados.

SUCESOS RELATIVOS AL DOMINIO LOCAL/NACIONAL/SINGULAR:

1. **Deutsche Welle, Alemania. (11/11/20)**

> El presidente de Brasil, Jair Bolsonaro, reiteró su despreocupación con el COVID-19 y espetó: "Todos nos vamos a morir un día, aquí todos van a morir…" El mandatario ya había roto en múltiples oportunidades las medidas de restricción e incluso incentivó el consumo de tratamientos sin evidencia comprobada como la hidroxicloroquina**,** la azitromicina y la ivermectina**.**

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Destructora. Infodemia.

2. **Diario Página 12, Argentina. (22/01/2021)**

> Cuba prepara cien millones de dosis de la vacuna Soberana 02 contra el coronavirus. La estrategia de Cuba de comercializar la vacuna tiene una combinación de humanidad y de impacto en la salud mundial. No somos una multinacional, donde el objetivo financiero es la razón número uno. Nuestro fin es crear más salud, sostuvo el director general del Instituto Finlay de Vacunas.

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Protectora. Producción soberana de tecnologías médicas en Cuba, país subdesarrollado, que manifiesta disposición de disponer sus desarrollos vacunales como bien de la humanidad.

3. Portal Telesur, Venezuela. (16/02/21)

La Autoridad Nacional Palestina denunció este martes que el Gobierno de Israel mantiene bloqueada la entrada de vacunas contra la Covid-19 a la Franja de Gaza, destinadas a inmunizar al personal que labora en salas de cuidados intensivos y en departamentos de emergencia.

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Destructora. País desarrollado bloquea llegada de vacunas hacia un país subdesarrollado.

4. Diario El País, España. (25/02/21)

Millones de dosis de la "vacuna latinoamericana" de AstraZeneca, demoradas por falta de envases. Los principios activos enviados a México desde Argentina esperan en el laboratorio que se normalice la entrega de filtros, bolsas estériles y viales. No podrían llegar en los plazos establecidos a los países de la región, al quedar atadas a las restricciones impuestas en los Estados Unidos para la exportación de insumos.

INTERPRETACIÓN DE TENDENCIA: Estados Unidos, país desarrollado, bloquea acceso a insumos estratégicos para la producción de vacunas.

4- **CONCLUSIONES**

"Farmacéutica, transatlántica, trasandina
Una vida se apaga porque le estorba
Que no se muera pronto pa' darle la vacuna
Ellos dicen ser buenos reparten pastillas
Ay que pena que le da pero es mentira.
Quieren millones, millones, millones..."

Canción Popular
Camila Moreno, 2009.

Los sucesos expuestos visibilizan el fracaso moral en la distribución de las vacunas, que lejos de ser sorpresivos, constituyen una consecuencia predecible de las instituciones, prácticas y agendas hegemónicas en el sistema sanitario internacional imperante, las que a pesar de manifestar loables enunciados están estructuradas para velar por la protección del principal eje vertebrador de las sociedades capitalistas: la acumulación de capital.

Este fracaso tiene la particularidad de condensar en un solo suceso las prácticas de las 2 principales corrientes de pensamiento en salud internacional que hegemonizaron las praxis en el último siglo:

1. Salud Internacional Panamericana: Como instrumento de la geopolítica del poder que sostiene y perpetúa relaciones asimétricas entre países del centro-mundo respecto de los países de la periferia-mundo.
2. Salud Global Liberal: Como instrumento rector de la agenda sanitaria, vigente a partir del período de "Globalización Neoliberal" (Guillén, 2007) que posibilitó incluir al sector salud como campo para la acumulación de capital.

Para profundizar en el análisis de los sucesos citados, y en función de dar respuesta a los objetivos planteados en este trabajo: "¿Quiénes son los actores que desarrollan la vacuna? ¿Qué intereses los moviliza? ¿Qué marco legal los regula?" se hace necesario realizar un recorrido histórico que nos permita comprender cómo hemos arribado a la coyuntura mundial actual.

Lo que Marx y Engels (1848) previeron cuando plantearon la mundialización del capitalismo y señalaron como sus características básicas la conversión de la dignidad personal en un simple valor de cambio, y la sustitución de numerosas libertades y derechos por la única y desalmada libertad de comercio se materializó a partir de los años 90 del siglo XX cuando la ideología neoliberal, liderada por países del Norte, logró imponer globalmente su concepción del mundo como único camino posible al progreso.

El Neoliberalismo es un paradigma económico que subordina la vida social a los intereses de acumulación de capital de un grupo de instituciones financieras y de grandes corporaciones transnacionales, motivo por el cual dificulta la redistribución de la riqueza, concentra el capital y produce desigualdad. Para lograr tales objetivos necesitó la introducción de una serie de reformas privatizadoras que convirtieron todos los derechos sociales en objetos de mercado integrados al circuito de acumulación de capital.

En el caso de la salud, la misma dejó de ser considerada un bien público para convertirse en un bien de mercado situación que cuestionó el derecho a la salud como derecho humano.

Al mismo tiempo en que se introdujeron tales reformas que convirtieron a la medicina en un espacio para la acumulación de capital, se produjo la tercera revolución industrial la cual introduzco grandes avances en tecnologías informáticas, inteligencia artificial, nanotecnologías e inteligencia artificial que en el campo de la salud transformaron las prácticas tal como las conocíamos previamente. Los avances tecnológicos no estuvieron al servicio de las poblaciones sino del interés de lucro privado e impactaron con una marcada mercantilización, medicalización y deshumanización de la práctica médica.

Este marco es necesario para conocer el nacimiento de los principales actores vinculados al sector salud en la actualidad, ya que en ese entonces el sector pasó a constituir una enorme oportunidad de inversión para el capital privado, donde

se obtienen extraordinarios márgenes de rentabilidad (Birn, Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina, 2011). El proceso de penetración del capital en el sector salud introdujo nuevos actores sociales, cambios en la regulación del sector y modificaciones en las subjetividades individuales y colectivas en relación a la concepción salud-padecimiento-atención funcionales al lucro (Iriart & Merhy, 2017).

A sabiendas que ello representaba una amenaza para la humanidad, las expresiones dominantes del sanitarismo internacional excluyeron sistemáticamente los debates sobre la mercantilización de la salud y guardaron silencio sobre la razón por la cual se crearon desigualdades sociales en salud y cómo podrían abordarse. Tampoco debatieron las preguntas referentes a quién o qué impulsa la agenda de la salud global y con qué fines.

Por tal motivo es importante reconocer que el mercado de medicamentos ha pasado a ser un nicho de ganancias extraordinarias utilizado por la clase capitalista, que a través de las corporaciones transnacionales es funcional a la acumulación de capital. Este sector tiene la característica de presentar "una alta concentración de mercado, donde 15 de las principales compañías farmacéuticas mundiales representan el 51 por ciento de la cuota total del mercado mundial" (Basile, 2019, p.10), fenómeno que tiende a intensificarse cada vez más, a través de un proceso permanente de adquisiciones y fusiones orientadas por criterios financieros. Es así como esas gigantescas empresas transnacionales, que nacieron impulsadas por las naciones del Norte Global, han acumulado no solamente capital sino también un poder extraordinario con la capacidad de determinar las agendas de salud internacional funcionales a sus intereses (Ugalde & Homedes, 2007).

En los inicios de la "Globalización Neoliberal", los poderes concentrados comprendieron que el conjunto de instituciones internacionales surgidos en la posguerra bajo la hegemonía norteamericana, constituido por organizaciones financieras, de comercio, sanitarias y de ayuda al desarrollo, eran la piedra angular desde donde podrían imponer las decisiones principales de la agenda sanitaria, disminuyendo a niveles mínimos la soberanía de las sociedades y los estados. El Banco Mundial (BM), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), la OMS y el Fondo Monetario Internacional (FMI) pasaron a ser los actores centrales

de la agenda sanitaria global evidenciándose una interacción simbiótica entre los intereses de las transnacionales y los programas de dichas instituciones.

Además, el nuevo sistema mundial basado en el Consenso de Washington, impulsó la creación de una nueva institución internacional: la Organización Mundial del Comercio (OMC) en lo que significó la mayor reforma del comercio internacional desde el final de la Segunda Guerra Mundial, ya que incluyó en sus regulaciones al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) tensionando la disyuntiva entre el derecho a las ganancias de las empresas versus el derecho de las personas al acceso a los medicamentos esenciales (Allard Soto, 2015). El Acuerdo sobre los ADPIC, el cual requiere ser suscrito para ser Estado miembro de la OMC, extendió el período de exclusividad de un nuevo producto en el mercado a 20 años. Asimismo, limitó el uso de las licencias obligatorias para romper el monopolio de las patentes, beneficiando de tal forma a las empresas transnacionales en detrimento del acceso a medicamentos esenciales de millones de personas.

Por último, el filantrocapitalismo se consolidó como nuevo actor de poder (Birn & Richter, 2016) que, representado por múltiples Organizaciones No Gubernamentales (ONG) provenientes del Norte Global, logra una influencia decisiva a la hora de establecer la agenda de salud global que garantice los intereses lucrativos de sus aportantes.

Desde esta plataforma analizaremos los sucesos citados, que han acontecido recientemente en el tablero geopolítico mundial:

A nivel Global, somos testigos de una desigual distribución de las vacunas entre países centrales y periféricos, como lo evidencia la situación actual en la que casi la mitad de los 200 millones de dosis aplicadas en el mundo se han aplicado en los siete países más ricos, donde solo vive el 10% de la población del planeta. Es decir, nueve de cada diez vacunas se inyectaron en países con recursos altos o medios-altos mientras los países de bajos recursos aún no han comenzado a vacunar (DW, 2021).

La plataforma internacional pública y privada denominada Covax que tiene como objetivo garantizar el acceso de la vacuna contra la enfermedad de covid-19 a los países pobres se revela como parte del problema cuando identificamos quiénes son los actores que promueven tal iniciativa: la OMS, la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI) y la Alianza para

las Vacunas (GAVI) en las cuáles confluyen los intereses de los Estados Centrales, del BM, de UNICEF y de las fundaciones del filantrocapitalismo global, icónicamente representadas por la Fundación Bill and Melinda Gates.

Las suspicacias se confirman cuando tal iniciativa se usa como argumento para justificar el rechazo al pedido de un grupo de países en desarrollo, liderado por India y Sudáfrica, que solicitaron a la OMC la expedición de licencias obligatorias que permitan a los países pobres fabricar versiones asequibles de las vacunas. Tal mecanismo legal, contemplado en el artículo 31 del Acuerdo sobre los ADPIC, y especialmente redactado para aplicar en situaciones de emergencia nacional causadas por crisis de salud pública, fue apoyado por 99 países y bloqueado por Estados Unidos, Gran Bretaña, la Unión Europea, Brasil, Japón y Australia en una clara muestra de cómo opera la geopolítica del poder y el saber que reproduce asimetrías centro periferia.

Ante el desabastecimiento, las reiteradas manifestaciones de la OMS se revelan como palabras vacías mientras el mundo aguarda una decisión favorable de la OMC que permita escalar en la producción de vacunas para abastecer a la gran mayoría de la población de países subdesarrollados sin acceso a la misma.

Mientras tanto, las empresas transnacionales del CMFFI, amparadas en contratos secretos, abusan de su poder de negociación exigiendo activos soberanos de países subdesarrollados como garantía ante eventuales demandas por efectos adversos de la vacunación. Al mismo tiempo, importantes ejecutivos de esas mismas empresas incurren en maniobras especulativas (como lo demuestra el hecho de la venta masiva de acciones personales en sus respectivas empresas el mismo día en que anuncian públicamente la efectividad de sus vacunas contra la covid-19).

La disputa geopolítica por la vacuna entre países centrales deja apreciar los movimientos destructivos y egoístas en los que basan su praxis las potencias occidentales quiénes utilizan todos los dispositivos legales a su alcance para garantizar la provisión de la vacuna dentro de sus fronteras nacionales, sin importar que tal práctica comprometa la superación de la pandemia a nivel global.

A nivel singular, apreciamos como el bloqueo de suministros de tecnologías médicas esenciales es utilizado por países centrales como herramienta geopolítica

para apropiarse de insumos estratégicos en las cadenas de producción ó para desestabilizar gobiernos y avanzar en la ocupación de territorios en disputa.

Mientras Jair Bolsonaro difunde noticias falsas y alienta el individualismo y la automedicación, la población vulnerable del Brasil paga con su vida el desmanejo sanitario de la pandemia. La situación del gigante Sudamericano representa asimismo una amenaza a nivel regional y global por el riesgo de emergencia de nuevas cepas virales.

En las antípodas, Cuba, al disponer sus avances tecnológicos en beneficio de toda la humanidad vuelve a demostrar que es un oasis de solidaridad en este mundo orientado por principios destructores. Su experiencia en la organización de un sistema sanitario orientado hacia el bien común es un faro que puede servir de guía para refundar la organización de los sistemas sanitarios en nuestra región. Ante el surgimiento de la pandemia quedó evidenciado cómo la voluntad política del pequeño país caribeño le permitió contar en sus fronteras con una capacidad técnico científica instalada que se materializó en la producción pública de diversas tecnologías médicas para responder a la crisis sanitaria, aspecto de central relevancia para poder avanzar en la construcción de soberanía sanitaria en clave sur-sur.

5- RECOMENDACIONES

El presente trabajo muestra cómo el modelo de investigación y desarrollo en el área de la salud se ha corrompido por intereses lucrativos lo que ha ocasionado consecuencias negativas en varios sentidos.

1. Por déficit: personas sin acceso a medicamentos esenciales, enfermedades no investigadas por falta de rentabilidad y medicamentos huérfanos (OPS, 2014).

2. Por exceso: la medicalización y biomedicalización de la vida han logrado posicionar actualmente a la “iatrogenia” como la tercera causa de muerte en países centrales (Makary, 2016).

3. Por deshumanización: falta de satisfacción en profesionales y pacientes (Ávila Morales, 2017).

Ante esta coyuntura resulta crucial profundizar en el conocimiento y divulgación de otras maneras de comprender el proceso-salud-enfermedad-atención-cuidado que no estén centradas en la enfermedad, para ser aplicadas tanto a nivel clínico

como de la sanidad pública, en vistas de lograr mejores resultados individuales y colectivos, ampliar la accesibilidad a los recursos disponibles y mejorar la satisfacción de profesionales y pacientes.

Los descubrimientos realizados durante el siglo XX en los nuevos paradigmas de las ciencias, como la teoría de sistemas complejos, sumadas a nuevas propuestas civilizatorias como la del Buen Vivir, nos pueden proveer el marco desde donde materializar una nueva praxis médica humanizada, desmercantilizada y eficaz.

Por otra parte, resulta relevante generar nuevas instituciones y mecanismos ordenadores que limiten el poder de las empresas transnacionales y orienten sus prácticas en función al bien común, así como posibiliten ampliar la soberanía en los estados del sur global.

Bibliografía

Allard Soto, R. (2015). Medicamentos esenciales y Acuerdo sobre los ADPIC: colisión entre el derecho a la salud y el derecho de propiedad intelectual. *Salud Colectiva*.

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. *Revista Saúde Pública*.

Alonso, R. M. (2015). *Privilegios que niegan derechos, desigualdad extrema y secuestro de la democracia en América Latina y el Caribe.* Oxford: OXFAM Internacional.

Ávila Morales, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*.

Basile, G. (2018). *La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico.* Buenos Aires : De la Comarca IDEP-ATE FLACSO República Dominicana CLACSO.

Basile, G. (2020). *La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2 : matrizgenética de la doctrina del panamericanismo sanitario.* Buenos Aires: FLACSO República DominicanaIDEP Salud.

Basile, G. (2020). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3557-3562.

Basile, G. (2021). *Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe : apuntes pararepensar y descolonizar las teorías y políticas.* Buenos Aires: FLACSO República Dominicana IDEP Salud.

BBC. (27 de 01 de 2021). Coronavirus: 6 preguntas sobre Covax, el plan global para distribuir la vacunas entre los países pobres. Recuperado en:. Obtenido de https://www.bbc.com/mundo/noticias-55820032

Benach, J., Vergara, M., & Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles N° 103*, 2. doi:1888-0576

Birn, A. E. (2011). Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. *Rev Panamericana Salud Publica* .

Birn, A. E., & Richter, J. (2016). El filantrocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. *Medicina Social*.

Boff, L. (2000). *Ética mundial. Un consenso mínimo entre los humanos.* Madrid: Casa América.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(Supl 1): S13-S27.* .

Breilh, J. (2020). SARS-COV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia. En *Posnormales* (págs. 1 - 75). Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

Carballo, C. (2011). Soberania alimentaria y produccion de alimentos en Argentina. En M. K. col., *Seguridad y soberanía alimentaria.* Buenos Aires: Colección Cuadernos. doi:978-987-27283-1-1 1

Castro, F. (26 de Mayo de 2003). Discurso pronunciado por el Presidente de la República de Cuba Fidel Castro Ruz. Buenos Aires. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=-HHOwDF5TWY

Chen, L. (28 de 09 de 2015). *Las industrias más rentables en 2015.* Obtenido de Forbes: https://www.forbes.com.mx/las-industrias-mas-rentables-en-2015

Coronavirus: 6 preguntas sobre Covax, el plan global para distribuir la vacunas entre los países pobres. Recuperado en: https://www.bbc.com/mundo/noticias-55820032. (27 de 01 de 2021). *BBC*.

Davos, F. E. (2020). *https://es.weforum.org/focus/el-gran-reinicio*.

Dussel, E. (1994). *1492: el encubrimiento del otro. Hacia el origen del mito de la modernidad.* La Paz: Plural.

Dussel, E. (2004). Sistema mundo y transmodernidad. En D. S, D. I, & M. W., *Otros pasados, historias presentes.* (págs. 201-226). Mexico D.F.: El colegio de Mexico, Centro de estudios de Asia y África.

DW. (22 de 02 de 2021). *DW*. Obtenido de https://www.dw.com/es/vacunaci%C3%B3n-contra-covid-19-es-desigual-en-pa%C3%ADses-pobres-y-ricos/a-56638883

FAO. (7 de marzo de 2014). *fao.org*. Obtenido de http://www.fao.org/americas/noticias/ver/es/c/230559/

FAO, O. d. (2019). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo.

Feo Isturiz, O. (2002). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *II Conferencia Internacional sobre Salud Ocupacional y Ambiental.* Bahía.

Feo Isturiz, O. (2020). Complejo Médico Industrial. Acceso a medicamentos y tecnologías . *Clase audiovisual presentada en el Diploma superior en gestión y políticas en salud internacional y soberania sanitaria*. CLACSO.

Feo Isturiz, O. (2020). Determinación social de la salud. Clase audiovisual presentada en el Diploma superior en gestión y políticas en salud internacional y soberania sanitaria. CLACSO.

Fernández, A. G., Waldmüller , J., & Vega, C. (2020). Comunidad, vulnerabilidad y reproducción en condiciones de desastre : Abordajes desde América Latina y el Caribe. *ÍCONOS Revista de Ciencias Sociales* . doi:https://doi.org/10.17141/iconos.66.2020.4156

Filho, N. d. (1992). *Epidemiologia sin números.* Washington D.C.: Organización Panamericana de la salud, series PALTEX. doi:92 75 71038 4

Gramsci, A. (1971). *Selections from the Prison Notebooks of Antonio Gramsci Londres.* Londres: Quintin Hoare y Geoffrey Nowell-Smith.

Grosfoguel, R. (2006). Del final del sistema-mundo capitalista hacia un nuevo sistema-histórico alternativo: la utopística de Immanuel Wallerstein. *(Col), (25),44-52*.

Hardoon, D., Ayele, S., & Fuentes-Nieva, R. (2016). *Una economía al servicio del 1%.* Oxford: OXFAM. doi:978-1-78077-997-3

Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciencia y Saúde Coletiva*.

Iriart, C. (2014). Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención. .

Iriart, C., & Merhy, E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. . *Interface* .

Iriart, C., Breilh, J., Waitzkin, H., Estrada, A., & Emerson , E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Publica*.

Klein, N. (2007). *La doctrina del shock.* Canada: Random House of Canada.

Leone, F. (2019). Economía de la industria vs economía de la población. En *Cuadernos para volver a Carrillo.* Buenos Aires: Idep-ATE.

Makary, M. (2016). Medical error the third leading cause of death in the US. *British Med. Journal*.

Marín, S., & Bobatto, M. (2017). *Aproximaciones al Buen Vivir.* Cuenca: Movimiento por la salud de los pueblos.

Markus, G. (2020). El virus, el sistema letal y algunas pistas. En *Sopa de Wuhan.* ASPO (Aislamiento

Social Preventivo y Obligatorio).

Monsalvo, J., & Payán, S. (2009). *Salud de los ecosistemas. Desde el sentimiento de ser Naturaleza con Esperanza y Alegremia. .* Formosa: Alta Alegremia.

Moreno, C. (2009). Millones. Santiago de Chile.

Navarro, V. (2020). Neoliberalismo y salud. CLase audiovisual presentada en el Diploma superior en gestión y políticas de salud. Buenos Aires: CLACSO.

OPS. (2014). 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.* Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organization, W. T. (s.f.). *Historia del sistema multilateral de comercio.* Obtenido de https://www.wto.org/spanish/thewto_s/history_s/history_s.htm

Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En *Cuestiones y horizontes : de la dependencia histórico-estructural a lacolonialidad/descolonialidad del poder.* Buenos Aires: CLACSO. doi:978-987-722-018-6

Quizphe, A., & Monsalvo, J. (2004). *Salud, Amor y Libertad. Vivencias y sueños.* Cuenca: Consejo Internacional de Salud de los Pueblos.

Salud, O. P. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. *66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.* Washington, D.C.

Santos, B. S. (2010). *Refundación del estado en América Latina: Perspectivas desde una epistemología del sur.* México: Siglo XXI.

Sousa, S. B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder.* Montevideo: Trilce.

Svampa, M. (2020). Reflexiones para un mundo post-coronavirus. En *La fiebre.* Buenos Aires : ASPO .

Thériault, A. (27 de Julio de 2020). Aumentan los milmillonarios de América Latina a medida que la región más desigual del mundo se hunde bajo el impacto del coronavirus . Oxford, Reino Unido: OXFAM Internacional.

Trad, L., & Rezende, P. (2020). Raza, Género y Salud. Clase audiovisual presentada en el Diploma superior en gestión y políticas en salud internacional y soberanía sanitaria. CLACSO.

Ugalde, A., & Homedes, N. (2007). América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales. *Salud Colectiva*, 33-48.

10

La participación de las mujeres en las tareas no remuneradas y de cuidados y su impacto en la economía durante la COVID-19, en Argentina

| Ana Laura Carbajal de la Fuente

La COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) es una enfermedad infecciosa asociada al virus Sar-Cov-2. La circulación comunitaria del virus se informó por primera vez en diciembre de 2019 por parte de las autoridades de la República Popular de China y fue declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020. Desde entonces, fue veloz y progresivamente afectando la vida del planeta. Se han discutido diferentes medidas enfocadas a mitigar la propagación y el impacto de la pandemia a nivel internacional, regional, nacional y local incluyendo diferentes estrategias de aislamiento, políticas de salud, aplicación de tratamientos con drogas conocidas, kits de testeos moleculares e inmunológicos, investigaciones sobre vacunas entre otros e innumerables aspectos mayoritariamente biomédicos. De este modo, la pandemia ha sido abordada por los gobiernos de todo el mundo desde la epidemiología clásica con una mirada reduccionista y fragmentada de la realidad (Breilh, 2010), arrojando números de personas infectadas, recuperadas, muertas y vacunadas por todo el mapa de distribución de la enfermedad sin considerar una mirada multidimensional del problema (Basile, 2020).

Entre otros aspectos, la COVID-19 abrió la ventana para que pudiéramos observar, con los postigos bien abiertos y a plena luz del día, las desigualdades que afectan a la mayoría de las personas en el mundo, mostrándonos oportunamente el concepto de desigualdad global (Lima-Barreto, 2017). Como era de esperar, debido al modelo imperante, hasta el presente la COVID-19 ha sido abordada principalmente desde el estrecho ángulo biomédico, sin embargo, la misma puede (y debería) ser analizada desde múltiples dimensiones como sugiere Basile (2020) “de lo individual a lo colectivo, de las ciencias biomédicas a las ciencias sociales y la salud colectiva, de los grupos de riesgos a las sociedades excluyentes y las inequidades constitutivas de la herencia colonial, patriarcal, capitalista moderna en el Estado y las sociedades” incluyendo también la perspectiva de género (Piscitelli, 2009). Podemos así analizar el impacto específico sobre las poblaciones más vulneradas, entre las que se hallan las mujeres, profundizando significativamente las desigualdades socioeconómicas, sanitarias, ambientales, de género y étnico-raciales pre-existentes a la pandemia en los territorios de todo el mundo, incluyendo América Latina y Caribe.

En el ciclo vital de los seres humanos, los cuidados y las mujeres atraviesan nuestras vidas (Batthyány, 2020). Este es un hecho transversal y común a países, áreas urbanas, rurales, clases sociales, labores, trabajos, profesiones, género y etnias. Estas labores cotidianas no remuneradas, relacionadas con la salud, alimentación,

limpieza, orden, vestimenta, asistencia en general, acompañamiento, compras de productos necesarios para la cotidianeidad de las personas, etc. son realizadas "por alguien" y ese alguien, somos las mujeres. Previamente a la pandemia, esta cuestión fue ampliamente discutida en la literatura norte-occidental, inclusive existen reportes a partir del fin de la segunda guerra mundial (Espinel, 2020).

En el último siglo fueron sucediendo una serie de cambios culturales y demográficos entre los que se destacan el aumento de la esperanza de vida relacionado con la demanda de cuidados de personas mayores; la disminución de hogares de tipo hetero-tradicional (mujer ama de casa y varón proveedor) y el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, que impactan en la disminución de personas, particularmente mujeres disponibles para brindar cuidado (o una carga de tiempo extra para las que se disponen a brindarlos). A estos factores debemos añadir el continuo proceso de gentrificación y urbanización, que ha destruido las redes sociales y los diversos modelos de apoyo mutuo en los que por ejemplo, las personas mayores que vivían solas podían contar con les vecines que les proporcionaban diversas tareas de cuidados (Federici, 2015). El aspecto femenino del cuidado ha puesto durante muchos años el acento en los sentimientos y emociones en los que se enmarcan esos cuidados, destacando que se trata de tareas no asimilables al trabajo de producción de mercancías y de bienes mercantiles, habitualmente masculinos.

Esta normalización histórica y sistémica del trabajo doméstico y de cuidados asociada con las mujeres, se vio potenciada durante la COVID-19. Podríamos decir que se magnificó si incorporamos la mirada desde la problemática de los desastres (Narváez et al., 2009). De esta manera la COVID-19 representada un desastre global debido, entre otros aspectos, a la interrupción de la cotidianidad y sus niveles de operatividad normal (Fernández 2020). Vemos entonces cómo se entrelaza esta relación identitaria entre crisis, trabajo doméstico y de cuidados con las mujeres, enmarcados claramente en el sistema de dominación colonial, patriarcal y capitalista.

Esta monografía contribuirá a analizar de forma conjunta los escasos estudios que cuantifican el aporte de las mujeres en las tareas domésticas y de cuidados no remunerados a la economía de Argentina y cómo este sector vio incrementado los efectos perjudiciales de esta desigualdad durante la COVID-19 en Argentina.

El análisis en conjunto de esta información contribuirá a la visibilización de esta problemática y su reconocimiento como problema de salud complejo y multidimensional. De esta manera se pone en relieve la necesidad de políticas públicas con perspectiva de género no solo destinadas a mitigar las brechas de desigualdad post-pandemia sino a enfrentar de una forma sostenida la lucha por la igualdad de género.

Las tareas domésticas y de cuidados no remunerados, han sido poco visibilizadas. Parte de esta invisibilidad podría ser fundamentada en base a que estos servicios no suponen una retribución monetaria, o una contabilización de los tiempos invertidos, lo que torna difícil su cuantificación y la estimación de su aporte sobre el bienestar social. En Argentina, son escasas las estadísticas que permitan elaborar un diagnóstico de la situación actual y las realidades que atraviesan las mujeres afectadas por la pandemia. Un primer estado de la situación fue abordado por Bidaseca et al. (2020) en el marco de las acciones que realiza la "Unidad Coronavirus", consorcio de acción conjunta entre el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el CONICET junto al Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. El estudio tuvo por objetivo conocer de qué manera las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) afectan a mujeres y disidencias. Por su parte, la Dirección de Economía, Igualdad y Género del Ministerio de Economía de la Nación publicó recientemente un informe abordando el valor del trabajo no remunerado y de cuidado como sector económico estratégico. Para ello realizó una valoración de estas tareas y sus aportes al Producto Bruto Interno (PBI) argentino (Ministerio de Economía, 2020a y 2021).

El objetivo de esta monografía es analizar y reflexionar sobre algunos aspectos del rol de las mujeres en el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados durante la pandemia COVID-19 en Argentina. La información fue basada principalmente en los dos informes mencionados: i) uno que centra la mirada en el impacto la pandemia en clave feminista interseccional (Bidaseca et al. 2020) y otro ii) que se focaliza en el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, como un sector económico estratégico y que mide el aporte de esas tareas al PBI del país (Ministerio

de Economía de la República Argentina, 2020a y 2021). Otras referencias que están entre la bibliografía consultada, también sirvieron de apoyo para los análisis.

En este ensayo monográfico reflexiono acerca de preguntas tales como: ¿Qué significado tienen el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado?, ¿Quién asume los costos ese trabajo en Argentina? ¿Qué perfil y en qué situación se encuentran las personas que lo efectúan? ¿Cuánto representa el aporte de las mujeres que no reciben remuneración por su trabajo al Producto Interno Bruto del país?

Para deliberar acerca de la temática propuesta es necesario pensar en algunos conceptos que han ido evolucionando con el transcurso de las épocas. Esto nos permitirá entender de qué estamos hablando al referirnos a los aspectos claves de este ensayo monográfico.

¿De qué hablamos cuando hablamos de trabajo?

En su encuadre conceptual sobre trabajo remunerado y no remunerado el informe INDEC (2020), relaciona estas nociones con el uso del tiempo, y establece que: "el concepto de trabajo es una categoría histórica, construida en respuesta a necesidades de una época determinada y su significado ha ido variando a lo largo del tiempo. Este concepto ha estado históricamente vinculado casi exclusivamente a la realización de actividades productivas ligadas al mercado, pero en realidad el trabajo mercantil constituye solo una parte del trabajo productivo; desde hace ya varias décadas el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado se reconoce como un trabajo cuyo objetivo es proveer servicios para los miembros de la familia y de la comunidad". Sin embargo, podemos profundizar aún más en el concepto de "cuidados".

¿De qué hablamos cuando hablamos de cuidados?

La noción de cuidados viene siendo discutida desde hace décadas y aún continúa siendo conceptualmente controversial ya que aborda uno o varios aspectos empíricos. A continuación se detallan algunos conceptos de cuidados documentados en la bibliografía:

- "El cuidado es una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en

él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo que buscamos para entretejer una compleja red del sostenimiento de la vida" (Fisher y Tronto, 1990).

- "Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida" (Izquierdo, 2003).

- "Por cuidados podemos entender la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud. Presenta una doble dimensión: "material" corporal, e "inmaterial" afectiva" (Perez Orozco, 2006).

- "El «trabajo» de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa «encargarse de» las personas a las que se cuida" (Garcia Calvente y otras, 2004)

- "El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona" (Lagarde, 2003).

Y... ¿de qué hablamos cuando hablamos de trabajo doméstico y cuidados no remunerados?

El trabajo doméstico y de cuidados no remunerados es el trabajo que permite que las personas se alimenten, vean sus necesidades de cuidados satisfechas, cuenten con un espacio en condiciones de habitabilidad, reproduzcan en general sus actividades cotidianas y puedan participar en el mercado laboral, estudiar o disfrutar del ocio, entre otras (Ministerio de Economía, 2020a).

Valor económico del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados

Los recursos que las personas necesitan para vivir y satisfacer distintos tipos de necesidades se obtienen principalmente de su participación en el mercado laboral.

Por lo tanto las personas que están insertas en el mercado laboral, reciben una remuneración por su trabajo y esto representa un valor económico (Ministerio de Economía, 2020a).

El trabajo no remunerado cumple con un doble rol dentro del sistema económico. Por un lado, produce fuerza de trabajo materialmente, alimentándola y cuidándola, pero también simbólicamente, transmitiendo otros valores esenciales para desempeñarse en la sociedad. Por el otro, garantiza el bienestar efectivo de la población, mediando entre la adquisición de bienes y servicios y su consumo (por ejemplo, entre el acceso a bienes alimenticios y su consumo luego de ser preparados, servidos en una mesa familiar, en un ambiente limpio, etc.) (Rodríguez Enríquez, 2015). Por lo tanto, el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado emerge como una dimensión central del bienestar y del desarrollo humano (Esquivel et al. 2012) que produce valor. Al mismo tiempo, el concepto de economía del cuidado enfatiza en la contribución que dicho trabajo realiza al sistema económico.

En la Argentina, la organización social del cuidado depende principalmente del trabajo no remunerado que se realiza al interior de los hogares y recae, en mayor medida, sobre las mujeres. El hecho de que gran parte del trabajo de cuidado tenga lugar fuera de la esfera mercantil lo torna invisible para las mediciones estándar de la economía y refuerza su escasa valoración social (Bidaseca et al. 2020).

Cambio de rutinas durante la COVID-19 en Argentina

La COVID-19 provocó un cambio en las rutinas de toda la población. El 19 de marzo de 2020, el Gobierno Nacional estableció el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio – ASPO – (Decreto 297/2020) para contener la expansión del virus en todo el territorio nacional. En la fase más restrictiva del ASPO, la circulación estuvo limitada a trabajadores/as esenciales (personal de salud, seguridad y de comercios alimenticios, gasolineras y farmacias). Todo cambió drásticamente: fueron cerrados los lugares de trabajo, escuelas, espacios de esparcimiento, comercios no esenciales etc. Como consecuencia, las familias empezaron a enfrentar una carga extra trabajo doméstico y de cuidados no remunerado que, en los tiempos de la vieja normalidad, era menor en algunos casos o se distribuía de otra manera. En la pandemia, aumentaron las horas dedicadas a la limpieza, cocina y organización del hogar (el personal doméstico y de cuidados no fue considerado esencial), y

también las horas dedicadas a los cuidados de los/as niños/as y adolescentes, así como la asistencia a personas mayores. Esas tareas que se realizan de manera invisible, y al interior de los hogares, quedaron expuestas, dejando en evidencia las repercusiones de una nueva normalidad difícil de sostener en el tiempo sin transformaciones sustanciales.

Políticas públicas y perspectiva de género en Argentina

Según nos muestra Bidaseca et al. (2020) las mujeres argentinas enfrentan mayores niveles de desempleo y de precarización laboral que los varones. La brecha de ingresos es de 27,7% y aumenta cuando se trata de trabajos informales, alcanzando el 36,8%. Estas diferencias se ven reforzadas por una distribución asimétrica del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado donde las mujeres dedican 3 veces más de tiempo a estas labores que los varones. A su vez, 9 de cada 10 mujeres realiza estas tareas y las jornadas de trabajo no pago se extienden en promedio 6,4 horas diarias. Esta segunda jornada que se realiza en los hogares, es un factor relevante a la hora de explicar por qué las mujeres tienen mayores niveles de precarización laboral y desempleo. Ante la pandemia COVID19, y frente al cierre de escuelas y espacios de cuidado, estas tareas se volvieron un factor más relevante aún en los hogares, aumentando las horas necesarias para cubrirlas.

Y... ¿de qué aportes hablamos cuando hablamos de mujeres, trabajo doméstico y cuidados no remunerados?

La lucha continua de las mujeres en el ámbito nacional e internacional permitió la visibilización de las desigualdades que provoca el sistema patriarcal y capitalista. En Argentina, durante el período neoliberal que gobernó entre 2015-2019 las desigualdades se acentuaron. Ingresamos en la pandemia con la economía del país destruida y una deuda externa que representaba a fines de 2019 el 90,2% del Producto Bruto Interno, según la estimación oficial, el máximo valor desde 2004 (Ministerio de Economía, 2020b). Es decir, la Argentina debe casi el 90% de lo que produce durante un año. Entre múltiples factores previamente a la pandemia, la crisis económica movilizó a la sociedad favoreciendo la reorganización de los movimientos sociales, entre ellos los movimientos feministas. Paralelamente, hubo un cambio de gobierno con un modelo de país diferente al neoliberal que colocó la cuestión de género en el corazón de su gestión, otorgándole un espacio

importantísimo en la sociedad, consiguiendo uno de los logros más destacados, la aprobación histórica de la Ley de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (Ley N° 27.610/2021). Otro logro destacable fue la creación del Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad constituido 100% por mujeres. El gobierno actual presenta el 37,5% del total de sus cargos más altos ocupados por mujeres, mientras que en la gestión anterior representaban un 23,1%. Como fruto de un entramado complejo estos aportes comenzaron a dar luz sobre aspectos naturalizados durante décadas, como por ejemplo la brecha salarial entre mujeres y varones, techo de cristal para las mujeres en ámbitos diversos, poca presencia de mujeres en puestos de poder en trabajos, sindicatos, organizaciones, ámbito académico-científico, entre otros.
Esta desigualdad se mantiene cuando hablamos del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, donde la distribución también es estructuralmente desigual: 9 de cada 10 mujeres realizan estas tareas, que significan en promedio 6,4 horas diarias. Ellas dedican tres veces más tiempo que los varones.

Un estudio sobre el diagnóstico de la situación de las mujeres rurales y urbanas, y disidencias en el contexto de COVID-19 realizado durante 2020, se enfocó en observar la situación de las mujeres vulnerables o en situación de vulnerabilidad y precariedad en Argentina (Bidaseca et al. 2020). El estudio abarcó un universo de 2.274 mujeres cis y trans/travestis, que residían en su mayoría en las zonas de contagio del COVID-19 ya sea en el AMBA- Área Metropolitana de Buenos Aires (68,2%), en las provincias de Chaco (7,4%) y Córdoba (7%). El estudio expuso la crisis de cuidados durante el confinamiento. Las mujeres urbanas en relación a su estado de ánimo se sintieron preocupadas (44,6%) y sobrecargadas de tareas (31,7%). Resultó significativo el porcentaje de las mujeres urbanas que son jefas de hogar (55,1%), responsables en su mayor parte (84,1%) de los trabajos domésticos y de cuidados. Según la percepción de la gran mayoría de las mismas (82%), aumentó el trabajo doméstico y de cuidados durante el ASPO. En relación a la co-participación en el reparto de las tareas la mayoría respondió que alguien más de la familia las comparte con ellas. De estas personas, en el 76,6% de los casos se trata del compañere y en el 27,1% de les hijes. El 54,8% respondieron que, entre todas las personas de la familia que son co-responsables, las mujeres son las que trabajan más. La situación actual empeoró entre las mujeres infectadas directamente o indirectamente por Sars-Cov-2 (10,8%) y que son responsables del cuidado de alguien perteneciente al grupo de población en riesgo o bien están al cargo de adultos/as mayores dependiente (34,4%). La sobrecarga de trabajo – doméstico, de

cuidados y educativos – se expresó de forma significativa en la vida de las mujeres: por ejemplo, en un 92,6% se encargaron de acompañar las actividades escolares de sus hijes en el período del ASPO.

Por su parte el informe elaborado por el Ministerio de Economía (2020a y 2021) reveló que el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados asciende al 15,9% del PIB y representa el sector más grande de toda la economía argentina, seguido de la industria (13,2%) y el comercio (13%). El mismo indica que si se remunerara la gran cantidad de labores domésticas que se realizan a diario en los hogares argentinos, el sector aportaría 67.438 millones de dólares al PIB. Sin embargo, el trabajo no se distribuye por igual. El informe constató que el 75,7% de las tareas son realizadas por mujeres, que realizan 96 millones de horas de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. El informe también analizó cómo creció la importancia del sector dentro del PBI durante la pandemia: mientras muchos sectores productivos disminuyeron la actividad, el trabajo de cuidados aumentó al 21,8% del PBI y aumentó 5,9 puntos porcentuales sobre la medición prepandémica. Colocando estos resultados en un contexto regional podemos ver que en Colombia el aporte de las mujeres involucradas en estas tareas representa el 20,4% del PBI. En comparación, las mujeres de Guatemala aportan el 18,8% mientras que en Costa Rica un 15,7%, Ecuador 15,2%, México 24,2%, Perú 20,4% y Uruguay 22,9%. Sin embargo hay que tener mucha cautela con estas cifras, ya que existen ciertas diferencias metodológicas con respecto al valor de mercado estimado. En Colombia, el cálculo se realiza mediante el método especializado, que asigna a cada tarea un valor salarial por hora equivalente al de un trabajador remunerado de un sector similar. En Guatemala se utiliza el método generalista, que asigna el mismo ingreso por hora a todas las tareas (generalmente vinculado a las tarifas por hora del servicio doméstico). En el resto de los países mencionados utilizan métodos híbridos que combinan ambas fórmulas. Para la información de Argentina se utilizó el método generalista con los salarios del servicio doméstico, que en este país son los ingresos más bajos antes mencionados, metodología conservadora que establece un parámetro de valor mínimo.

Más allá de los aspectos metodológicos, no hay lugar a las especulaciones: del análisis realizado se desprende claramente que el trabajo no remunerado y de

cuidados realizado por las mujeres representa el pilar fundamental y el soporte de la economía en Argentina y en muchos países de América Latina.

Al inicio de esta monografía, se proponía reflexionar acerca de cuestionamientos tales como: ¿Qué significado tienen el trabajo no remunerado y de cuidados?, ¿Quién asume los costos del trabajo no remunerado y de cuidados en Argentina? ¿Qué perfil y en qué situación se encuentran las personas que lo efectúan? ¿Cuánto representa el aporte de las mujeres que no reciben remuneración por su trabajo al Producto Interno Bruto del país?

El análisis realizado permitió comprender que si bien hay controversias sobre los conceptos del *valor* con el que se estima el trabajo remunerado, no remunerado y de cuidados y de la metodología con cual sean estimados, hay una coincidencia absoluta en que todos pueden ser cuantificados. Al hablarse de ello, se visibiliza, y al hacerlo no sólo podemos estimar el peso absoluto que representa ese valor por sí solo, sino quiénes lo realizan y qué aporta a la economía del país.

La economía del cuidado adquirió una importancia sin precedentes durante el aislamiento social preventivo y obligatorio. El ejercicio de ponerle un valor al trabajo no remunerado y de cuidado, muestra que es la principal actividad económica en el país. Además, el efecto de la pandemia COVID-19 transformó la composición sectorial del PBI, de modo que el peso del trabajo no remunerado y de cuidados aumentó entre 5,9 y 7,1 con respecto al escenario anterior, sin pandemia.

El hecho de dedicar más tiempo al trabajo doméstico y de cuidados no remunerados influye directamente en la menor participación de las mujeres en el mercado laboral. A su vez, esto incide en que tengan trabajos precarios con mayor desprotección social impactando en la salud (muchas veces no tienen acceso a una obra social) y posteriormente a medida que el tiempo avanza, dificultades para acceder a una jubilación por no haber cumplido con los aportes establecidos por ley. Las mujeres en general (sin analizar por franja etaria) tienen menos posibilidades de empleo, menores salarios y como consecuencia sufren mayores desigualdades que los

hombres. Por lo tanto es fundamental entender que el trabajo no remunerado influye de manera directa sobre las condiciones del trabajo remunerado.

El aumento del peso del trabajo no remunerado y de cuidados reprodujo una lógica de desigualdad. En la situación previa a la pandemia, la llamada "crisis de los cuidados" ya era de gravedad. Los cambios en esta situación producto de la pandemia refuerzan la necesidad de atender de manera urgente las distintas dimensiones que se ven afectadas, como condición para permitir la inserción laboral de las mujeres y cerrar brechas de desigualdad.

Es evidente que la información es escasa y recién comienza a ser generada, visibilizada, discutida y puesta sobre escena. Los temas aquí analizados aportan elementos a esa discusión. Como nos muestra la teoría feminista de los cuidados, el trabajo no remunerado sostiene al trabajo remunerado, dándole así soporte al sistema patriarcal y capitalista. Queda claro que el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados es la punta del iceberg de un sistema complejo y multidimensional que se retroalimenta. Como propone Bidaseca et al. (2020) "la división sexual desigual del trabajo, la violencia contra las mujeres, y el racismo son cuestiones fundamentales para ser complejizadas como condición para superar una vida de opresión y desigualdades".

Referencias bibliográficas

Basile, G. (2020). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. Ciência & Saúde Coletiva 25(9):3557-3562.

Batthyány, K. (2020). La pandemia evidencia y potencia la crisis de los cuidados. Observatorio Social "Pensar la Pandemia" CLACSO.

Bidaseca, K.; Guimarães Costa, M; Brighenti, M. Ruggero, S. (2020). Diagnóstico de la situación de las mujeres rurales y urbanas, y disidencias en el contexto de COVID-19. Resumen Ejecutivo. Unidad de Coronavirus. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad; CONICET y Ministerio de Ciencia, Técnica e Innovación. https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/resumen_ejecutivo_mujeres_y_covid_-_mincyt-conicet_-_mingen.pdf

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Revista Salud Colectiva. 6(1):83-101.

Espinel, M. (2020) Geografía política de los cuidados (O por qué la pandemia del coronavirus confinó

a buena parte del Norte global). Geopolítica(s). 11: 127-140.

Federici, S. (2015). Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo. Nuso 256.

Fernández, A.G. (2020). CLASE - "Desastres y Género" (FLACSO Uruguay).

Fisher, F. y Tronto, J. (1990). "Towards a feminist theory of caring", Circles of Care Work and Identity in Women's Lives, Emily Abel y Margaret Nelson (eds.), Albany, State University of New York Press.

García-Calvente, M. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad, Gaceta Sanitaria 18: supl.1. *Ana Laura Carbajal de la Fuente - Trabajo Final Obligatorio Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria – CLACSO 2021*

11

¿Quién cuida a lxs que cuidan? Reflexiones acerca del trabajo en el sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires en contexto de emergencia socio sanitaria

| Débora Markel

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo visibilizar y reflexionar acerca de los impactos en los procesos de salud-enfermedad de lxs trabajadorxs[1] de los hospitales y centros de salud comunitarios del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina) en el contexto de emergencia socio sanitaria originada (¿o profundizada?) por la epidemia[2] del SARS-CoV-2 (Covid-19). También se busca analizar las medidas de cuidado tomadas por las autoridades del Ministerio de Salud municipal, organizaciones gremiales y por los propios equipos de salud. No se ha realizado un estudio pormenorizado, son observaciones en base a la experiencia, conversaciones con colegas de diversos efectores y participaciones en encuentros y jornadas de salud que han permitido escribir algunas notas provisorias.

Se han punteado reflexiones preliminares como nuevos y variados interrogantes dado que este contexto es novedoso para todxs y demandará discusiones metodológicas, teóricas y ético-políticas, que a su vez implicarán grandes desafíos para lxs trabajadorxs de la salud repensar(se) y llevar adelante estrategias transformadoras. La propuesta es plasmar aproximaciones e inquietudes que fueron pensadas en soledad y que probablemente algunas de ellas sean colectivas, reconociendo que debemos crear colectiva y sensiblemente, siempre junto y con otrxs.

¿Por qué hablar del Trabajo y la Salud de lxs trabajadorxs de salud?

La salud de lxs trabajadorxs nunca ha sido un tema de preocupación central para las instituciones públicas o privadas; las investigaciones que vinculan trabajo y salud han surgido de la propia motivación y organización de lxs trabajadorxs (Betancourt, 1994). A partir de la década de los ‘80 en Latinoamérica se registró un aumento

1 A lo largo del artículo se utilizará la “x” en los casos en los que se designe a lxs sujetxs como una forma de problematizar la perspectiva binaria de los géneros, como así también el uso universal del género masculino al referirse a las personas en plural.

2 En adelante se utilizará la noción de epidemia y no la de pandemia, aunque ésta es la que se encuentra extensamente utilizada -sobre todo en los medios de comunicación- dado que es una categoría totalizante. Cabe mencionar que las realidades de las regiones, países y territorios distan de ser homogéneas, por lo que no pueden ser analizadas como tal; por ello se propone el uso de epidemia, que permite visibilizar la heterogeneidad y las particularidades de cada uno.

en el interés por esta temática, tanto en la academia como en los sindicatos y se llevaron adelante numerosas investigaciones (Laurell, 1993).

En relación a experiencias anteriores, según un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el gremio CICOP y la Universidad de Lanús (2013) en la Argentina y especialmente en la provincia de Buenos Aires hay pocos estudios que contemplen de manera conjunta las categorías de trabajo, empleo y condiciones de salud y ninguno ha centrado su análisis en hospitales de gestión pública provincial.

Es preciso debatir acerca de las condiciones de trabajo en los efectores de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (G.C.B.A.): la duración e intensidad de la jornada laboral; el tipo de contratación; los sueldos y el alto porcentaje que no es remunerativo; las paritarias (o la falta de ellas); las desigualdades de género y entre la profesión de medicina y otras profesiones en el acceso a cargos de jefaturas; la nueva carrera profesional (que deja afuera a Licenciadxs y Técnicxs en Enfermería, Instrumentación Quirúrgica y Bio-imágenes)[3]; los recursos con los que se cuenta para trabajar; las instalaciones y el equipamiento, entre otras. La forma en que esto se organiza puede generar diferentes padecimientos o malestares en lxs trabajadorxs, lo que a su vez inevitablemente producirá cambios en las tareas laborales y las formas en que se llevan adelante.

En cuanto a estudios relativos al impacto de trabajar en este contexto de emergencia socio sanitaria en la salud de lxs profesionales de salud, se ha encontrado el de Ricci Cabello y otros (2020), en el que investigadorxs procedentes de Europa y Australia analizaron el impacto en la salud mental en trabajadorxs sanitarixs al frente de brotes virales epidémicos (tanto el actual como anteriores). En cuanto a experiencias internacionales que incluyen a la Argentina, se llevó adelante un estudio por RASIC (Red Argentina de Salud Integral y Cuidados), en colaboración con países de Latinoamérica y El Caribe, Europa y países vecinos, Medio Oriente y África, como en Asia y Oceanía (2020), analizaron el impacto de la pandemia en la salud mental del personal de salud.

3 Ley Nº 6025 Profesionales de la Salud – Empleo Público C.A.B.A., Noviembre 2018 https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PL-LEY-LCABA-LCBA-6035-18-5508.pdf

Como antecedente exclusivamente nacional se identifican las siguientes investigaciones: Dangelo y otros (2020), estudian la percepción del impacto del aislamiento social en profesionales de psicología en la provincia de Córdoba; informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en conjunto con ONU Mujeres (2020) sobre Covid-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina; encuesta de Asociación de Psiquiatras Argentina (2020) y de Asociación de Profesionales de Servicio Social (2020) sobre las condiciones de trabajo en los servicios de salud mental de los hospitales generales y monovalentes del sector público, por nombrar algunas.

El 12 de Marzo del 2020, mediante Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020, el Presidente Alberto Fernández declara la emergencia sanitaria por un año y establece el ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) en todo el país. Esto trajo, entre numerosas consecuencias, grandes cambios en la población y puntualmente en los efectores de salud en términos de cantidad y complejidad de atención en los servicios ambulatorios y de internación. A este panorama "*se le suma la situación de vulnerabilidad estructural previa a la pandemia, como la baja remuneración, el pluriempleo, el deterioro de las instalaciones físicas y el equipamiento, o la heterogeneidad entre los diferentes subsectores que componen el sistema de salud.*" (RASIC, 2020)

Aunque todavía es muy pronto para reconocer las diversas maneras en que este contexto está impactando en la salud de lxs trabajadorxs, es posible realizar algunas aproximaciones iniciales. Se considera primordial reconocer las formas en que estos cambios afectaron y continúan haciéndolo a los procesos de salud-enfermedad de lxs trabajadorxs de salud, ya que son quienes se han ocupado de la creciente demanda en pos de brindar respuestas lo más integrales posibles a lxs usuarixs. Asimismo, resulta fundamental promover investigaciones que identifiquen los efectos que probablemente se seguirán observando en los próximos meses e incluso años. Estas investigaciones deberán partir desde una epidemiología crítica latinoamericana, buscando comprender la relación "trabajo-salud" en su integralidad y complejidad (Laurell, 2013) y, sobre todo, pensar y llevar adelante propuestas concretas y transformadoras.

En conjunto a los impactos, resulta esencial indagar acerca de las medidas de autocuidado y cuidado colectivo que llevaron adelante lxs mismxs trabajadorxs como así también las respuestas por parte de los gremios y el Ministerio de Salud del

G.C.B.A. para garantizarlo. Esto permitirá reconocer y problematizar las diferentes nociones acerca del cuidado que poseen lxs trabajadorxs y las instituciones mencionadas y sus responsables.

En resumen, reflexionar sobre estos aspectos se torna relevante en tanto permite su identificación y problematización, puede motivar investigaciones críticas y acciones colectivas que logren su visibilización y transformación en las instituciones. A su vez, puede favorecer su incorporación en la agenda pública y política a nivel nacional, regional y/o internacional, lo que habilitaría la toma de decisiones en asuntos de salud pública que contemplen la importancia del cuidado de lxs trabajadorxs de salud, desde el paradigma de la Medicina Social/Salud Colectiva.[4]

Latinoamérica y El Caribe: reformas neoliberales en Salud en los Siglos XX y XXI

"*Recurrir a la historia no sólo es útil, en la medida en que la historia proporciona una especie de contexto, sino también esencial para comprender el presente. El presente no es únicamente lo contemporáneo, el presente es un efecto heredado, es el resultado de toda una serie de transformaciones que es preciso reconstruir para poder captar lo que hay de inédito en la actualidad.*" (Castel, 2001) En pos de comprender nuestro presente regional, se realizará un breve recorrido histórico sobre las reformas realizadas en el campo de la Salud en los siglos XX y XXI en Latinoamérica y El Caribe. No es sencillo definir una fecha de comienzo para un análisis histórico (Castel, 2001); en esta ocasión se tomará el recorte realizado por Oscar Feo Isturiz (2020), quien distingue algunas décadas e hitos como relevantes.

- Años '20/'30: la Fundación Rockefeller financia la creación de Ministerios en Latinoamérica como así también el origen de varias escuelas de Salud Pública. En esta época se observa como el filantro-capitalismo fortalece al Estado, el capital precisa trabajadorxs sanxs para ser explotadxs y consumidorxs saludables para que consumr productos y servicios.
- Años '40: la OIT recorre la región promoviendo la creación de los institutos de seguridad o seguro social, lo que conlleva a la fragmentación del sistema de

4 La Medicina Social surge en la década de los '60 en Latinoamérica, paradigma desde el que se piensa a la Salud como un proceso complejo con dimensiones históricas, sociales, culturales, ambientales, económicas, políticas y biológicas; proceso que se produce dentro y con la sociedad.

salud. Se divide la atención: el Ministerio de Salud se ocupa de la población general y los seguros de lxs trabajadorxs.

- Años ‘50/’70: entre las consecuencias del fin de la Segunda Guerra Mundial, se puede identificar el origen y desarrollo de los Estados de Bienestar. Buscando contener al movimiento obrero y neutralizar cualquier intento de revolución socialista, se tomaron medidas de protección para lxs trabajadorxs a partir de las ideas de Otto von Bismarck.

- Años ‘70/’80: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fueron lideradas por grupos progresistas (Juan César García y María Isabel Rodríguez por ej). Surgen críticas al Modelo Médico Hegemónico (MMH) desde miradas teórico-ideológicas; no todas lo pensaron como una crisis estructural, algunas plantearon respuestas con una modificación del MMH apuntando a la prevención y la Atención Primaria de la Salud (APS). Se lleva adelante la Conferencia Internacional sobre APS en Alma Ata en 1978.

- Años ‘80/’90: fin de la Guerra Fría, algunxs autorxs lo nombran como “el fin de la historia”. Se implementan programas de ajuste estructural originados en el Consenso de Washington y promovidos por el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Fueron medidas de corte neoliberal desarrolladas supuestamente sólo para que países socialistas se reincorporaran al mercado; no obstante, resultaron ser para todos. Se realizan reformas en la totalidad del Estado, caracterizadas por ajuste, privatización, focalización y descentralización de responsabilidades.

- Años ‘2000 en adelante: se evidencia el fracaso de las reformas realizadas y se produce una segunda ola de reformas que, a diferencia de las anteriores, no expone abiertamente sus intenciones. Sus promulgadores buscaron camuflarlas y disfrazarlas, de manera tal de ocultar la verdadera decisión de privatizar los sistemas públicos de salud. Vaciando de contenido político conceptos como equidad, género, derechos, participación etc., privatizan en nombre de la universalidad y el derecho a la salud. Se llevan adelante asociaciones público-privadas, aseguramientos y las llamadas “coberturas universales”. En éstas, el Estado sólo se ocupa de la atención mínima a los pobres y paga por variados servicios; el ámbito privado los presta y administra, colocando la salud en el mercado.

Mientras tanto en la Argentina...

Se tomarán los desarrollos de Mario Rovere y Laura Sacchetti (2011) y Daniel Godoy (2020) para realizar un análisis sobre los orígenes y reformas del sistema de salud en el país.

- Siglo XIX: con los objetivos de control y atención de las enfermedades, se crean los primeros hospitales, dispensarios y asilos en todo el país. Se atiende a la población más pobre desde una mirada higienista, en pos de evitar la propagación de enfermedades y, sobre todo, de epidemias. La salud estaba asociada a la responsabilidad individual y a la caridad.

- Siglo XX: con la llegada masiva de inmigrantes europexs desde mediados del siglo pasado, se fundan las Mutuales y las Sociedades de Socorro Mutuos, donde las personas se agrupan por tipo de oficio y/o lugar de procedencia. Se constituyen formas solidarias de organización para cuidados de salud y protección social más vinculadas al desempleo, enfermedad y muerte.

- Años '40: en 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública, a cargo del Dr. Ramón Carrillo y en 1949 se transforma en Ministerio. Bajo su dirección, se plantea que la salud es un derecho y como tal, debe ser asegurada por el Estado. En estos años se construyen numerosos policlínicos, llevando la disponibilidad de camas a casi 140.000 en todo el país; se duplica la dotación de profesionales de medicina y triplica la de enfermería. Estas acciones se desarrollan en una coyuntura en la que el Estado intervino en relación a los derechos sociales y a la redistribución de la riqueza.

- Años '50: en 1955 la dictadura cívico-eclesiástico-militar pone fin al Peronismo de manera cruenta, los militares derogan la Constitución del '49 que había incorporado los derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud. Dos años después la comisión asesora de la OPS presenta un informe donde acordaba con el Gobierno Nacional acerca de las medidas de descentralización y privatización en salud.

- Años '60/70: los servicios de salud nacionales son transferidos a las provincias mientras se suceden gobiernos militares y con los gobiernos democráticos son devueltos al ámbito nacional. Estos cambios producen incertidumbre y

desorganización en los servicios asistenciales. Se crean las Escuelas de Salud Pública con el objetivo de formar profesionales en ramas técnicas.

- 1983: con la llegada de la democracia, el gobierno de Raúl Alfonsín busca crear un Seguro Nacional de Salud, cuya instancia tuvo grandes resistencias por los gremios que perdían poder y manejo de los fondos de obras sociales.

- 1988: programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de Salud), experiencia de sólo cuatro meses, pero sumamente importante de la mano del entonces ministro de salud de la provincia de Buenos Aires Dr. Floreal Ferrara. Desde una mirada sanitarista busca fortalecer la APS mediante un dispositivo en el trabajasen de manera conjunta equipos interdisciplinarios y la propia comunidad. Las familias discuten y resuelven los problemas de salud en asambleas, manejando directamente el presupuesto sanitario.

- Años '90: BM y BID impulsan reformas neoliberales buscando minimizar la presencia del Estado en todos los ámbitos: educación, salud, seguridad social, transporte, vivienda, etc. En lo que respecta a políticas sanitarias, se llevan a cabo medidas de descentralización, privatización, programas focalizados, autogestión hospitalaria y recortes presupuestarios. En 1996 se aprueba la creación del Programa Médico Obligatorio (PMO), un conjunto mínimo de prestaciones de salud a las que tienen derecho las personas que poseen como cobertura la seguridad social o empresas de medicina prepaga, restringiendo la salud a una canasta de prestaciones básica y obligatoria que debe ser brindado.

- Años '2000: se implementan programas focalizados y paquetes básicos destinados a la población designada como vulnerable; como el Plan Nacer, que aún dentro de lxs vulnerables, sólo atiende la población materno-infantil hasta 5 años, brindando un paquete básico de prestaciones. Posteriormente cambia su nombre por Programa SUMAR, proponiendo una ampliación de hasta 64 años de edad. Incluso por un período de tiempo el Ministerio de Salud Nacional pasó a ser Secretaría con todo lo que ello conlleva en términos de autonomía presupuestaria y políticas públicas implementadas.

- 2016: el presidente Mauricio Macri, mediante Decreto de Necesidad y Urgencia[5], crea la Cobertura Universal de Salud (CUS), evitando su debate y tratamiento por el Congreso, organizaciones de trabajadorxs y/o usuarixs. La CUS es un seguro individual destinado a la población sin cobertura de salud y con documento nacional de identidad, mediante el cual el Estado provee una canasta acotada de prestaciones, que pueden ser realizadas por el sector público o privado. Se niega la atención a población migrante o indocumentada -o brindándoles de manera diferenciada- y para aquellas prestaciones por fuera de lo básico, se deberá pagar a precio de mercado de manera privada o realizar diversos trámites burocráticos para justificar la eximición y demostrar "certificado de pobreza".

Actualmente el sistema de salud argentino está dividido en tres subsectores:[6]

1. Público, involucra responsabilidad a nivel nacional, provincial y municipal. El Ministerio de Salud de Nación se encarga de la función de rectoría y de varios organismos. Las provincias concentran la atención ambulatoria e internación en hospitales de alta, media y baja complejidad, mientras que los municipios concentran efectores de APS e internación de baja y media complejidad. Entre todos atienden al 37% de la población que no dispone de obra social o cobertura privada.

2. Seguridad social, existen obras sociales de régimen nacional y provincial, alcanzando una cobertura del 47%. Prestan servicios a: trabajadorxs en relación de dependencia y sus familiares directxs, monotributistas, jubiladxs y pensionadxs, titulares de seguro de desempleo, personal de casas particulares y otrxs usuarixs de programas especiales.

3. Privado, otorga servicios a personas y familias que pagan por consultas o estudios específicos de manera privada o abonan cuotas mensuales de un plan de salud (pre-pago), dando cobertura a casi el 16% de la población del país.

5 http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/264047/norma.htm
6 Se tomaron datos estadísticos del último Censo realizado en el 2010, https://www.indec.gob.ar

Cuadro 1: Tipo de cobertura de salud según sexo

Sexo	Población en viviendas particulares	Tipo de cobertura de salud				No tiene obra social, prepaga o plan estatal
		Obra Social (incluye PAMI)	Prepaga a través de obra social	Prepaga sólo por contratación voluntaria	Programas y planes estatales de salud	
Mujeres	20.394.914	9.824.604	2.099.744	1.044.220	395.663	7.030.683
Varones	19.276.217	8.586.360	2.093.083	985.496	327.279	7.283.999
Total	**39.671.131**	**18.410.964**	**4.192.827**	**2.029.716**	**722.942**	**14.314.682**

Fuente: https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135

En cuanto a las reformas neoliberales realizadas, las consecuencias no se hicieron esperar y al igual que en la región de Latinoamérica y El Caribe, se observaron numerosos efectos del avance del mercado sobre la salud pública y ello no ocasionó una mejora en la calidad ni en la cobertura. La Argentina se caracteriza por contar con una "*profunda heterogeneidad que expresa las desigualdades existentes entre diferentes provincias como entre municipios y al interior de estos, ya sea en los perfiles epidemiológicos, el acceso a la atención, la cobertura prestacional, los marcos de regulación, las capacidades institucionales y/o el nivel de gasto.*" (Spinelli, 2010) Se produjo una concentración de la riqueza al tiempo que la pobreza aumentó considerablemente -sobre todo la pobreza estructural y surgieron lxs llamadxs "nuevxs pobres"; el Estado y lo público se debilitó; se vieron deterioradas la calidad de vida y salud de la población como así también del medio ambiente, apareciendo nuevas y variadas epidemias, incluyendo la que en este momento estamos atravesando por la Covid-19.

En paralelo resulta significativo destacar la organización popular y numerosas resistencias que se produjeron en la región. Puntualmente en la Argentina se originaron y fortalecieron organizaciones político, gremiales y sociales que abogan por un sistema de salud público, integral, gratuito, universal y de calidad. Entre ellas, cabe resaltar el Movimiento por el Derecho a la Salud, un colectivo de organizaciones del ámbito de salud y Derechos Humanos, sociales y gremiales de varias provincias. El colectivo ha desarrollado diversas iniciativas en defensa de

la salud pública para todxs. Entre lo realizado, llevaron adelante movilizaciones al Ministerio de Salud de Nación y marchas en otras provincias; campañas de sensibilización destinadas a toda la población para advertir el engaño que supone la CUS; capacitaciones para trabajadorxs sobre la CUS; encuentros y congresos de Salud abiertos a toda la comunidad; acuerdo multisectorial "15 puntos por el Derecho a la Salud en Argentina" que entregó una delegación en la Cámara de Diputados en Noviembre del 2019.[7]

Proceso de Trabajo en efectores de salud

*"El proceso de trabajo es uno de los determinantes principales del proceso salud-enfermedad de las colectividades humanas. Esta proposición se fundamenta, por una parte, en el reconocimiento de la historicidad o carácter social de la salud-enfermedad y, por la otra, en la recuperación del trabajo como un proceso social y técnico complejo". (*Laurell, 2013) El trabajo en salud demanda un involucramiento de tipo afectivo, corporal e ideológico en el proceso de trabajo (OPS, 2012). Se tomarán las categorías de Aloe y otros (2017) para analizar el proceso de trabajo en las instituciones de salud, que incluye: cómo y con qué se trabaja, quién ejerce el control en el proceso y cuál es el producto.

- ¿Cómo se trabaja? incluye la diversidad de tareas que se realizan y los ritmos del trabajo; en ocasiones se realizan tareas en simultáneo y no existen cortes en el proceso de trabajo, incluso las instancias de descanso son invadidas por la tarea. "*¿Cómo poner límites? Ponerlos provoca sufrimiento, no ponerlos también*" (Aloe y otros, 2017).

- ¿Con qué se trabaja? la principal herramienta de trabajo para el personal de salud es la palabra (Spinelli, 2014). Además, se trabaja con equipamientos e insumos, el sector de salud ha sufrido recortes presupuestarios que se expresan en los deterioros edilicios de los hospitales y centros de salud, faltantes en recursos humanos e insumos y deficiencias en equipamientos, que faltan o han quedado obsoletos.

7 Disponible en https://www.facebook.com/elmovimientoporelderechoalasalud

- ¿Quién ejerce el control en el proceso de trabajo? los hospitales cuentan con una estructura verticalista caracterizada por jefaturas de servicios y departamentos, lo que limita la autonomía de lxs trabajadorxs. En cambio, en los centros de salud se observan más espacios de participación de lxs trabajadorxs que debaten y deciden con mayor independencia.

- ¿Cuál es el producto? no es posible predecir el trabajo en salud porque muchas veces es intangible, no se puede identificar qué se va a producir, cuánto se va a producir, ni cuánto se va a gastar en esa producción. Producción y consumo en salud suceden en simultáneo (Spinelli, 2014).

En síntesis, el proceso de trabajo incluye ritmos, tiempos, vínculos con otrxs (jefxs, usuarixs, familiares), exigencias psicofísicas, cognitivas y emocionales, etc.- y constituye "*el modo particular en que se trabaja para obtener un producto o brindar un servicio. Es asimismo una relación social: del hecho de que podamos o no participar en las decisiones, dependerá en gran medida nuestra salud*" (Aloe y otros, 2017).

Nuevos contextos, diversos impactos en lxs trabajadorxs

Previamente al aislamiento físico, preventivo y obligatorio, derivado de la epidemia Covid-19, el sistema de salud en la Argentina había sufrido numerosas reformas neoliberales, tal como se mencionó anteriormente y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.) no fue una excepción. La situación del sector de salud en la Ciudad es crítica, y los problemas ya existentes se han evidenciado y potenciado en este último año, entre ellos: falta de insumos y de personal; proyecto 5x1-Complejo Hospitalario Sur[8]; nuevo proyecto 5x1[9]; recorte presupuestario; deterioro edilicio y de equipamiento; sobrecarga laboral; extensión de la jornada de trabajo; salarios

8 En el 2018 el G.C.B.A. presentó un proyecto para unificar cuatro hospitales públicos en un mismo predio en el Htal de Infecciones F. J. Muñiz. Los cuatro hospitales (Htal. de Gastroenterología B. Udaondo, Htal. de Rehabilitación Respiratoria M. Ferrer, Htal. de Oncología M. Curie y el Instituto de Rehabilitación Psicofísica) serían trasladados al Muñiz en el nuevo "Complejo Hospitalario Sur", y vendiendo sus terrenos millonarios para solventar los gastos del nuevo complejo. Esta propuesta tuvo un importante rechazo por parte de lxs trabajadorxs de salud que llevaron adelante numerosas movilizaciones.

9 En el 2020 el G.C.B.A., excusándose en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que prevé el cierre definitivo de los hospitales monovalentes en el año 2020, pretende unificar los tres hospitales de salud mental (B. Moyano y T. Borda atienden personas mayores de 18 años, Tobar García, niñxs y adolescentes) con el Udaondo y el Ferrer.

bajos; deficiencias en los recursos tecnológicos (falta de teléfonos, computadoras, impresoras, scanners y servicio de internet), entre otros.

El trabajo puede ser una fuente de realización personal o bien origen de problemas de salud (Aloe y otros, 2017). En el 2012 la OPS y la OMS publicaron un estudio sobre cómo son percibidas las condiciones de trabajo por lxs trabajadorxs de salud en varios países de la región, entre ellos Argentina. Aún cuando su análisis abarca a trabajadorxs de todo el país y sólo nombra profesionales de medicina y enfermería, excluyendo al resto del equipo de salud, es interesante destacar lo siguiente:

- 39% del personal médico y de enfermería considera que sus condiciones de trabajo son regulares, 26% las percibe como malas o muy malas.

- 70% de enfermerxs y 72% de médicxs piensan que se enfrentan de manera frecuente o muy frecuente a tareas con elevada carga emocional.

- 78% de profesionales de medicina y 60% de enfermería reconoce haber sufrido situaciones de violencia (por parte de usuarixs, familiares, jefxs o compañerxs de trabajo)

- 57% enfermerxs y 54% medicxs siente afectada su salud por las condiciones laborales.

- 55% de profesionales de enfermería y 59% de medicina con índice de "burnout" (traducido al español como fundido o quemado)

Cuadro 2: Principales riesgos señalados por personal de Enfermería y Medicina

	Auto administradas		Argent.
Riesgos de carácter biológico	Manejo de resíduos patogénicos		60%
	HIV/Hepatitis B		72%
Riesgos Ambientales	Físicos	Ruidos	39%
		Temperatura ambiente	39%
		Ventilación	40%
	Químicos	Polvos	-
	Mecánicos	Diseño ergonómico deficiente	-
		Diseño ambiental	38%
		Salidas de emergencia/ evacuación	52%
Riesgos Psicosociales	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados		46%
	Intensidad de trabajo por ausencias de personal		62%
	Falta de herramental adecuado para la atención		66%
	Limitaciones de espacio		53%
	Mala organización del trabajo		40%
	Jornadas extensas de trabajo		41%

Fuente: OPS, 2012.

"La emergencia sanitaria global causada por la actual pandemia de Covid-19 está probablemente suponiendo uno de los mayores desafíos a los que los profesionales sanitarios se hayan podido enfrentar a lo largo de su carrera." (Ricci Cabello y otros, 2020) El virus es disruptivo y genera fracturas que se despliegan de distintos modos y niveles. Existen diversos impactos de la epidemia, en los planos laborales, familiares, económicos, sociales, ambientales, en las comunidades, etc.

"En las implicancias que se juegan entre el mundo del trabajo y el de la salud, los sujetos comprometidos en los procesos terapéuticos y sanitarios también evidencian, en sí mismos, las marcas que su propia tarea imprime." (Rovere, 2017). En este apartado

se pretende realizar una aproximación sobre algunos efectos en la salud de lxs trabajadorxs de salud de la C.A.B.A. que se han profundizado desde la declaración de la emergencia sociosanitaria y que pueden dividirse en las siguientes categorías:

- Emocional/mental: depresión; ansiedad; agotamiento; irritabilidad; intolerancia; sobrecarga; dispersión; angustia; estrés; alienación; incertidumbre; padecimiento ético (al tener que tomar ciertas decisiones, por ej a quién destinar un respirador); miedo al contagio propio y de personas convivientes son algunas de las expresiones.

- Vincular: conflictos entre compañerxs; dificultades en la comunicación con compañerxs, jefxs, usuarixs y familiares; aumento de situaciones de violencia y/o acoso (con mayor prevalencia en las personas auto percibidas como mujeres).

- Físico: dolor en la columna cervical y/o lumbar; trastornos del sueño, alimentación y/o visión; contracturas; migrañas; cansancio generalizado; problemas gastrointestinales; bruxismo; palpitaciones; falta de memoria; gastritis; hipertensión; alergias, exposición al riesgo de contagio por Covid-19, entre muchos otros.

La construcción de estos planos fue diseñada para señalar la diversidad de padecimientos que sufren lxs trabajadorxs de salud, reconociendo que es posible que algunos queden por fuera y asimismo que estos tres planos se entrecruzan. Aunque con fines analíticos se los haya separado, en la práctica se dan relacionados entre sí y de manera singular ya que este contexto atraviesa a todxs lxs trabajadorxs y de distintas maneras, incluso a una misma persona en diferentes momentos.

En cuanto a las tareas propiamente dichas, se han suspendido algunas y otras muchas surgen como nuevas; llegan los primeros protocolos poco claros y luego nuevos protocolos que se superponen y en ocasiones se contradicen con los anteriores; falta de claridad ante nuevas medidas; se imponen restricciones; se normalizan “desde arriba” determinados criterios; restringiendo la autonomía en las intervenciones profesionales. ¿Cómo influye lo institucional en la subjetividad de lxs trabajadorxs?

Se produce una intensificación en el proceso y en la organización del trabajo. Sentir que no es posible llevar adelante el trabajo como se desea, de la manera como se solía hacer o sin lograr los mismos resultados, presión y exigencia propia y de otrxs que no contemplan que el proceso de trabajo ha cambiado.

Cuadro 3: Equipo de protección personal

Fuente: https://sadi.org.ar

Lxs trabajadorxs deben vestir camisolín, cofia, barbijo N95 y por encima barbijo quirúrgico, en el rostro también llevan gafas y máscaras de protección, manos con guantes y cubre botas en los pies. Todo eso sólo para recorrer ciertos sectores de la institución donde se desempeñan y con dicha vestimenta intentar conversar presencial y/o virtualmente con usuarixs, familiares y compañerxs de trabajo. Resulta abrumador enumerar todos estos elementos de protección personal (epp), trabajar con ellos es aún más agobiante.

En cuanto a lxs trabajadorxs que por diversas razones debieron continuar trabajando de manera virtual y/o una mixtura entre formato presencial y virtual,

es preciso reconocer que la virtualización de algunas tareas laborales borra las divisiones entre el trabajo y los hogares. En estos casos y para aquellos en los que la jornada laboral ha terminado, pareciera que no se corta la ocupación y preocupación por el trabajo. Continúan llegando mensajes, llamados, correos, no existe el cese. Equivocadamente aparecen ligados el compromiso con el trabajo y el trabajar por fuera del horario laboral. ¿Es un derecho desconectar del trabajo?, ¿de quién/es depende respetarlo?, ¿es posible decidir sobre la desconexión digital?, ¿cómo pensar esos límites?, ¿se definen individual o grupalmente?

Identificar y elaborar colectivamente los efectos de trabajar en este contexto debería ser condición sine qua non. Poner palabra a lo que sucede cuando se precisa continuar trabajando; mientras hay compañerxs aisladxs, internadxs e incluso muertxs, los equipos deben seguir atendiendo sin quebrarse. Son indispensables espacios de contención y escucha. ¿Cualquier escucha alcanza?, ¿qué características adaptan los servicios de salud mental en este contexto?, ¿podrían asistir a companerxs de trabajo?, ¿o sería más conveniente trabajar en articulación con otras instituciones para ofrecer estos servicios a lxs trabajadorxs?, ¿debe costearlos el Estado?, ¿se realizarían en horario laboral? ¿presencial y/o virtualmente?

En adición a las vicisitudes vinculadas al padecimiento subjetivo, es fundamental nombrar las que atañen al orden biológico viral. Resulta primordial anunciar públicamente los números de contagios y muertes en el equipo de salud distinguidos por provincia. Desde el comienzo del aislamiento, el Gobierno Nacional emite a diario reportes sobre la situación de Covid-19 en todo el país. Entre los datos informados, el 02 de Diciembre del 2020, comunicaron lo siguiente:[10]

- El 4,3% del total de los casos que contrajeron el virus SARS-CoV-2 corresponde a trabajadorxs de salud.

- 60.145 trabajadorxs que cumplen funciones asistenciales y administrativas dentro del sistema de salud contrajeron la enfermedad.

- 362 fallecieron, lo que corresponde el 0,96% de todas las muertes por Covid-19 con una letalidad de 0,60%.

10 Reporte disponible en https://www.argentina.gob.ar/noticias/analisis-de-la-situacion-del-personal-de-salud-afectado-por-covid-19

Hasta la fecha no se han encontrado cifras sobre la población de trabajadorxs de salud contagiadxs o muertxs en la C.A.B.A. Aunque el gobierno municipal posee una página con información epidemiológica actualizada a la fecha[11], no brinda dichos datos. No obstante, sí se ha ocupado de publicitar la cantidad de testeos serológicos -muestras de sangre para detectar anticuerpos de Covid-19- e hisopados realizados al personal de salud.

Tomando las cifras del informe de la Dirección General de hospitales del G.C.B.A. acerca de las licencias (julio 2020), el mayor porcentaje de contagios corresponde al personal de enfermería y medicina de sexo femenino. Un alto porcentaje son jefas de hogar, por lo que al trabajo remunerado en un efector de salud -en varias ocasiones más de un empleo-, se le suman las tareas de las casas, cuidados de hijxs y/o personas con cierto grado de dependencia (personas con discapacidad, enfermxs, adultxs mayores), lo que sobrecarga a las mujeres aún más en este contexto. La noción de interseccionalidad resulta adecuada para analizar este fenómeno, ya que permite identificar la complejidad, multiniveles y dimensiones de las desigualdades incluyendo categorías de raza, género, clase y sexualidad que se entrecruzan y están vinculadas entre sí.

Según el informe de la Asamblea de Residentes y Concurrentes de la [12]. sobre situación de efectores de salud públicos (junio 2020), el 83% de lxs residentes y concurrentes reconoció insuficiencia de insumos (y entre los mayores faltantes, camisolín y barbijo) y el 66% afirmó que no contaban con epp en cantidad y calidad necesarios. Esto implicaría un riesgo en sí mismo, como así también el padecimiento subjetivo que genera su falta y/o no haber recibido la capacitación adecuada en tiempo y forma sobre su utilización.

Misma consideración para aquellas situaciones en donde no se ha tenido información clara y concisa sobre cómo proceder con casos sospechosos de Covid-19 con usuarixs. El 37% mencionó que las instituciones donde trabajan no poseen protocolos para atención de usuarixs con Covid-19 y sólo siete, de los treinta y cinco efectores encuestados, reconocieron haber sido capacitadxs por

11 https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/datos/situacion-epidemiologica
12 Disponible en https://www.facebook.com/asambleacaba

parte del personal de planta sobre la atención adecuada en este contexto. Otros datos relevantes son que el 50% afirmó que no cuentan con espacios físicos para que las personas hisopadas esperen el resultado, el 51% dispone de protocolos para el aislamiento del personal y el 49% dijo carecer de garantías para la atención de usuarixs sin Covid-19.

Un párrafo aparte merecen lxs trabajadorxs de las áreas de cocina, limpieza, mantenimiento y seguridad, que en el G.C.B.A. son contratadxs mediante empresas tercerizadoras y que también han visto modificados sus procesos de trabajo de manera abrupta. Este tipo de contratación conlleva a que no reciban los epp correspondientes ni las capacitaciones para trabajar en este contexto, por ello en varios hospitales surgieron contagios entre su personal. "*Mirar lo que nos enferma en el lugar de trabajo es, también, salir de una mirada auto culpabilizadora donde la enfermedad o el padecimiento es un problema individual, cuando en realidad obedece a procesos sociales, a responsabilidades de los organismos empleadores, y en última instancia a una forma de organización social*. (Aloe y otros, 2017).

En relación a los equipos, en un primer momento se vivió un reacomodamiento, inventar y reinventarse para hacer frente a la situación. En el mejor de los casos, se llevaron a cabo acciones que contemplaran cuidados propios y de lxs usuarixs, recurriendo a la creatividad colectiva. Se marcaron límites, se sucedieron conflictos, acuerdos y desacuerdos, formas de hacer y ser en este contexto. En cuanto al clima de trabajo, se observa que la pandemia devela lo pre existente, visibilizando el estado de situación, revelando lo que antes estaba oculto. Las confrontaciones y tensiones previas se profundizan; paralelamente también actitudes como la contención, solidaridad y compañerismo que ya existían se amplifican.

Las redes de apoyo -constituidas por compañerxs de trabajo en lxs que se confía y por referentes familiares- resultan relevantes como factores de protección personal (RASIC, 2020). Este punto es sustancial, se trabajará en los apartados siguientes como cuidados individuales y colectivos, en la medida en que "*el trabajo en equipo y las relaciones de cooperación en el interior de las instituciones de salud suelen ser buenos aliados para los trabajadores."* (Spinelli y otros, 2013).

¿A qué llamamos cuidado en Salud?

"*Etimológicamente, la palabra cuidado en español incluye las dos dimensiones que engloba el verbo en inglés, la subjetiva -el cuidado como preocupación, responsabilidad, disposición (care about)- y la material -el cuidado como acción, ocupación (care for)-. Además, cuidar se diferencia de curar, que posee una acepción más médica.*" (Molinier y Legarreta, 2019). En cuanto a su definición, el término "cuidado" ha adoptado diversidad de significados, según desde qué campo se lo analice, quiénes son lxs responsables de realizarlo y quiénes lo realizan en la práctica, para quiénes está destinado, en qué consiste el cuidado en determinado contexto y por cuánto tiempo, entre otras variables a tener en cuenta. "*Se sitúa entre el trabajo y el no-trabajo, lo material y lo inmaterial, lo público y lo privado-doméstico, el egoísmo y el altruismo, la igualdad y la desigualdad, el presente y el futuro.*" (Arriagada y Todaro, 2012)

Siguiendo a Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2004), no es posible encontrar unanimidad para definirlo conceptualmente en el campo de la salud. Lxs autores han realizado un estudio a partir de publicaciones científicas de América Latina y El Caribe y entre sus resultados, encontraron que se le otorga diferentes usos, por lo que formaron cinco categorías que permiten agrupar dichos usos:

1. Cuidado como dimensión vincular/afectiva, refiere a aspectos relacionales de la atención y al vínculo emocional entre usuarixs y equipo de salud, principalmente de enfermería. Priorizando la eficacia y el mercantilismo, el MMH ha acortado los tiempos de atención de las consultas, por lo que este aspecto vincular se ha visto reducido y no suele ser incluido en la descripción de los trabajos e incluso es subvalorado en muchas instituciones.
2. Cuidado como prácticas no formales de salud, prácticas preventivas y curativas que desarrollan las personas por fuera del sistema público de salud o en instituciones privadas. Puede realizarse de forma individual -asociándolo al autocuidado, por ej cuidarse en la alimentación- o al cuidado de otrxs que lo precisan, por ej por enfermedad. La Medicina Social/Salud Colectiva advierte que este uso plantea el riesgo de responsabilizar del cuidado/descuido en las personas a un nivel individual, invisibilizando sus dimensiones históricas, políticas y económicas como la responsabilidad del Estado de ser su garante.
3. Cuidado como atención integral en salud, relacionado al término de "atención integral" que adopta la APS. Este uso incluiría al anterior -prácticas no formales

de salud- pero no se reduce a él, posee un sentido más amplio en términos cualitativos, ya que contempla relaciones horizontales, simétricas, participativas e intersectoriales.

4. Cuidado como atención centrada en lxs usuarixs, prioriza el sistema de salud en pos de producir salud para lxs usuarixs. Este uso incorpora al primero -dimensión vincular/afectiva- como el eje central para organizar el trabajo en salud y no sólo como una dimensión de las prácticas.

5. Cuidado como sinónimo de atención, iguala los términos "cuidado" y "atención", utilizándolos como sinónimos o usando uno u otro sin distinguir cambios conceptuales. Se utilizan nuevas nociones y se las vacía de contenido político, evidenciado la disputa en lo discursivo que ello implica.

Si bien dos de los usos -el que hace referencia a la integralidad en la atención y el que plantea la importancia de centrar la atención en lxs usuarixs- estarían más vinculados a la mirada de la Medicina Social/Salud Colectiva (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2004), ninguno de ellos se refiere al cuidado de la salud del propio equipo de salud.

Resulta enriquecedor sumar una definición de cuidado, entendido como *"la gestión y la generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud de las personas y la provisión diaria de bienestar físico y emocional que satisfacen sus necesidades a lo largo de todo el ciclo vital. El cuidado se refiere a los bienes, servicios y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio"* (Arriagada y Todaro, 2012).

"Durante toda su vida las personas necesitan ser cuidadas, cuidar y cuidarse". (Pautassi, 2015) En la práctica del cuidado participan distintos actores sociales como las familias, espacios comunitarios, el mercado y el Estado. No obstante, la responsabilidad recae sobre todo en las familias, lo que en la mayor parte de los casos implica que son las mujeres quienes se ocupan (Batthyány, 2015).

En este escenario, se considera que acceder a políticas que contemplen el cuidado de lxs trabajadorxs de salud es su derecho y como tal, debe estar garantizado por el Estado. "*El derecho al cuidado, a su vez, debe ser considerado en el sentido de un derecho universal de toda la ciudadanía, desde la doble circunstancia de personas que precisan cuidados y que cuidan, es decir, desde el derecho a dar y a recibir cuidados".*

(Batthyány, 2015). Cuidar a lxs que cuidan se constituye en un acto esencialmente político y responsabilidad del Estado.

Asimismo, coexisten otros cuidados que pueden llevar adelante lxs trabajadorxs, vinculados al cuidado en términos individuales y al cuidado colectivo. El primero podría asociarse al autocuidado que cada persona desarrolla en su ámbito privado, como la importancia de realizar actividades de disfrute; descansar; compartir con referentes afectivos, meditar y/o practicar yoga; alimentarse de manera adecuada; hacer ejercicio, etc. "*Si se tiene en cuenta que el disfrute de las actividades cotidianas y la posibilidad de cortar con el trabajo constituyen factores de protección, porque permiten conectar con otras áreas vitales para el ser humano, resulta relevante pensar políticas de cuidado destinadas al descanso y a la desconexión de las tareas laborales."* (RASIC, 2020)

Aquí es donde se hace presente la construcción de acciones colectivas, ya decía Testa (2017) "*el tema de la salud en la Argentina no tiene sex appeal, nunca fue tomado en serio. Lo tomamos en serio individualmente cuando nos duele la barriga y vamos al hospital, pero eso no tiene nada que ver con crear un movimiento colectivo. Insisto en la necesidad de la constitución de un sujeto colectivo".* Y este colectivo puede comenzar con otrxs colegas del hospital o centro de salud donde se trabaja, en articulación con otros efectores pensando una mirada intersectorial, aunando criterios con gremios para construir una agenda que aborde propuestas para el cuidado de lxs trabajadorxs de salud.

(Des)cuidando al Equipo de Salud

Breilh (1991) afirma que en cada grupo social y en cada uno de los aspectos de la reproducción social (proceso de trabajo, procesos del consumo, relaciones con el medio ambiente o entorno, organización política y prácticas de la población y grado de conciencia) se produce una tensión entre los aspectos protectores y deteriorantes de la salud de las personas. Por ello, el autor señala que ningún trabajo es totalmente benéfico ni totalmente destructivo porque ambos aspectos coexisten y se relacionan, "*sino que existe un desarrollo dialéctico entre sus facetas saludables y sus facetas patogénicas que depende de las relaciones sociales más amplias, de clase, que condicionan la vida"* (Breilh, 1991).

"*De acuerdo con la reforma de la Constitución Nacional de 1994, la salud es un bien público esencial, y por lo tanto el Estado debe asegurarla a todos los habitantes del país y financiarla a través de prestadores estatales o privados para posibilitar el acceso a toda la población".* (Spinelli, 2010) ¿La dimensión del cuidado está contemplada en esta concepción de salud? y de ser así, ¿qué sucede con los cuidados a lxs trabajadorxs de salud del G.C.B.A.?, ¿cómo y quién/es los llevan adelante?, ¿es responsabilidad de las autoridades, de los gremios, de lxs propixs trabajadorxs?

En cuanto a medidas relativas al cuidado de lxs trabajadorxs, en un comienzo el Ministerio de Salud informó sobre protocolos de atención y recomendaciones para reducir riesgos de contagio (lavado de manos, mantener distancia mayor de un metro y medio, ventilar ambientes, etc.) Luego se sumaron protocolos sobre abordaje de casos sospechosos y confirmados, tratamientos, manejo de poblaciones específicas y otras consideraciones sobre atención en los distintos niveles del campo de salud. Cabe aclarar que estos protocolos fueron realizados a espaldas de lxs trabajadorxs, quienes en la mayoría de los casos no fueron consultados al respecto. Similar situación ocurrió con la conformación de Comités de Crisis, no contaron con la participación activa de lxs trabajadorxs (como sí se logró en la provincia de Buenos Aires) y entre sus integrantes predomina personal de clínica médica, infectología y cargos de jefaturas de departamentos y/o servicios.

Desde el Ministerio también se habilitó a las direcciones de hospitales el otorgamiento de licencias de manera discrecional para personas consideradas grupos de riesgo y se realizaron acuerdos informales y totalmente diversos en cada institución para el "tabicamiento" del personal. Resulta simbólico el uso de una palabra netamente médica para designar la rotación de lxs trabajadores, acción que fue justificada desde la epidemiología tradicional, dado que ayudaría a evitar contagios y de existir, otro grupo se haría cargo de la atención de usuarixs.

Posteriormente, la información compartida por las autoridades fue acerca de cursos presenciales y virtuales para los equipos de salud en relación al manejo de epp, priorizando la cursada para profesionales de medicina y enfermería.

Finalizando junio se iniciaron los testeos serológicos para todxs lxs trabajadorxs, tanto integrantes de equipos de salud, administrativxs, personal contratado de mantenimiento, limpieza y seguridad, técnicxs, etc. En función de los resultados,

los equipos de infectología de cada institución definen los pasos a seguir (hisopado, aislamiento, detectar contactos estrechos, etc.). De esta manera, los cuerpos son reducidos a lo biológico y separados de su calidad de trabajadorxs (Menéndez, 2005). A lo largo de los meses de emergencia socio sanitaria, los informes del Ministerio de Salud del G.C.B.A. hicieron hincapié en la cantidad de contagios en la población en general y en el número de profesionales testeadxs e hisopadxs, datos que también son reproducidos en los medios de comunicación. Adoptando así el paradigma de riesgo, abordaje reduccionista criticado por la epidemiología crítica latinoamericana y algunxs epidemiólogxs europeos por su análisis "*probabilístico, ligado al formalismo cuantitativo, concebido para estudiar las probabilidades de susceptibilidad de personas o de agregados colectivos según niveles de exposición*" (Breilh, 2011). Como se mencionó previamente es importante informar acerca de ello como así también los nombres de las personas fallecidas para dar visibilidad; no obstante, es preciso sumar otras categorías a analizar y en función de ello, pensar políticas de cuidado.

Una posibilidad sería incorporar la noción de interseccionalidad que permite distinguir efectos diferenciales de la epidemia, develando el vacío y mostrando lo que se pierde al realizar un análisis por separado de las categorías de raza, género, clase y sexualidad (Lugones, 2008). De hecho, según cifras del informe de la Dirección General de hospitales del G.C.B.A. acerca de las licencias solicitadas (julio 2020), el mayor porcentaje de contagios corresponde a personal femenino (61,5%) y Enfermeras (49%). Un dato a recalcar es que la profesión de enfermería no ha sido incluida en la Carrera Profesional del G.C.B.A., razón por la cual perciben hasta un 40% menos de sueldo y la mayoría cuenta con dos o tres empleos.

Vinculado a ese punto, otro fenómeno a señalar es cómo afectan los contagios y el aislamiento por contacto estrecho en las familias del personal de salud, ya que como se nombró con anterioridad las tareas relativas al cuidado de niñxs, adultxs mayores o personas con discapacidad recaen en la mayoría de los casos en las mujeres. La epidemia provocó el cierre en jardines y escuelas, aumentando el tiempo que las mujeres dedican a este trabajo no remunerado. Aparece claramente la triple inequidad en la determinación de la salud -clase, género y etnia- (Breilh, 2013) que perjudica mayormente a las mujeres que son jefas de hogar y únicas responsables del cuidado familiar, que tienen dos o tres empleos además del trabajo no remunerado que realizan en sus hogares. En este escenario, resulta

fundamental identificar el impacto diferencial de contagios en personal de salud con una perspectiva interseccional y de acuerdo a ello, proponer medidas adecuadas, entre ellas otorgar licencias a cuidadorxs.

Cuadro 4: Contrataciones del G.C.B.A.

Perfil	Fecha	Designados
Enfermeros	08/03/2020	2999
Médicos	08/03/2020	1185
Kinesiólogos	08/03/2020	277
Bioquímicos	08/03/2020	140
Técnicos de la salud	08/03/2020	106
Atención al ciudadano	08/03/2020	403
Relevadores DetectAR	08/03/2020	347

Fuente: https://data.buenosaires.gob.ar

Otras acciones realizadas por las autoridades sanitarias de la C.A.B.A. que pueden englobarse dentro de la noción de cuidados son los nombramientos de nuevo personal. Es fundamental destacar que el tipo de contratación ofrecida en la mayor parte de los casos es el monotributo y/o son trabajadorxs que ya cuentan con ficha municipal por cargos de reemplazos de guardia, por lo que se les ofrece el pago de horas extra para desarrollar tareas específicas con horarios acotados y "en préstamo" en otras instituciones. Cabe destacar que este tipo de contrataciones precariza aún más las condiciones de trabajo del equipo de salud. Esto no resta importancia a la labor de estxs profesionales; sin embargo, vale la pena mencionar que detrás de estas decisiones es clara la perspectiva netamente biologicista que posee la actual gestión del G.C.B.A. en relación a la atención de los servicios de salud. La pregunta suspendida en el aire es qué sucede con otras profesiones que también han visto aumentada y complejizada la demanda en este contexto, como ser profesionales de Trabajo Social y Psicología.

En cuanto al aspecto económico, el Gobierno Nacional indicó bonos de $5000 para lxs profesionales sanitarios que trabajen en efectores públicos y privados por cuatro meses consecutivos. Siendo el distrito más rico del país, la Ciudad pagó los bonos con retraso; el personal de enfermería cobró la mitad ya que son consideradxs como personal administrativo según la Carrera Profesional; algunxs profesionales ni siquiera los cobraron y fueron montos no remunerativos, lo que significa que no fueron incluidos en el sueldo básico. Sobre las paritarias, en Noviembre -luego de nueves meses de trabajar en este contexto- el G.C.B.A. decidió unilateralmente otorgar menos de un 15% a ser cobrado en tres cuotas.

Actualmente y desde el mes de Diciembre no se están realizando testeos rápidos en ningún efector de salud de la Ciudad con la excusa que prontamente se vacunará al personal. En simultáneo y con una evidente manera de mercantilizar la salud, se informó que la primera etapa de vacunación se encuentra integrada por: personal de salud del sistema público, del subsistema de salud privado, de la seguridad social, entidades universitarias y de dependencia nacional, personal de residencias de adultxs mayores y profesionales independientes que vivan en la Ciudad. Para ello, se prepararon varias postas, entre ellas una dedicada exclusivamente para lxs profesionales de salud independientes en el estadio de fútbol de River Plate.[13] La publicidad de esta medida recorrió numerosos medios de comunicación, difundiendo que el G.C.B.A. avanza en el plan de vacunación para quienes quieran recibir el primer componente, mediante un turno virtual y como únicos requisitos matrícula y domicilio en la Ciudad. De esta manera, no sólo se abre la salud al mercado sino que se invisibiliza la situación de lxs profesionales de hospitales y centros de salud públicos que no han sido vacunadxs finalizando el mes de Febrero, junto a la falta de un cronograma claro, con prioridades sanitarias y de público conocimiento.

Auto cuidado y cuidados colectivos por lxs trabajadorxs y organizaciones gremiales

Se confeccionaron dos categorías para distinguir y analizar las medidas de cuidado adoptadas por lxs trabajadorxs de salud de la Ciudad:

13 Información disponible en https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/vacunacion-covid-19

- Autocuidados, abarca los cuidados/descuidos que las personas realizan mayoritariamente de manera individual, en ocasiones en grupo. Desarrollar actividades que otorguen placer sin sentir culpa; descansar; compartir con amigxs y familiares; realizar ejercicio; práctica de yoga y/o meditación; aumento en el consumo de alcohol, cigarrillos y/o psicofármacos u otras sustancias; observar hábitos saludables en la alimentación; no tener respuestas para todo o todxs; hablar sobre la propia fragilidad; registrar la importancia de trabajar en equipo; pensar situacionalmente en el día a día, entre varios.

- Cuidados colectivos: abarca los cuidados que se desarrollan necesariamente en grupo y de manera colectiva, ya sea con compañerxs de trabajo del mismo hospital o centro de salud u otros efectores, con colegas de un mismo gremio y en vinculación entre distintos gremios. Formar parte de espacios de co visión que ayuden a compartir y repensar con otrxs; interiorizarse acerca de las asambleas intra e interhospitalarias; participar de reuniones de equipo interdisciplinarias e intersectoriales; formar parte de reuniones convocadas por gremios y/o estar en contacto con delegadxs; participar de movilizaciones y paros en pos de los derechos de lxs trabajadorxs de salud, entre algunos.

En relación a los cuidados colectivos, cabe destacar el rol que ocuparon y continúan haciéndolo los gremios, al menos algunos de ellos. En el sector salud de la C.A.B.A. es posible hacer una agrupación en tres grandes conjuntos: Asociación Médicos Municipales (AMM), que nuclea a todas las especialidades médicas y es el gremio que firma las paritarias con el Gobierno; Federación de profesionales del Gobierno de la C.A.B.A., nuclea a asociaciones profesionales que no corresponden a la medicina, como terapia ocupacional, psicología, trabajo social, musicoterapia, psicopedagogía, etc. y S.U.T.E.C.B.A./ATE/U.P.C.N, gremios que representan a enfermería, personal administrativo y también a profesiones previamente nombradas ya que es posible tener una o varias afiliaciones gremiales.

Analizando páginas de organizaciones gremiales y sus redes sociales, es posible identificar algunos puntos en relación a las acciones realizadas en términos de cuidados a lxs trabajadorxs. Se tomaron los siguientes gremios con diversidad de ideas y propuestas:

- AMM: priorizó pedidos por recomposición salarial; otorgó a sus afiliadxs epp; posteriormente solicitó licencias ordinarias y por estrés; organizó seminarios desde el MMH (por ej. uso de plasma en recuperación de pacientes por Covid-19 o gestión eficiente de centros asistenciales); no poseen vínculo con otros gremios. En cuanto a los paros, adhirieron de manera tardía y en la movilización en Diciembre gran parte del gremio se retiró previamente, justo en el momento en el que se los cuestionó en la asamblea por su falta de compromiso y las negociaciones a espaldas de lxs trabajadorxs. Actualmente, reclaman por la exención del impuesto a las ganancias, prioridad de vacunación al personal médico y ofrecen vacunar a sus afiliadxs que se encuentran jubiladxs.

- Federación: iniciaron sus reclamos centrados en cantidad y calidad de epp para todxs lxs trabajadorxs de salud (no sólo sus afiliadxs) y apertura de paritarias; solicitaron y sostuvieron varias reuniones con diferentes autoridades del Ministerio de Salud de C.AB.A.; otorgaron epp a sus afiliadxs; elaboraron informes sobre porcentajes de contagio en salud, epp, rotación de equipos y criterio epidemiológico; organizaron varias charlas abiertas y gratuitas sobre el sistema de salud y política pública con invitadxs reconocidxs; ofrecieron subsidio por contagio de Covid-19; reclamaron por licencias ordinarias y de estrés; participaron de numerosas movilizaciones y paros por la salud gratuita, pública y de calidad y la incorporación de las profesiones mencionadas a la Carrera Profesional. Actualmente, solicitan vacunación y testeos para todo el personal, licencias para cuidadorxs y reapertura de paritarias.

- AMdeBA (Asociación de Musicoterapeutas de Buenos Aires) y APSS (Asociación de Profesionales de Servicio Social): aunque ambos gremios forman parte de Federación, se han diferenciado del resto por tener una mirada más crítica y combativa, sobre todo APSS. Desde un inicio centraron sus reclamos en epp, salarios y licencias para cuidadorxs. Ambos realizan actividades con otros gremios; solicitaron la participación de lxs trabajadorxs en comités de crisis y en la confección de los protocolos; sumaron pedidos por refuerzo de personal y licencias ordinarias y por estrés; llevaron adelante una campaña exigiendo medidas necesarias y urgentes para el resguardo de la salud mental de lxs trabajadores de la salud pública. Desde el comienzo APSS organizó reuniones de delegadxs con frecuencia semanal y en formato virtual, priorizando la construcción desde las bases. Convocaron y participaron de numerosos paros

y movilizaciones por la salud pública, gratuita y calidad, en rechazo de la CUS y abogaron por la incorporación de la carrera a las profesiones que fueron dejadas fuera; defienden los derechos de lxs residentes y concurrentes; organizaron conversatorios abiertos y gratuitos desde una perspectiva crítica. Hoy en día se suman al reclamo de Federación por plan de vacunación y testeos para todo el personal, licencias para cuidadorxs y reapertura de paritarias.

- APGCBA (Asociación de Psicólogxs): entregaron guardapolvos, ambos y epp para sus afiliadxs; aunque forman parte de Federación, en su página o redes no hacen mención a otros gremios y mantienen reuniones con autoridades en las que reclaman sólo por sus afiliadxs; difunden reportes acerca de la atención en salud donde sólo nombran a lxs profesionales de psicología; promueven cursos pagos destinados a sus afiliadxs; difunden actividades y beneficios sólo de su asociación; adhirieron a la mayoría de los paros y movilizaciones, pero en las convocatorias difunden exclusivamente con su logo. Actualmente, piden por la reapertura de paritarias, vacunación solo para psicólogxs, pase a planta para psicólogxs con guardias aplanadas y cargos de jefaturas para psicología en los servicios de salud mental.

En el 2020, en rechazo al gremialismo tradicional y con una mirada crítica y combativa, algunos gremios de C.A.B.A. y provincia de Buenos Aires conformaron la Mesa de Salud del AMBA. Esta es una coordinadora de gremios de salud y entre sus objetivos señalan fortalecer al sistema público y cuidar al equipo de salud. Convocaron a numerosas marchas y paros a lo largo del año con los reclamos de participar en los comités de crisis y organizar democráticamente los espacios laborales y de atención; mejoras en las condiciones laborales y salariales y por una salud pública universal, gratuita e igualitaria.

Un dato relevante para mencionar es que el 03 de diciembre del 2020 falleció un médico en una asamblea, en el marco de una movilización por los derechos como trabajadorxs de salud y por mejoras en la salud pública. Fue muy angustiante recibir la noticia mientras sonaban los bombos y se desarrollaba la asamblea, qué simbólico morir reclamando por sus derechos.

Consideraciones para seguir pensando con otrxs

Con el objetivo de realizar una síntesis del trabajo, resulta interesante retomar ciertas ideas mencionadas y dejar planteadas algunas notas para continuar reflexionando de manera colectiva.

Ante todo, es fundamental evidenciar que las reformas neoliberales en salud han fracasado rotundamente en Latinoamérica y El Caribe y que cuando la salud está sujeta a las leyes de oferta y demanda del mercado, existen comprobadas experiencias en la región que no suceden mejoras en la calidad ni en la cobertura de los servicios de salud.

También vale mencionar que las realidades de los países distan de ser homogéneas, el problema es que nos han homogeneizado. Es preciso descolonizarnos, pensar propuestas de acuerdo a las particularidades de cada territorio en términos de soberanía sanitaria. Y para hacerlo, no es posible continuar planteándolo sólo desde los Ministerios de Salud y desde el Gobierno; es preciso incluir la academia, las organizaciones gremiales, los movimientos sociales, de pueblos originarios, las organizaciones de migrantes, los movimientos de mujeres y por los derechos de las personas LGBTQI+, entre otros.

En cuanto a la posibilidad como trabajadorxs de reflexionar sobre el vínculo entre salud y trabajo, es sumamente importante en dos niveles: el primero implica visibilizar elementos que conforman el proceso de trabajo y el segundo, proponer ideas instituyentes en sentido rizomático, que permitan ir expandiéndose y contagiando a otrxs.

Acerca de los efectos de trabajar en un contexto de emergencia socio sanitaria para lxs trabajadorxs de salud de la C.A.B.A., se han detectado una multiplicidad de expresiones en los planos emocionales, físicos y vinculares, lo que hace mella en su calidad de vida. Hay que considerar que el reclamo al Gobierno no se agota en la queja y en la solicitud de epp o mejoras salariales, son fundamentales, pero no únicos. También es primordial dar lugar al padecimiento subjetivo, reconocer la fragilidad, alojar la inadecuación y dudas, no tener respuesta para todo o todxs y aceptarlo porque no es posible controlarlo. Frente a esta realidad, no hay que negar ni invisibilizar el estrés, tampoco considerarse como héroes o heroínas, sino

reconocerse en la condición de trabajadorxs. Y en este proceso evitar aislarse y proponerse saltar a lo colectivo, pensar y realizar experiencias con otrxs. Acompañar y sentirse acompañadxs.

Aunque las organizaciones gremiales difieren en la noción de cuidado de lxs trabajadorxs y en las acciones llevadas adelante para garantizarlo, todas coinciden en el rol preponderante del Estado como responsable. "*No se trata, por tanto, de un problema individual y privado al que cada persona responde como puede y en función de los recursos de los que dispone, sino que se trata de un problema colectivo que requiere de respuestas colectivas y, por ende, sociales.*" (Comunicado de APSS, 2020). En esta organización colectiva, donde se cuestionan ideas y se proponen prácticas concretas de cuidado, cuyo eje está puesto en que el Estado sea su garante, lxs trabajadorxs producen Salud. La organización y la lucha colectiva por los derechos son productoras de Salud.

Referencias bibliográficas

Aloe, M. y otros (2017) La Salud Laboral en el proceso de trabajo de las/os trabajadoras/es sociales. C.A.B.A. Argentina. Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social.

Arriagada, I. y Todaro, R. (2012) Cadenas Globales de Cuidados: el papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile. ONU MUJERES, Santiago de Chile.
Asamblea de Residentes y Concurrentes de la C.A.B.A. (2020) Informe de Situación de los efectores públicos de la C.A.B.A. Disponible en https://www.facebook.com/asambleacaba.

Basile, G. (2020). Repensar y descolonizar las teorías y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. En Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano, N°73, Buenos Aires.

Basile, G. (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones Biblioteca CLACSO.

Batthyány, Karina (2015) Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/37726.

Batthyány, Karina (2013). Perspectivas actuales y desafíos del Sistema de Cuidados en Uruguay. En: Pautassi y Zibecchi (Coord.) Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura. Buenos Aires. Ed. Biblos.

Betancourt, O. (1994). Reflexiones para la investigación de la salud de los trabajadores. Salud de los Trabajadores, pp 35-48.

Breilh, J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública vol.31, pp.13-27.

Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Cap de libro publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

Breilh: Breilh, J. (1991). La triple carga; trabajo, práctica doméstica y procreación: deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo. Quito, Ecuador, CEAS.

Castel, Robert (2001). Presente y Genealogía del presente. Una aproximación no evolucionista del cambio social. Archipiélago nº 47 pp 5-12.

Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social C.A.B.A. (2020). "Recomendaciones para el ejercicio profesional de trabajadorxs sociales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". C.A.B.A. Argentina.

De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (2018). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias en la salud. Conferencia en el Hospital Durand. Disponible en http://lobosuelto.com/wp-content/uploads/2018/07/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf

Dirección General de hospitales del G.C.B.A. (2020). Actualización de licencias solicitadas por el Personal del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por Covid-19.

Feo Isturiz, O. (2020). Reformas de Salud. La Cobertura Universal y el aseguramiento como estrategias del mercado y el capital. Clase 4, Módulo 5 Sistemas de Salud y Seguridad Social comparados, Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria.

Ferrara, F. (2005). ¿Qué quiere decir Salud?, clase en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Disponible en http://www.ateargentina.org.ar/idep/documentos/80Labradores_de_la_salud_popular_Floreal_Ferrara.pdf

Godoy, D. (2020). Estudio de caso: Reforma Argentina. Clase 4, Módulo 5 Sistemas de Salud y Seguridad Social comparados, Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria.

Laurell, A.C. (1993). Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Washington, Estados Unidos. Organización Panamericana de la Salud. Sene PALTEX, Salud y Sociedad.

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. Revista Tabula Rasa Nro. 9. Bogotá. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.
Michalewicz, A., Pierri, Ardila-Gómez, S. (2014). Del Proceso de Salud/Enfermedad/Atención al Proceso Salud/Enfermedad/Cuidado: Elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones, XXI*, 217-224. ISSN: 0329-5885. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva: VOl. 1 Núm 1. ISSN: 1669-2381. Disponible en https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=731/73110102

Molinier, P. y Legarreta, M (2019). La perspectiva del cuidado: de lo ético a lo político. En Wlosko, M. y Ros, C. El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la Psicodinámica Del Trabajo. Lanús. Argentina. Ed. UNLa.

Organización Panamericana de la Salud (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington. OPS/OMS.

Pautassi, L. (2015) El cuidado es político. Entrevista por Winocour, M. Suplemento Las 12. Diario Página 12. Buenos Aires. Argentina.

Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (2020). Factores estresores y protectores en las personas trabajadoras de la Salud. 1a ed - Rawson. Universidad del Chubut. Disponible en https://www.unrn.edu.ar/archivos/noticia/1789/Informe%20personas%20trabajadoras%20de%20la%20salud.pdf

Ricci Cabello, I. (2020) El Impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales sanitarios. Disponible en inglés en https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.02.20048892v1

Rovere, M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. Revista electrónica. La esquina del Sur.

Rovere, M. y Sacchetti, L. (2011). La Salud Pública en las relaciones internacionales: cañones, mercancías y mosquitos. Córdoba. Argentina. Ed. El Ágora.

Spinelli, H. y otros (2013). La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires. OPS.

Spinelli, H. (2014) El trabajo y la organización en el campo de la salud. Voces del equipo editorial. Revista de Salud Pública, Vol 18. p. 294-297. Chile.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva, vol. 6, núm. pp. 275-293. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

Testa, M. (2017). Siempre me vi como un militante de base/Entrevista. Revista Soberanía Sanitaria. Año 1·Número, pp 6-9. Fundación Soberanía Sanitaria y ATE Santa Fe.

12

El trabajar en pandemia en Cuidados Paliativos. Reflexiones desde Trabajo Social

| María de los Ángeles Mori

Introducción

En el presente trabajo tratare de reflejar atenta a la coyuntura de emergencia sanitaria por COVID-19 que nos atravesó y nos continúa atravesando, como la Sala de Internación Domiciliaria en Cuidados Paliativos se vio en la tensión y en el dilema de proporcionar el cuidado a la unidad de tratamiento paciente-familia, cuando en la internación hospitalaria se anulaba la posibilidad de acompañamiento vincular.
Todo aquello que corresponde a la filosofía y a los objetivos de los Cuidados Paliativos que van encaminados al confort y al acompañar e intentar comprender el sufrimiento de personas que se enfrentan al final de vida, ya sea la suya o de un familiar; no se podía garantizar ,el paciente quedaba aislado, solo sin posibilidad de que sea higienizado o de alimentarse, sin perder de vista que esta población asistida tiene una autonomía relativa, que van perdiendo sus fuerzas, se encuentran débiles y desganados al transcurrir el proceso de enfermedad; las familias angustiadas, enojadas, impotentes sin poder hacer otra cosa que esperar el resultado del hisopado y desear con todas las fuerzas que sea descartado para Covid-19.A los profesionales nos hizo interrogarnos , pensar y reflexionar en otras posibilidades y teníamos la contingencia de generar una propuesta superadora de la situación planteada. Esta propuesta superadora que luego fue una invitación a otros servicios sanitarios, no solo de cuidados paliativos, contribuyo a visibilizar a los cuidados paliativos y poner de cierta manera a los cuidados paliativos en la agenda pública, con un claro intento de salud colectiva. No solo para atenciones paliativas, sino para la salud en general.

Curar y cuidar

Curar y cuidar, modelo general de acción sanitaria, con especial aplicación a los pacientes oncológicos pero que también puede hacerse extensivo a otras enfermedades graves en la medicina de hoy. Su fundamento se encuentra en los dos objetivos esenciales de toda acción médica: curar y cuidar. El diagnóstico de una enfermedad grave en su fase aguda concentra todos los esfuerzos médicos en su eliminación para curar el paciente con todas las terapéuticas y estrategias agresivas y hasta arriesgadas. Si no se consigue su curación o remisión y la enfermedad se transforma en crónica a medida que pasa el tiempo, cobra dimensión el objetivo de paliar el padecimiento o sus secuelas: cuidar el paciente.

Cuando finalmente la enfermedad entra en una etapa de clara irreversibilidad hacia la muerte se entra en la fase de fin de vida y en ella todo el esfuerzo debe concentrarse en el cuidado del enfermo. Sin embargo, este modelo que rescata frente a la primaria alternativa de curar como paradigma de la medicina, y la ética de cuidar cuando la restauración del equilibrio biológico es imposible, sugiere dos conceptos que no pueden ser considerados como absolutos ni de validez completa. En primer lugar, el curar es un objetivo difícilmente alcanzado por la medicina que basa su progreso, medido por el aumento muy importante de la vida media de la población, en la prevención y en la mejor atención continua de las enfermedades crónicas prevalentes. En segundo lugar, el cuidar debe ser un objetivo permanente de la acción médica en toda circunstancia, no solo en etapa de final de vida, no sólo la medicina paliativa debe cuidar porque atiende a pacientes incurables, avanzadas y sin posibilidades de tratamiento curativo.

El final de vida es una condición evolutiva muy difícil de determinar con precisión, aunque es cierto que se instala cuando la expectativa de muerte, como consecuencia directa de la enfermedad, aparece en la mente del médico, de la familia y del paciente. En la unidad de cuidados paliativos se proporciona un espacio adecuado para la recepción de estos pacientes con una enfermedad que conduce a su muerte en una fecha próxima.

Se impondrá, aun con mayor énfasis, una ética del cuidado, que es una actitud humana e íntegra, más que una acción esencialmente profesional. Una ética común del fin de la vida que reúne a dos áreas de la medicina asistencial, aparentemente distantes, implica admitir en la práctica que el límite de la atención médica resulta inherente a la condición de médicos y que la calidad de vida exigirá un cuidado del paciente como objetivo primordial de la acción médica en esta etapa final de la enfermedad. Una muerte digna es la que ocurre sin aislamiento, sin desfiguración y sin sufrimiento. En la fase terminal de una enfermedad el fracaso no consiste en la llegada de la muerte sino en que el paciente se muera sufriendo.

Los tratamientos curativos y paliativos no deben vislumbrar como excluyentes sino como complementarios y siempre vigentes para encontrarse permanentemente desde la fase aguda de la enfermedad hasta la terminal. El objetivo de la medicina será siempre aumentar o mantener el nivel de comodidad del paciente unas veces mientras llega la mejoría clínica y otras veces mientras progresa la enfermedad.

Para que esto sea posible debe tenerse una concepción integral del hombre (como cuerpo biológico y como persona) y la constitución de un trabajo interdisciplinario que articule a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, y psicólogos en permanente contacto con el paciente y la familia. El tratamiento paliativo es la respuesta humana de una sociedad que avanza hacia la pregunta de la muerte, a la que todos habremos de responder algún día.

Actualmente el escenario y las circunstancias que rodean a la enfermedad en general y a la muerte en particular han cambiado substancialmente en nuestra sociedad: la muerte ya no transcurre generalmente en el hogar y en la cama habitual del paciente, éste no se encuentra acompañado siempre por su familia, y no se la espera con la naturalidad del fin de una vida. Así como la muerte fue alejada primariamente del domicilio, ahora también resulta frecuentemente expulsada de las salas generales de internación hacia las áreas de mayor complejidad. Esta muerte llamada hospitalaria por algunos, ocurre frecuentemente en una unidad asistencial de internación, sorprende a la persona enferma en soledad afectiva, no se la vive como un fenómeno claro y evidente desde la intimidad familiar y resulta un proceso monitoreado por expertos que exige el aislamiento del muriente, provocan frecuentemente su desfiguración corporal y no se conoce y cuantifica siempre su sufrimiento.

Con todos los avances disponibles en la medicina de hoy existe una conducta médica que será la de permitir morir en condiciones dignas que no impliquen dolor, desfiguración, ni sufrimiento. Una conducta, que no implicará abandono del paciente (como lo sugiere el “dejar morir”, y “ya no hay más nada que hacer”), puede comprender desde una analgesia suficiente y sedación profunda hasta la abstención o retiro de los métodos de soporte vital si se tratara de un paciente, que, por sus características evolutivas críticas, estuviere sometido a toda la tecnología que hoy la medicina puede ofrecer. Esta actitud implicará hacer nuevas cosas, no hacer otras y hasta dejar de hacer algunas. Una medicina digna, que va más allá de una muerte porque comprende a la vida misma que la incluye, indica que más medicina no es mejor medicina y que más acciones no son mejores acciones.
En salud (no solo un accionar médico, sino de otras disciplinas que aportan al proceso de salud-enfermedad) no es evitar la muerte sino promover el bienestar de las personas a través de la curación de la enfermedad, su prevención cuando fuera posible y, en toda circunstancia, procurar el alivio del dolor y del sufrimiento.

Una sola condición resulta indispensable para la validez moral de esta conducta: la información y la decisión del paciente o de su representante, que tanto más fácil será cuanto más la sociedad en su conjunto se plantee el tema del derecho a vivir, incluyendo el derecho a morir.

Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras, mucho más que cualquier otro movimiento equivalente en la esfera de la salud pública mundial.

La Salud Colectiva en tanto ámbito de prácticas se constituirá en un permanente proceso de auto-creación, teniendo como hito fundamentalmente sus efectos concretos sobre la realidad de salud. En este sentido, los procesos de producción-reproducción de este campo podrán cumplir la siguiente pauta de acción:

a) Calificar el conjunto de necesidades sociales en salud, entendiéndolas no sólo como carencias sino como "ideas de salud" o, alternativamente, como proyectos de "llegar a ser", esto significa tomar la salud como "meta a ser conquistada, como un bien que se adquiere a través de los conflictos y de la lucha de clase" (Minayo 1991).

b) Pensar los diferentes medios y las actividades necesarias (el trabajo propiamente dicho) para atender tales necesidades, aunque no se limiten al conocimiento científico y tecnológico de la Salud Colectiva y de la Medicina (Paim 1992).

c) Instaurar nuevas relaciones técnicas y sociales orgánicas a tales prácticas, en un movimiento de producción de hechos capaces de engendrar cambios en la fenoestructuras y en las genoestructuras del campo social de salud, a ejemplo de los procesos de distritalización y municipalización, educación y comunicación social, grupos, de presión, ONGs, productores culturales, entre otros (Paim 1994).

d) Invertir política y técnicamente en los espacios institucionales abiertos por tales propuestas, en la medida en que, en tanto las necesidades de salud están socialmente determinadas, las prácticas de Salud Colectiva son redefinidas teniendo en cuenta el desarrollo de sus instrumentos de trabajo y la instauración de nuevas relaciones internas al campo de la salud (Paim 1992).

Y desde la mirada de la salud colectiva, es que se apunta a conceptualizar a la salud como un proceso complejo, que contribuye al estudio de los fenómenos de salud enfermedad-atención en poblaciones como procesos sociales, investigando la producción y distribución de la salud- enfermedad- atención en la sociedad como parte de la reproducción social y analizando las prácticas de salud como un proceso de trabajo articulado con otras prácticas sociales.

Partiendo de una perspectiva de salud colectiva y de derechos humanos, desde un enfoque integral, es que la Sala de Internación Domiciliaria en C.P. del Hospital Dr. R. Rossi de La Plata creo el Protocolo Acompañamiento de Referente Familiar en Internación por sospecha de COVID-19 en pacientes con atención paliativa, puesto que es nuestro objetivo atender las necesidades de aquellas personas que sufren, y brindarles los mejores cuidados hasta el final de vida.

En función de esta tarea, es una particularidad en nuestro modo de intervenir, definir en cada caso, junto con el paciente y sus referentes vinculares, cuáles serían "los mejores cuidados" cuando la muerte se insinúa en la vida; intentando evitar caer en la generalidad y la comprensión de que habría UNA mejor forma de vivir el final de la vida. Los pacientes asistidos por el servicio de medicina paliativa en algún momento de su proceso de atención y, sobretodo, en etapa de final de vida, ingresarán al hospital con los síntomas característicos con los que actualmente se define un caso sospechoso de COVID19: tos, fiebre, odinofagia, dificultad respiratoria , anosmia, disgeusia; debiéndose iniciar las actuaciones correspondientes por protocolo (atención en el consultorio de febriles donde se le realizará el hisopado, laboratorio, imágenes, etc.). Sabiamos que lo que seguía a estas primeras indicaciones es el aislamiento preventivo y obligatorio; anulándose la posibilidad de acompañamiento vincular, hasta tener la confirmación del resultado.

Entendíamos que este es un hecho que involucrará a todo paciente que deba ser estudiado por COVID-19, pero que afecta de modo singular al paciente de paliativa. Cuando hablamos de un paciente en final de vida, la temporalidad es un factor muy importante, aunque paradójicamente no podamos precisar el día y la hora en la que llegará el fin: pueden ser horas o días, a veces meses. Pero hay un saber real que sólo en la clínica de los cuidados paliativos se pone en juego de manera tan explícita: la muerte está próxima. Si bien existen algunos indicadores clínicos (físicos) que nos permitirían realizar algunas aproximaciones y que orientan los

tiempos de nuestras intervenciones, la subjetivación de ese saber real no conoce de tiempos cronológicos. A veces la advertencia adviene con la hospitalización, otras con la pérdida de autonomía, otras en el último instante de lucidez. Y dicho proceso de subjetivación, muchas veces es transitado no sólo con el equipo de paliativa, si no también junto a sus otros familiares. En su gran mayoría, aquellas personas que se encuentran realizando un tratamiento con cuidados paliativos, suelen padecer ya desde hace un tiempo la disminución o ausencia de autonomía, e incluso la imposibilidad de satisfacer sus necesidades básicas (de higiene y alimentación).

Esta pérdida responde a la progresión de la propia enfermedad oncológica, que en ocasiones es tan abrupta, que redobla la angustia tanto en el paciente como en su entorno, ante aquello que se pierde, para no volver. El impacto subjetivo en el propio paciente es ineludible, afectando no sólo la representación de su imagen corporal y su narcisismo; sino también lo que muchos expresan como "su dignidad". La presencia de un otro familiar acompañando lo doloroso de este proceso, en algunos casos puede llegar a ser vivenciado con cierta reticencia. Las razones son tan diversas como los sujetos en cuestión, y sin duda se enlazan a sus historias de vida y sus posiciones subjetivas. Sin embargo, si algo nos han enseñado nuestros pacientes, y una de las mayores recurrencias que encontramos en los casos que tratamos, es que no es lo mismo morir solo que acompañado, así como tampoco es igual poder despedirse o no hacerlo. La presencia del otro lejos está de reducirse a la atención de las necesidades básicas o la colaboración con el control de síntomas para paliar el dolor. La presencia de un otro familiar puede contribuir a disminuir un dolor que no se anestesia con medicamentos, o al menos amortiguarlo al poder compartir los últimos momentos de la vida con otro. Hablamos de un "otro familiar" sin restringirlo al grupo familiar; más bien refiriéndonos a lo familiar en el sentido de lo conocido y de lo que otorga confianza al paciente.

En la medida en que nuestro sujeto de intervención es tanto el paciente como su entorno vincular, no puede desconocerse el impacto subjetivo de la coyuntura del final de vida en los otros que conforman este entorno. Para ellos tampoco es lo mismo que esa persona a la que vienen acompañando y cuidando, muera sola, sin poder despedirla. Las consecuencias psíquicas del aislamiento y una muerte sin despedida, recaen tanto en el propio paciente como en sus otros significativos, y repercuten directamente en la forma que adopte la elaboración de esa pérdida para quienes continúan viviendo. Los rituales que atañen al momento de la despedida

de un ser querido suponen un recurso simbólico que instaura un tratamiento sobre el real de la muerte. Desde la perspectiva de los cuidados paliativos, la despedida forma parte de un proceso que se comienza a tratar mucho antes de la muerte en sí. Poder darle continuidad a ese proceso en los últimos instantes de la vida del paciente, marca un antes y un después en la historia subjetiva de quienes padecen. Propiciar las condiciones para "un buen morir" y los cuidados de fin de vida, en pacientes con patologías limitantes o amenazantes de la vida, constituye entonces uno de los objetivos basales de los cuidados paliativos. Pero también atañe a su ética, que no es otra que la del cuidado; acentuando siempre la necesidad del acompañamiento de los afectos en los momentos finales de la vida. En este sentido, consideramos de suma importancia permitir la presencia de un otro familiar junto al paciente muriente, cuando esta sea una de esas condiciones del "buen morir". Y sostenemos que morir acompañado puede ser en sí mismo un acto paliativo.

El contexto de la pandemia actual, algunas de las medidas necesarias que han sido tomadas a los fines de preservar la salud biopsicosocial, impiden o dificultan en muchos casos los principios de la práctica en Cuidados Paliativos.

Si bien el acompañamiento de un referente familiar, en situaciones de fuerza mayor (imposibilidad de valerse por sí mismo, limitación del personal de salud, estadio de la enfermedad de base) sería imprescindible, se debió valorar estas situaciones considerando cada situación en particular.

Esto nos llevó a presentar al Comité de Crisis del Hospital la propuesta, que fue trabajada varias veces con el Servicio de Infectologia del Hospital, y luego de la aprobación del Comité de Crisis, el Ministerio de Salud lo adopta como recomendaciones para toda la Pcia de Buenos Aires, (Argentina) como también otros ámbitos institucionales lo recomiendan para otros espacios de salud y otros equipos de cuidados paliativos.

Se logró construir este dispositivo que permite la presencia de un familiar acompañando al paciente el tiempo que dure la internación tanto del caso sospechoso /confirmado; teniendo en cuenta que el familiar no podrá salir de la habitación y deambular por el pasillo del hospital, hasta que se descarte el caso (se dará prioridad al procesamiento de estas muestras),

y de ser positivo deberá permanecer en las mismas condiciones antes descriptas y luego cumplir posteriormente 14 días en aislamiento domiciliario.

Se trata de cuidar, no solo de curar, sino de cuidar, de acompañar en el cuidado, de prevenir riesgos y daños, de promover condiciones de mejor calidad de vida, de evitar sufrimientos, de apostar a un sistema de salud que brinde los medios para que este derecho al cuidado pueda ser ejercido , como en otros ámbitos de los derechos– por ejemplo, el derecho a la identidad de género, o los derechos reproductivos -, el ejercicio del derecho al no dolor también puede requerir de regulaciones y de los recursos activos (materiales y humanos) por parte del Estado. Falta mucho para lograr que toda la población pueda contar con la asistencia de cuidados paliativos, que sea reconocido como un derecho, universalizado para toda la población, ya sea en Argentina, como de otros países latinoamericanos. Se podría hablar desde muchos ángulos sobre los cuidados paliativos , la mercantilización de la atención, las pocas políticas de formación en cuidados paliativos, la políticas de cuidados familiarizadas y feminizadas, la distribución de la medicación desigual, acceso a los opioides de manera heterogénea y no universalizada al no estar garantizada para toda la población, mitos sobre los opioides y muchos temas más ...pero estas acciones pequeñas Protocolo de Acompañamiento familiar en pacientes en tratamiento paliativo han posibilitado reflexionar y poner en discusión muchos aspectos de la asistencia en salud y han posibilitado que otros espacios sanitarios también se encuentren problematizando este escenario ,para generar medidas de cuidados para toda la población, contribuyendo a visibilizar a los cuidados paliativos como un derecho.

Como campo de prácticas, la Salud Colectiva focaliza sus modelos o lineamientos sobre cuatro objetos de intervención: políticas, prácticas, tecnologías e instrumentos. Aunque no constituye en sí mismo un nuevo paradigma. Salud Colectiva, como un movimiento comprometido con la transformación social de la salud, presenta ricas posibilidades de articulación con paradigmas científicos capaces de aproximarse al objeto salud-enfermedad-cuidado con respeto de su historicidad y complejidad.

Los Cuidados Paliativos pueden aportar innovación al sistema de salud en varios aspectos como por ejemplo, invitan a un abordaje integral de la asistencia centrada en el paciente y su familia, estimulan el trabajo en equipos interdisciplinarios (Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Medicina, etc.), favorecen que la toma

de decisiones clínicas y éticas respete los valores de los pacientes y sus familias, adecuan los CP a las características socioculturales de los pacientes y favorecen el debate sobre la calidad de vida y el respeto a la dignidad de las personas con enfermedad en fin de vida.

Conclusión:

Desde Trabajo Social es que nuestras intervenciones tienen que ver con la singularidad, de cómo dialoga el COVID- 19 con las diferentes situaciones, por ejemplo, con los adultos mayores, violencia de género, situaciones de desigualdad, y en nuestro caso con los cuidados paliativos. Y como esta singularidad vista desde el concepto de vida cotidiana se ha visto modificada y alterada. La vida cotidiana de todos ha sido alterada, nos ha llegado muy rápido, sin tiempo casi de poder reflexionarlo. Y hemos trascurrido un proceso, que ha sido duro, de mucha angustia, de mucha incertidumbre, de solidaridad y de otras mezquindades, hemos puesto el cuerpo y hemos escuchado.

Nuestras formas de abordaje de los diferentes lugares en donde trabajamos como agentes de salud se han modificado en función de las recomendaciones de las autoridades en el marco del covid-19. El aislamiento social, preventivo y obligatorio nos ha interpelado en buscar nuevas formas de intervención, nos ha interpelado en cómo garantizar el acceso al sistema de salud en general, como garantizar el acceso a los cuidados paliativos (en nuestro caso), como garantizar el control de síntomas, tanto físicos, sociales o psíquicos. Y luego en distanciamiento preventivo y obligatorio continuar con cos cuidados necesarios para garantizar la atención.

Creo que en la medida que fuimos resolviendo estas contradicciones, en la medida que fuimos resolviendo estos conflictos, fuimos y seguiremos modificando situaciones para mejorar la realidad en la que nos toca vivir. Estos cambios han angustiado, estresado, han generado ansiedad, incluso han generado temor. Pero pensar en el otro como nosotros mismos, pensar que estamos frente a algo que no fuimos preparados, nadie fue formado para trabajar en pandemia, no teníamos herramientas para eso, pero las podemos construir, las podemos inventar y hasta crear; y de echo lo hicimos , en la medida que vayamos buscando diferentes y nuevas formas de intervención junto con nuestros compañeros, teniendo en cuenta la singularidad de nuestros pacientes, es que iremos resolviendo el conflicto

manteniéndonos saludables. Y en este sentido no hay héroes que resuelva las diferentes situaciones, hay un colectivo, hay un equipo que va ir resolviendo los diferentes problemas de la contradicción salud-enfermedad. Apostando en la construcción de una salud colectiva , que logre conceptualizar a la salud como un proceso complejo, desde una teoría critica, sin ver a la salud como un estado fijo, lineal, singular e individual (biológico, asistencial y de control) sino como proceso de salud enfermedad atención y cuidados ; donde se tiene en cuenta al sujeto , un sujeto histórico y social , un sujeto en y con una sociedad, un sujeto en un todo en relación biológica y social en su conjunto, en su totalidad, con las determinaciones multidimensionales y sus condicionantes en un momento histórico que le es propio, nos va a llevar a pensar y a construir procesos saludables, procesos más humanos, a pensar a la salud-enfermedad como proceso con determinantes y condicionantes culturales, económicos, políticos e históricos, con un sujeto activo, generador de cambios. Y en esto la propuesta, la intervención que hemos realizado de permitir un acompañante familiar en una situación tan vital como es el final de vida de un paciente, primero al Comité de Crisis del Hospital y luego al Ministerio, que lo toma como recomendaciones, para que cada hospital y cada área de salud vea las condiciones y evalué la posibilidad de ponerlo en práctica, ha contribuido a visibilizarlo como un derecho humano. Esta intervención, este accionar de permitir el acompañamiento de un familiar bajo ciertas circunstancias ha posibilitado poner en cuestión la necesidad de humanizar la atención médica, sino que se respeta el derecho al bien morir, favorece el duelo adecuado de sus seres queridos y hace un aporte e al salud colectiva, sino que también permite que los profesionales de la salud y creo en este punto que es un poco lo que vino a problematizar la pandemia es mejorar , la forma de comunicación y el dialogo entre nosotros profesionales de la salud, sino también con los pacientes, con las familias , que nos posibiliten practicas más humanas, más acompañadas, más sensibles. Creo que en el fondo la emergencia sanitaria por COVID-19 nos ha dado la posibilidad de es repensarnos como comunidad, volver a pensar lo esencial, de reflexionar, nos abre las puertas de la solidaridad, de pensar en la necesidad del otro, el derecho a la vida, la solidaridad y la justicia, como ejes fundamentales de la humanidad.

Referencia bibliográfica

Laurell, Asa Cristina. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de Salud, 2(1), 7-25. Ver: http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.pdf

Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de salud-enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. Ver: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/32628/8366.pdf?sequence=1

Floreal Ferrara (En torno al concepto de salud, en Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina, enero diciembre, 1975).

Naomar Almeida Filho. Jairnilson Silva Paim. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Bibliografía obligatoria del Diploma Superior Gestiòn y Politicas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria 2020.

Sala de Internación Domiciliaria en Cuidados Paliativos del Hospital Interzonal General de Agudos “Prof. Dr. Rodolfo Rossi” La Plata. Acompañamiento de Referente familiar en internación por sospecha y/o confirmación de covid-19 en pacientes con atención paliativa. 3 de abril de 2020.

Dr. Carlos R. Gherardi. La reflexión ética aplicada al acto asistencial. Módulo II, Clase VIII del Posgrado Interdisciplinario en Cuidados Paliativos. Facultad de Medicina Universidad Buenos Aires. Facultad de Medicina Virtual. Año 2007/2009.

Carolina Nadal e Isabel Pincemin. Cuidados Paliativos: derecho al final de la vida Artículos centrales Revista Debate Público. Reflexión de trabajo Social. Año 2012

13

Caracterización de la Salud Pública Argentina en general y de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) Dr. Carlos G. Malbrán en particular. Bases para un necesario giro decolonial y latinoamericanista

| Javier De Filippo

Introducción

Argentina al igual que el resto de américa latina ha desarrollado su salud pública y las instituciones que la componen en el marco general, cultural, epistémico y fáctico del colonialismo desde una posición periférica, subordinada y euro-centrada. Constituyéndose estas instituciones en impulsoras y reproductoras de una epistemología foránea, ajena tanto a las raíces de su pueblo como así también a los intereses propios, nacionales y regionales.

Este trabajo pretende caracterizar el desarrollo de la salud pública argentina y en ese marco su principal institución científica, la ANLIS Malbrán; observando sus circunstancias pasadas y evaluar, en base a sus potencialidades y características, como esta puede contribuir en el necesario giro decolonial y emancipatorio que la salud pública Argentina necesita.

Justificación

Una caracterización adecuada de la salud pública argentina y de la ANLIS -Malbrán en particular son importantes para, como trabajadores de esta última, desempeñar un rol activo en la búsqueda de un giro decolonial y en orden de acercarnos como colectivo social a la soberanía sanitaria. Particularmente la relación de la ANLIS-Malbrán con la salud pública y con el sistema de ciencia y técnica argentino la subrayan como en una institución única en su tipo. Es, por una parte, un organismo formalmente dependiente del ministerio de salud y al mismo tiempo parte del gabinete científico tecnológico (GACTEC) organismo de definición de políticas y coordinación interministerial. Dentro del sistema de ciencia, tecnología e innovación, la ANLIS integra el Sistema Nacional de Innovación, SIN junto con organismos como el Instituto Nacional de Tecnología Industrial INTI, todos articulados desde Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (MinCyT), siendo allí, la única institución de ciencia, tecnología e innovación, proveniente del área de salud. (Bassani Molinas, 2013)

Por otra parte, siendo una institución centenaria de enorme prestigio sanitario y científico, tiene un lugar de privilegio en la consideración del resto de las instituciones tanto estatales como privadas y de la población en general. Esto sumado a su extensión territorial la constituyen en una institución central en el

análisis de un necesario giro decolonial y emancipatorio de la salud pública, que permita acercarnos a la soberanía sanitaria.

Relevancia

La continuidad permanente que en términos generales el sistema de salud pública y el científico sanitario siguen en la historia argentina, en clave de colonialismo y dependencia debe ser transformada hacia una mirada con fuerte carácter emancipatorio y latinoamericanista. Analizar la salud pública argentina y a la ANLIS -Malbrán desde su posicionamiento histórico, resulta fundamental a la hora de pensar un futuro más próximo a la independencia, la emancipación y la soberanía sanitaria.

Propósito

Generar un documento preliminar, que establezca donde está situada la Salud Pública argentina y la ANLIS-Malbrán en él actual contexto y con ese punto de partida, pensar posibles intervenciones en vistas a generar un cambio en los términos que permitan un acercamiento a los conceptos de latinoamericanismo, emancipación y soberanía sanitaria.

Consideración General

Según el sociólogo estadounidense Immanuel Wallerstein, las relaciones económicas mundiales forman un sistema global en el seno del cual las naciones más desarrolladas explotan tanto la mano de obra como los recursos naturales de aquellas naciones en vías de desarrollo. Este sistema mundial, o ***"sistema-mundo",*** dificulta el desarrollo de los países pobres y garantiza que los ricos sigan siendo los principales beneficiarios de las cadenas globales de materias primas y de los productos y la riqueza creados por el capitalismo industrial.

Este nuevo sistema económico mundial comenzó a emerger durante el siglo XVI, cuando las potencias europeas, como España, Inglaterra y Francia, empezaron a explotar los recursos de las tierras que conquistaban y colonizaban. Estas relaciones comerciales desequilibradas llevaron a una acumulación de capital que se reinvertía en la ampliación del sistema. A finales del siglo XIX, la mayor parte

del mundo se había incorporado a este sistema de producción e intercambio de productos (Wallerstein, 1974)

Si nos proponemos caracterizar la salud pública de un país en particular, como la Argentina, debemos hacerlo en el marco de las relaciones internacionales que influyeron e influyen fuertemente el desarrollo y la agenda sanitaria con particular énfasis en los países periféricos y que se encuentran bajos las reglas de ese sistema mundo que ilustráramos anteriormente y como sabemos, allí juega un rol excluyente la reproducción del poder en el dominio del centro sobre la periferia. Así las concepciones de Salud Pública Internacional, SIP (Cueto. 2015), y la Salud Global Liberal, SGL (Brown; Cueto y Fee. 2006), no son más que elementos adecuados para reproducir, representar y cristalizar relaciones de bloques de poder, una geopolítica de poder del sistema mundo asimétrico, depredador, excluyente y reproductor de colonialidad de centro-periferia con aceleración deshumanizante para la salud y la vida de los pueblos.

Los países centrales del sistema-mundo construyeron un conjunto de tramas simbólicas, culturales y políticas que en tanto "hegemónicas" (Gramci, 1978) reproducen ideas totalizantes, instalando creencias, valores e intereses que son opuestos a los de los países de periféricos pero que han sido tomados como supuestas "verdades" de la salud pública internacional y la salud global. Hasta el punto de infiltrar las universidades y las diplomacias que llevan adelante agendas expresando los intereses geopolíticos del norte central y no los intereses propios de los países de la periferia.

En el marco hasta aquí expuesto es que se debe analizar el desarrollo de la salud pública argentina y de la creación de sus instituciones más emblemáticas como el Instituto Malbrán, Actual Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) Dr. Carlos G. Malbrán.

Breve semblanza de la Salud Pública Argentina

Entre la Salud Internacional Panamericana (SIP) y la Salud Global Liberal (SGL)

La Argentina tradicionalmente gobernada por partidos conservadores entre fines del siglo XIX y principios del XX y posteriormente por gobiernos radicales o militares

hasta la mitad del siglo, tuvo un alineamiento en su política exterior siempre ligado a las potencias hegemónicas del momento. Inglaterra primero y EEUU después fueron los faros en los se fijó el norte de la política general y la sanitaria en particular. Recién con el advenimiento del Peronismo en 1946 aparece una mirada diferente, más independiente y autónoma.
Ramón. Carrillo, el primer ministro y padre del sanitarismo en la Argentina, llevó a cabo una transformación sin precedentes en la salud pública desde una concepción social de la medicina. El Creía que ésta debía orientarse hacia los llamados factores indirectos. "La mala vivienda, la alimentación inadecuada y los salarios bajos. Sostenía, que estos factores tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos.

Entre 1946 y 1951 se construyeron 21 hospitales con una capacidad de 22.000 camas. Se estableció la gratuidad de la atención de los pacientes, los estudios, los tratamientos y la provisión de medicamentos. Se lanzaron planes masivos de vacunación, con lo que en pocos años se logró la erradicación del paludismo, la eliminación de las epidemias de tifus y brucelosis, se logró combatir casi por completo la sífilis y disminuir la incidencia de la enfermedad de Chagas. Además, el índice de mortalidad por tuberculosis se redujo en un 75 por ciento y la mortalidad infantil descendió a la mitad. Se impulsó la creación de EMESTA, primera fábrica nacional de medicamentos, ideada para el abastecimiento de remedios a bajo precio. También apoyó a laboratorios nacionales, a través de incentivos económicos, procurando que la población tuviera acceso a los remedios (www.elhistoriador.com.ar Carrillo, precursor del sanitarismo argentino). A pesar de los incuestionables logros las acciones de este ministerio no terminan de permear a la sociedad en su conjunto ni a las organizaciones sociales lo que impide enfrentar con éxito los conceptos fundantes del panamericanismo. No obstante, este será el periodo de esplendor de la Salud Pública Nacional.

Para ese entonces, la corriente general de pensamiento en la integración latinoamericana, con una mirada primordialmente económica, se basa en el desarrollismo (Prebisch, 1948)

Los conceptos expresados en el trabajo de (Basile, 2018) respecto de las bases de la Salud Internacional Panamericana nos permiten encuadrar aquí, sin dudas, a la Salud Publica de la República Argentina. Por otra parte en tanto país en "vías

de desarrollo" resulta un país dependiente en lo sanitario expresado tanto en la deficitaria balanza de comercial con compra permanente de insumos y tecnología médica dependiente del complejo medico industrial farmacéutico, respecto de las patentes, etc. (Basile, 2019)

La Argentina no escapa a la colonialidad del poder y el conocimiento descripta por Aníbal Quijano (Quijano, 1999) que junto con Walter Mignolo (Mignolo, 2002), la definen como la estratificación de los países, sociedades y personas en un sistema que produce y mantiene las asimetrías, haciendo a unos "superiores" sobre "otros"

Así, los periodos de gobiernos ultraliberales como los de Carlos Menem (1989-1999), Fernando de la Rúa (1999-2001) y Mauricio Macri (2015-2019) en lo sanitario, fueron claras expresiones de la Salud Global Liberal (SGL). Estos gobiernos se posicionaron ante el norte global en una clara genuflexión, aceptando un rol dependiente y obediente (Relaciones Carnales, enamorarse de la directora del FMI C, Lagarde entre otras). En este periodo, como ocurrió con otros países de América Latina, la Argentina abandonó el paradigma de relaciones internacionales del Estado-desarrollista, adoptando el paradigma neoliberal, cuyas reformas implícitas fueron rápidas y radicales (Bernal-Meza, 2000); (Cervo, 2000). El eje de la "nueva agenda" de la política exterior argentina constituyó la adopción integral de los "valores hegemónicos universalmente aceptados". Estos valores, impuestos por el orden imperial, significaban una confluencia de democracia (formal) y libre mercado, bajo hegemonía ideológica del neoliberalismo, que se reflejaría en múltiples segmentos del sistema internacional. Así, el "Consenso de Washington" (1989), la "Iniciativa para las Américas" (1990) –de la que derivaría el proyecto ALCA– y la constitución de la OMC, junto a las nuevas disciplinas, que establecieron las normativas a las cuales debían ajustarse las políticas públicas, entre ellas la salud.

Este periodo es un claro ejemplo de lo que Jaime Preciado (Preciado, 2008) define como la SGL, siendo esta, un aparato de reproducción de la geopolítica de poder del sistema-mundo en sus diversas etapas y ciclos del capitalismo global: colonial, industrial, y liquido-financiero. Sistema-mundo profundamente asimétrico, depredador, excluyente y reproductor de colonialidad, de Centro-Periferia con aceleración deshumanizante dejando cada vez menos espacios para la salud y la vida. De este modo, estos tiempos estuvieron signados por las reformas de corte liberal del estado, la descentralización de instituciones de salud, autogetión de hospitales,

reducción de personal, reducciones presupuestarias, desarticulación de programas, despido de personal, desinversión en equipamiento, desmembramiento de lazos institucionales y desintegración regional. Se profundizaron las recetas de la salud pública funcionalista (Funciones Esenciales de Salud Pública). Las mismas, no tendrán relación con mayores o mejores respuestas colectivas, integrales, interdependientes de las determinaciones globales de la salud para el bienestar de las sociedades (Feo, 2004), sino que serán las funciones residuales como rectoría, regulación enfermedades de altas externalidades y bajo lucro, epidemias y ciertas vacunas, asignadas por los bancos y sistema financiero, del BID, Banco Mundial y otros actores extra sanitarios.

Por otra parte, irrumpieron conceptos de cobertura sanitaria a través de seguros por estrato social, separación de funciones, modulación financiera y provisión de servicios privados y públicos en competencia regulada. Se puede mencionar como precursores el caso de Chile de Augusto Pinochet en el ´82 creando el modelo FONASA-ISAPRES y la reforma neoliberal de Colombia en los ´90 con la Ley 100 (Almeida, 2002).

Todos con graves perjuicios sobre la calidad de vida y salud de la población, sobre todo de las clases más humildes.
Finalmente cabe analizar el periodo de gobierno 2003-2015 con claros avances en la salud.

En este periodo se registraron las menores tasas de mortalidad infantil y materna de la historia, llegando a 10,8 por cada mil nacidos vivos y 3,2 por cada 10.000 mujeres en edad fértil en 2013 y se amplió el calendario de vacunación a 19 vacunas obligatorias siendo de los más completos del mundo. No obstante, el concepto principal sigue siendo el de la SIP y sus líneas focalizadas pudiendo tomarse como ejemplo la creación de los Institutos Nacionales del Cáncer y de Enfermedades Tropicales. Aparecen en este periodo intentos de colaboración Sur-Sur como la creación de la Red de Institutos de Salud (RINS) q se creó en el marco del Consejo de Salud Suramericano en marzo de 2010. Su visión es que "... en los países miembros de UNASUR los gobiernos aplican políticas de salud efectivas, siendo la RINS/UNASUR la instancia de referencia para el desarrollo

científico y tecnológico. (Rosemberg, 2015) En este proceso la ANLIS a la cual pertenezco, tuvo un rol preponderante junto con la FIOCRUZ de Brasil y algunos tuvimos la oportunidad de colaborar en las primeras charlas bilaterales.

Sin embargo, varios factores impidieron el avance hacia una orientación más cercana a la SISS. El deterioro de los términos de intercambio y la caída de los commodities que sustentaban los liderazgos de políticos de la región, la muerte de Néstor Kirchner y Hugo Chávez, la crisis económico-financiera del 2008, las tecnocracias arraigadas formadas y preparadas para reproducir una y otra vez la agenda global (Basile, 2018)

entre otros factores, llevaron a una paulatina disgregación de los lazos del sur latinoamericano.

En mi opinión la conjunción de esfuerzos por parte de gobiernos populares, su coordinación regional y la imbricación de estos con los movimientos sociales, culturales, indígenas, etc., representativos de todos los sectores y de estos entre si a uno y otro lado de las fronteras, son la matriz sobre la que se puede guardar alguna esperanza de una SISS futura.

El Malbrán Reseña Histórico- Institucional

El "Instituto Bacteriológico", (del Departamento Nacional de Higiene), precursor de la actual Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos G. Malbrán y el actual Hospital Francisco J. Muñiz tienen su origen en la terrible epidemia de fiebre amarilla que sufrió la Ciudad de Buenos Aires hacia el final de la presidencia de Sarmiento.

Los terrenos ocupados por estas instituciones fueron los terrenos elegidos para depositar a cielo abierto durante la noche, los cadáveres que a diario tenían que ser trasladados como consecuencia del flagelo. En función de estos hechos, el Senador por Catamarca Carlos Gregorio Malbrán, propuso en la Cámara una ley para la creación de ambas instituciones sanitarias como recuerdo y "homenaje" a las víctimas de aquel flagelo.

El verdadero nacimiento del Instituto se produjo en el año 1893, al fundarse la Oficina Sanitaria Argentina con dependencia del Departamento Nacional de

Higiene, cuya presidencia era ejercida por el Dr. José M. Ramos Mejía. Esa oficina estaba compuesta por una sección bacteriológica, una química y una demográfica. La sección bacteriológica quedó a cargo del Dr. Malbrán, quien fue comisionado para estudiar en Europa el nuevo tratamiento de la difteria. A su regreso en 1895, Malbrán instruyó al personal en la técnica de obtención de suero antidiftérico y los lotes fabricados (en instalaciones transitorias habilitadas en la Isla Martín García), fueron distribuidos gratuitamente en sectores humildes de la población. Malbrán prosiguió ocupándose de diversas enfermedades y problemas de la época, los trabajos ganaron el empuje, lo que permitió la habilitación provisoria de algunos laboratorios en el predio que aun ocupa, siendo la primera construcción terminada el pequeño edificio ubicado en la esquina de la Avda. Vélez Sarsfield y la calle Brandsen. Se lo denominó “Conservatorio de Vacuna Antivariólica

En 1901, el Dr. Malbrán, en ese entonces Senador Nacional y presidente del Departamento Nacional de Higiene, concibió el proyecto de crear un Instituto de Bacteriología, pensado no sólo para impulsar la cultura científica del país, sino para ser un centro de elaboración de sueros, vacunas y productos biológicos destinados al diagnóstico, tratamiento y profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas.

En 1902, el Dr. Malbrán fue autorizado a gestionar ante el Directorio del Banco Nacional en liquidación, la transferencia de unos terrenos en Barracas, con frente a la entonces futura Avenida Vélez Sarsfield en su intersección con el Camino a Puente Alsina, para la construcción del Instituto Nacional de Microbiología y Conservatorio de Vacunas, e inmediatamente después se compraron otras fracciones aledañas hasta integrar los terrenos que hoy ocupa la sede central de A.N.L.I.S.

La elección de su emplazamiento se debió -en gran medida- a la proximidad con la “Casa de Aislamiento”, hoy Hospital Muñiz, separados por la actual Avenida Amancio Alcorta, y con la de otros centros asistenciales como el Hospital Rawson y los de “Alienados” y “Alienadas”, ya que en esos años era imposible conservar por largos períodos el material de investigación y el elaborado.

En 1904 se puso la piedra fundamental, aunque la construcción se prolongó hasta quedar definitivamente inaugurado el 10 de julio de 1916. En el terreno que ocupa 38.000 m2.

El planteo arquitectónico fue concebido dentro de los lineamientos de la arquitectura sanitaria de fines del siglo XIX y se conserva en la unidad del terreno previsto originariamente, con pabellones distribuidos entre jardines, tal como se concebía a un entorno apto para su propósito higienista, con plantas extendidas de poca altura, con simplicidad en la distribución funcional y con grandes aberturas para iluminación y ventilación de los locales.

El proyecto contemplaba la resolución de tres sectores principales: el Conservatorio Nacional de Vacunas, el Pabellón de Laboratorios para las Investigaciones Comunes y el Pabellón de Laboratorios y Establos necesarios para el estudio de "la peste", que incorporaron todos los adelantos tecnológicos del momento, ascensores, teléfonos internos y cámaras frigoríficas, entre otros, que lo convirtieron en uno de los más modernos del mundo en su especialidad.

Se inauguró como Instituto de Bacteriología, Química y Conservatorio de Vacuna Antivariólica. Fue su primer director el Dr. Rudolf Krauss, profesor de Bacteriología de la Universidad de Viena, contratado en 1912 por el embajador argentino ante el Imperio Austro-Húngaro. En ocasión de cumplirse en 1941 el 25° Aniversario de su inauguración, el Poder Ejecutivo pone en vigencia el decreto que denomina Carlos G. Malbrán al otrora Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene. El 26 de marzo de 1957, pasó a llamarse Instituto Nacional de Microbiología, funcionando como ente autárquico, bajo la dirección del Dr. Ignacio *Pirosky*. Así funciono hasta mayo de 1962 en que el presidente Arturo Frondizi fue derrocado. El 19 de junio de 1963, se le impone el nombre de Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos G. Malbrán". El instituto, participó desde su creación en la organización y ejecución de los programas Sanitarios Nacionales, producción y controlador de fármacos biológicos, estudios epidemiológicos y de endemias, así como el análisis de representantes de la fauna argentina, (insectos, arácnidos y ofidios), posibles causantes de endemias o de ser posibles vectores de enfermedades transmisibles de índole bacteriano, parasitario o viral.

El Instituto de Bacteriología -actual sede central de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" (A.N.L.I.S.)- recibió sucesivamente los nombres de Instituto Bacteriológico "Carlos G. Malbrán" (1941); Instituto Nacional de Microbiología (1957) e Instituto Nacional de Microbiología "Dr.

Carlos G. Malbrán" (1963). Es uno de los principales centros de investigación de microbiología en el mundo y en él han trabajado eminentes científicos, tales como los premios Nóbel Doctor Bernardo Houssay y Doctor César Milstein.

En 1996, en el marco de las reformas del estado promovidas por el neoliberalismo imperante y que persiguió el achicamiento de funciones y personal, mediante Decreto 1628, se decreta la creación de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD "DR. CARLOS G. MALBRAN" (ANLIS), aprobando su estructura organizativa bajo la dirección de la Dra. Elsa Leonor Segura, y conformada por el Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatala Chaben", el Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemo – Epidemias, el Centro Nacional de Control de Calidad de Biológicos, el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, el Instituto Nacional de Producción de Biológicos, el Centro Nacional de Genética Médica y el Centro Nacional de Red de Laboratorios, todos estos ubicados en la Ciudad de Buenos Aires, el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" en la ciudad de Mar del Plata, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni" en la ciudad de Santa Fé, el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" en la ciudad de Pergamino y el Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales en la ciudad de Salta. Fuente:

La reforma estructural que se propuso el estado neoliberal de Carlos Menem, Choco de frente con la determinación de los trabajadores del popularmente conocido Instituto Malbrán. Además de la férrea posición de sus trabajadores, fundamentalmente enrolados en la Asociación Trabajadores del Estado, de la Asociación de profesionales el conflicto suscitado con el gobierno neoliberal, contó con un consenso social de arco muy amplio que se materializo en la Intersectorial por la defensa de la salud. La lucha y resistencia a la reforma, significó la reincorporación del personal cesanteado y permitió la sobrevivencia de una institución que pretendía ser liquidada en el altar neoliberal. (Sánchez, 2007. ANLIS, 2013. Pirovsky, 1986)

Análisis Histórico/Político del Instituto Malbrán

Marco General

De la reseña anterior podemos extraer con claridad diversos aspectos que hacen a la creación, desarrollo y actualidad de la ANLIS-Malbrán.

Hacia fines del siglo XIX e inicios del XX, época en la que se constituye la salud pública convencional como disciplina, es posible definir algunas características fundamentales que le permiten adquirir una denominación de enfermología pública,

• El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud.

• El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social.

• El reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad.

Con el ánimo de comprender la salud pública convencional, recordemos que la medicina clínica constituyó su mirada, su saber, sus métodos y técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte. El éxito de la medicina clínica, ha dependido del logro de su positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. De esta manera, una buena parte de los problemas de la máquina corporal ligados con desarreglos de su estructura y función por causas externas e internas han podido ser explicados, neutralizados o abolidos, con lo cual se ha logrado producir máquinas corporales menos enfermas y que tardan más en morir.

Ante el "éxito" de la medicina clínica sobre la enfermedad individual, también se consideró a principios del siglo XX, que era posible construir una "enfermología social" llamada salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, interpretando lo colectivo como sumatoria de enfermedades particulares. La salud pública no debía encargarse del tratamiento del cuerpo enfermo, sino de las causas que se encuentran por fuera. Debía salirse del cuerpo humano y encontrar las causas en los animales, plantas, cosas y relaciones entre individuos que podrían causar las enfermedades. La enfermología pública ocupa, entonces, un espacio distinto de aquel que es ocupado y dominado por la clínica tomando a su cargo el cálculo del riesgo y la prevención de la enfermedad.

En este contexto, la medicina clínica tiene como fin fundamental curar la enfermedad y evitar la muerte por la intervención del pensamiento y bisturí manejados por la mirada y la mano del médico. El pensamiento y bisturí públicos para explicar el riesgo y para prevenir o exorcizar la enfermedad y muerte se ubican en la tecnología

positivista manejada por el Estado. Al igual que la medicina transforma al médico en el mago que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la enfermología pública transforma al Estado en el mago que explica el riesgo y lo previene.

Esta metáfora es coherente con la concepción social reinante de que el Estado nos entregaría la solución a todos nuestros problemas económicos, sociales, políticos y culturales. También hemos creído que la razón posibilitaría establecer un contrato, a través del cual organizaríamos un centro o Estado soberano, que fundamentado en el conocimiento científico podría acumular todo el poder necesario para comandar la producción de bienes materiales y espirituales, distribuir igualitariamente la riqueza producida, instituir la ley, asegurar la libertad de los individuos, brindar la felicidad a todos, y en el campo de la salud, explicar los riesgos, prevenir las enfermedades colectivas y organizar los servicios para la curación de las enfermedades. (Granda, 2008)

Marco Particular:

La creación del germen del Malbrán hacia principios de los 90 del siglo XIX, está en estrecha relación con la epidemia de fiebre amarilla posterior a la guerra de la triple alianza y se da en un contexto de extremo eurocentrismo y en una posición subalternizada de la Argentina. La crisis de 1890. La inflación y la especulación llegaron a un nivel alarmante. Los gastos desproporcionados de la administración pública eran muy superiores a las rentas del país, mientras el comercio exterior, exponía cifras alarmantes. El pago de intereses anuales por los servicios de la deuda, alcanzaba el 60% de las rentas totales que percibía el país por las exportaciones de un año. Las inversiones cesaron y en la desesperación de la crisis, el gobierno se deshizo de sus bienes, vendiendo a precios de ocasión el ferrocarril Central Norte y el Ferrocarril del Oeste a grupos británicos. La crisis ocasionó la quiebra del Banco Nacional que junto con la crisis política que se puso en marcha a partir de la "Revolución del Parque", provocó la renuncia del Presidente Miguel Juárez Celman (Wiñazki; 1962), (Arriola, 1954), (Ibañez, 1962).

Así, hacia 1916, tanto en lo edilicio, como desde lo estructural y organizativo puede observarse una clara mirada eurocéntrica subordinada. La nave central del Malbrán, una copia del Pasteur de Paris, fue encargada al arquitecto suizo Jacques

Dunant, y se encuadra dentro del período de la arquitectura academicista en que se seguía a la escuela francesa, conocida como Beaux Arts.

Su primer director, como señaláramos anteriormente, un profesor de bacteriología de la universidad de Viena especialmente contratado y sus colaboradores más cercanos todos formados en la Europa de la época.

En su devenir histórico podían citarse una época de esplendor desde el aspecto técnico, material e intelectual desde la fundación concreta en 1916 hasta la caída de uno de sus más eminentes directores, Ignacio Pirovsky en 1962.

Reafirmación del eurocentrismo, el paradigma positivista y una nueva renuncia a la discusión política. Origen de la Biología Molecular argentina

En la Argentina la biología molecular tuvo su origen en 1957, cuando se crearon los primeros laboratorios en el entonces Instituto Nacional de Microbiología Dr. Malbrán, en el marco de la formación y renovación del "complejo institucional de ciencia y tecnología" (Kreimer, 1996. Prego, 2010. Feld, 2014).

Ignacio Pirosky (quien era al mismo tiempo miembro del Directorio de CONICET) asumió la intervención del Instituto Malbrán. Pirosky, tenía un ambicioso proyecto de modernización y de orientación a la investigación. Definió, que el Instituto *debía ser un centro de capacitación técnica y de investigación científica* (Pirosky, 1986). En ese año se crearon los laboratorios de genética bacteriana, primeros pasos dentro de campo naciente. Pirosky estaba vinculado "escuela francesa", del grupo dirigido por Andre Lwoff. Que obtendría el Nobel por su trabajo sobre el ARN mensajero.

Se creo, también, la "División de biología molecular" liderada por Cesar Milstein quien estaba fuertemente ligado a la tradición "inglesa" en biología molecular, gracias a sus trabajos en la Universidad de Cambridge, junto con Frederik Sanger. De las tres fuertes tradiciones existentes en el mundo, dos de ellas, la inglesa o estructural representada por Milstein, y la francesa o bioquímica, encarnada por Pirosky, estuvieron fuertemente presentes en la creación de los primeros laboratorios en la Argentina.

En 1962, se dispuso la intervención del Instituto Malbrán, se desplazó a Pirosky y se dio marcha atrás con los cambios operados durante ese periodo. Ello se debió, por una parte, al golpe de estado que derroco al presidente Arturo Frondizi y, por otro lado, hizo eclosión un conflicto, entre un modelo más sanitarista, centrado en el control epidemiológico frente a un modelo más "moderno" centrado en las actividades de investigación científica (que tenía explícitamente como modelo al Instituto Pasteur de Paris). Así, la intervención política resolvió *de facto* en favor del regreso al modelo tradicional. Como consecuencia de la intervención, la mayoría de los renunciaron o fueron cesanteados.

Cabe destacar que, sin importar el periodo analizado, *"El Malbrán"* siempre tuvo una injerencia determinante en la salud pública. Sea por medio de la producción nacional de sueros y vacunas y hasta algunos medicamentos hasta los años 80, a una intervención más dirigida a la identificación y control de brotes epidémicos, de los últimos tiempos.

No obstante, siempre su accionar quedo delimitado en el marco del panamericanismo propiciado por los gobiernos democrático populares, más ligados al radicalismo o al peronismo, en el mejor de los casos o en el peor, a los patrones de la SGL instaurada por las numerosas dictaduras que gobernaron durante el siglo XX y en algunos casos gobiernos democráticos de fuerte raigambre neoliberal (Menem 1989/1999- de la Rúa 1999/2001- Macri 2015/2019)

A pesar del deterioro enorme que afecto a la institución que puede observarse claramente en su obsoleta edificación para esta época y del daño causado por las reformas al estado de los 90. El Malbrán no ha perdido el liderazgo nacional y regional en muchos de sus campos de acción. Muchos de los centros regionales de la OPS y la OMS para enfermedades infectocontagiosas siguen teniendo sede en sus derruidos laboratorios y la referencia obligada tanto en el país como en el cono sur sigue pasando por las manos y las cabezas de sus profesionales y técnicos en diversos campos y patologías.

Sin embargo, y centralmente para este trabajo, es necesario destacar que ni en su esplendor ni en sus momentos más complicados la ANLIS Malbrán y sus anteriores formas organizativas fueron generadores de políticas sanitarias, fuente de debate ideológico-político-sanitario, lugar de confrontación, elaboración y síntesis de ideas

en lo político sanitario. Ha reservado para si, en ocasiones con un orgullo digno de mejor empresa, el rol de “Brazo ejecutor de las políticas del Ministerio de Salud”.

Conclusiones:

La salud pública argentina se debate entre su posicionamiento históricamente ligado al panamericanismo y desde la década de los 80 del siglo XX para acá, con fuertes componentes relacionados con la SGL. Sobre esta realidad nos toca intervenir en orden de procurar un cambio de paradigma que ponga centro en los intereses de las mayorías populares.

No debe escapar en este análisis que, si bien ha habido una derrota del modelo neoliberal recientemente, el gobierno surgido de allí no necesariamente propone un cambio en la matriz de una sociedad capitalista, abandonando un modelo de sociedad, centrado en el avance monopólico de sistemas de producción a gran escala y en el extractivismo.

Así, a la militancia del campo popular nos toca, desde cada lugar de participación, empujar a un cambio profundo en la conformación y relaciones del Estado, la sociedad y los medios económicos que sustentan la vida social de modo de no caer en la definición gramsciana del Estado como “todo el complejo de actividades prácticas y teóricas con las cuales la clase dirigente no solo justifica y mantiene su dominio sino también logra obtener el consenso activo de los gobernados”.

Quizás nuestra ambición nos deba poner a pensar como objetivo en el “buen vivir”, saber ponderar el impacto de las fuerzas productivas sobre la vida en el planeta y la salud como una de sus expresiones. Resulta fundamental comprender la falacia de la modernidad capitalista, que es condicionar la supervivencia a la explotación de lo Otro (naturaleza y seres humanos) y asumir de verdad, que existen otros modelos civilizatorios factibles, ligados no a la muerte sino a la vida.

En lo practico que nos compete, y adentrando ya en la realidad de la ANLIS Malbrán. Aquellos que llevamos más de 25 años de trabajo y militancia en la institución tenemos allí una responsabilidad en intentar orientar la política institucional en el sentido de constituirla en herramienta de cambio emancipatorio.

Desde la perspectiva de este trabajo, la ANLIS-Malbrán ha privilegiado su posición sanitaria desde una mirada técnico científica y descuidó, por no decir abandonó,

el componente político que, necesariamente, debe tener una institución con la trayectoria y prestigio de la ANLIS-Malbrán. Quedando así desguarecida ante los inclementes cambios en la política coyuntural y sin poder mirar nunca por encima del marco general que impone la geopolítica en donde se inscribe la argentina.

La ANLIS- Malbrán tiene características muy especiales que le permitirían fungir como difusor y articulador de políticas hacia el sector de ciencia y técnica, hacia el sistema sanitario en general, hacia el territorio en toda la extensión nacional, que en argentina es muy grande, y en articulación con las organizaciones libres del pueblo, con el peso, calidad y prestigio de más de 100 años de presencia y autoridad en la salud pública.

Teniendo presente que la epidemiología, entendida como ciencia que estudia la distribución, frecuencia y factores determinantes de las enfermedades existentes en poblaciones humanas, es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados. En esa medida comparte, la característica consustancial de toda ciencia de ser una operación simbólica, y por lo tanto es "... una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad" (Bourdieu, 1998), y en caso, dichas relaciones implican la imposición de un sistema de explotación social y de la naturaleza, que reproduce sociedades no sustentables, inequitativas y malsanas.

Y por otro lado entendiendo fundantes los conceptos de la medicina social, entiendo que los esfuerzos de la institución deberán centrarse en asumir y transmitir aquellas nociones tanto en el ámbito de formación interna de sus científicos y técnicos como el los valores que la institución irradie y permee a otras organizaciones y a la sociedad.

Resultan centrales en este sentido, asumir tres expresiones fundamentales de una vida digna, saludable y respetuosa de los derechos humanos:

> La liberación respecto al sistema económico-social de acumulación y reproducción de relaciones de poder no soberanas, no solidarias y de profunda inequidad.
>
> La liberación respecto de la dominación cultural en todas sus formas interdependientes de género, etno-culturales

La liberación respecto a una construcción destructiva del metabolismo sociedad - naturaleza para conquistar la justicia ambiental y proteger los bienes y derechos de la naturaleza frente a una producción no sustentable, del despojo y de su destrucción.

El paradigma fundante de la futura política institucional debe estar centrado en la construcción popular-académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad (socio-biocéntrica), mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad, que busque alimentar un proceso de reforma crítica, cuyo eje estratégico sea el apoyo desde la ciencia a la defensa de los derechos. Que auspicie una investigación enfocada en los procesos críticos de la salud, y proyecte hacia el horizonte de una nueva sociedad que pueda ser saludable y biosegura, produciendo conocimientos críticos, instrumentos técnicos y herramientas para la rendición de cuentas y control social sobre los grandes dominios de la determinación social general que se expresan en las 4 "S" de la vida (civilización sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura). (Breilh, 2013)

El presente documento podría ser presentado para su consideración a los actores institucionales (trabajadores, gremios, asociaciones, directivos, autoridades, etc.) para la reorientación consensuada de la política institucional que entre otros puntos debería considerar:

Impulsar las alianzas nacionales e internacionales que privilegien la mirada emancipatoria y la colaboración Sur-Sur.

Incorporar valores propios en los términos de misiones y funciones institucionales que contenga como eje central la mirada emancipatoria y la unidad latinoamericana y la soberanía sanitaria

Reformular la formación de su plantel técnico profesional en clave de política sanitaria regional, latinoamericanista y emancipatoria. Con eje en los conceptos de la salud colectiva.

Sumar a la organización agentes sanitarios provenientes de las ciencias sociales, con el fin de consolidar una mirada integradora que vaya más allá de lo estrictamente técnico-científico.

Promover aquellas investigaciones que incorporen los conceptos fundamentales

del cambio propuesto y la relación con los actores sociales de los territorios que compartan esta mirada.

Generar en las autoridades nacionales de salud un espacio para forjar políticas de estado que trasciendan las gestiones y coyunturas particulares.

Agradecimientos

A los organizadores del curso (CLACSO y ATE) y su cuerpo docente por la guía en el descubrimiento de una nueva y más profunda dimensión de la salud.

A la ATE por la beca recibida y los años de apoyo a la ANLIS-Malbrán.

A la ANLIS- Malbrán como institución pero particularmente a las y los compañeros que por casi tres décadas me han enseñado tanto.

Referencias bibliográficas:

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, Reseña Histórica. Disponible en [http://www.anlis.gov.ar/institucional/historia-y-memoria] [Último acceso 05/06/2013]

Almeida, Celia. "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from."Cad. Saúde Pública 18.4 (2002): 905-925.)

Arriola F. *«Historia Argentina».*, Ed. Stella, Buenos Aires,1954

Basile, G. (2018). La Salud Internacional SUR SUR: hacia un giro decolonial y epistemiológico.*http://Biblioteca.Clacso.Edu.Ar/Clacso/Gt/20190320033726/II_DOSSIERSDE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.Pdf.*

Basile, G. (2019). *La Salud del proceso de Integración Regional: El caso UNASUR SALUD ¿Soberanía o dependencia sanitaria?*

Bernal-Meza, R Sistema Mundial y Mercosur. Globalización, Regionalismo y Políticas Exteriores Comparadas, Buenos Aires, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires/Nuevo hacer/Grupo Editor Latinoamericano, 2000

Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998. p.60-61

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

Brown, Th. M; Cueto, M y Fee, E. The transition from 'international' to 'global' public health and the World Health Organization. Rev. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 13, n. 3, Julio-Sept. 2006.

pp. 623-47

Cervo, A.L. “Sob o signo neoliberal: as relações internacionais da América Latina”. Revista Brasileira de Política Internacional, Brasília, Instituto Brasileiro de Relações Internacionais, año 43, n. 2, pp.5-27, 2000)

Cueto, Marcos. La “cultura de la sobrevivência” y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.255-273

Feld, Adriana “Paradigmas internacionales y políticas científico-tecnológicas en Argentina: 1958-1983” en Pablo Kreimer, Hebe Vessuri, Lea Velho y Antonio Arellano *Perspectivas latinoamericanas en el estudio social de la ciencia, la tecnología y el conocimiento 2014*

Feo, Oscar. (2004). “La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública.” *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 22.99)

Gramsci, Antonio. “El concepto de Hegemonía en Gramsci.” México: Ediciones de Cultura Popular (1978)

Granda Ugalde, Edmundo El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 26 Edición Especial julio 2008

Ibañez José C «Historia de las Instituciones»., Ed. Troquel S. A., Buenos Aires, 1962

Kreimer 1996 Ciencia y sociedad en América Latina. ME Albornoz, P Kreimer, E Glavich. Universidad Nacional de Quilmes, 1996.

María Bassani Molinas,1 Ana Berretta,1 Fernando Chinnici1 1 Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos G. Malbrán” Correspondencia a: mbassani@anlis.gov.ar Rev Argent Salud Pública, Vol. 4 - Nº 15, junio, 2013

Mignolo, Walter, y Walsh, Catherine. “Las geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder.” entrevista de Catherine Walsh),en Walsh, Schiwy y Castro-Gómez, editores, op. cit (2002): 17-44.)

Pirovsky I. Progreso y destrucción del Instituto Nacional de Microbiología (1957- 1962). Buenos Aires: Eudeba; 1986.

Prebisch, R. (1948). *América Latina y algunos de sus principales problemas*. 64. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40010/4/prebisch_desarrollo_problemas.pdf

Preciado, Jaime. “América Latina no sistema-mundo: questionamentos e alianças centro-periferia.” Caderno CRH 21.53 (2008).)

Prego, Carlos 2010. La gran transformación académica en la UBA y su política a fines de los años 50. En Prego, Carlos y Oscar Vallejos. Compiladores. La construcción de la ciencia académica. Instituciones, procesos y actores en la universidad argentina del siglo XX. Buenos Aires. Biblos. pp. 133-163).

Quijano, Aníbal. “Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina.” Dispositio 24.51

(1999): 137-148.)

Rosenberg F, Tobar S, Buss P. El papel de los institutos nacionales de salud de UNASUR en la generación de evidencia sobre la determinación social de la salud. Revista Panamericana. Salud Publica. 2015;38(2):152–6.)

Sánchez NI. La higiene y los higienistas en la Argentina (1880-1943). Buenos Aires: Sociedad Científica Argentina; 2007.

Wallerstein, Immanuel Maurice El moderno sistema mundial I. La agricultura capitalista y los orígenes de la economía-mundo europea en el siglo XVI. 1974. Editorial Siglo XXI.

Wiñazki Miguel (*«Historia de la corrupción»*.; *«Crónica Argentina».* Editorial Codex, Buenos Aires, 1979.

www.elhistoriador.com.ar Carrillo, precursor del sanitarismo argentino.

14

Una aproximación a la relación territorio, sistema agroalimentario industrial y salud en Argentina

| Gortari María Cecilia

Introducción

La situación de salud pensada como la expresión de un estilo y condiciones de vida en contextos histórico-sociales-espaciales determinados permite explicar los perfiles epidemiológicos[1] de las poblaciones. En este sentido, el territorio es un elemento clave para comprender las complejas relaciones entre individuos, sociedad y naturaleza que dan cuenta de los perfiles de deterioro o de protección de las poblaciones que los habitan. Así, los procesos de salud-enfermedad no pueden comprenderse sin tener en cuenta las dinámicas histórico-territoriales, y el concepto de territorio se convierte en una categoría central de análisis en el campo de la salud pública junto a otros campos del conocimiento así como a los conocimientos y prácticas de las propias comunidades que den cuenta de la complejidad territorial (Borde y Torres-Tovar, 2017). Desde esta perspectiva, América Latina es un espacio en el que la configuración de los Estados-Nación se ha desarrollado sobre "territorios de acumulación por desposesión" (Harvey, 2005; citado por Borde y Torres-Tovar, 2017) con el extractivismo[2] como factor que define las posibilidades y las condiciones de vida de los territorios desde la colonización de América. Como parte de este proceso, Argentina creció sobre la base de las bondades y el éxito de la actividad agropecuaria sin tener en cuenta los costos ambientales, ecológicos, económicos, sociales y culturales.

Como una de las primeras actividades del ser humano, vinculada al inicio de la agricultura y domesticación de animales, la actividad agropecuaria es el producto de prácticas y conocimientos acumulados en el tiempo por los distintos pueblos del mundo. Es una práctica cultural caracterizada por el vínculo o modo de relacionarse con la naturaleza y donde se entrelazan tradiciones, creencias, relaciones sociales y económicas. Actualmente la "producción agropecuaria" se identifica como sistema agroalimentario industrial (SAAI) haciendo referencia a aquellas actividades que

1 Perfiles epidemiológicos: conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en varias dimensiones de la vida, concatenados con los modos de vida y relacionados con las determinaciones y contradicciones estructurales más amplias. Son explicaciones de salud (Breilh, 2013)

2 Extractivismo: Explotación de grandes volúmenes de recursos naturales, que se exportan como *commodities* y generan economías de enclave (localizadas, como pozos petroleros o minas, o espacialmente extendidas como el monocultivo de soja o palma). Requiere grandes inversiones de capital intensivas, generalmente de corporaciones transnacionales. Presenta una dinámica de ocupación intensiva del territorio, generando el desplazamiento de otras formas de producción (economías locales/regionales) con impactos negativos para el ambiente y las formas de vida de poblaciones locales (Wagner, 2020).

involucran la producción, el procesamiento industrial, la comercialización y la distribución final de los alimentos destinados tanto al consumo interno como a la exportación. Este sistema, enmarcado en el modelo agroalimentario industrial que caracteriza a la sociedad moderna, íntimamente relacionado con una producción orientada a los mercados globales no solo ha eliminado esos lazos sociales y culturales, sino que es responsable de la destrucción de los ecosistemas, de la pérdida de seguridad y soberanía alimentaria[3], y de la salud de los pueblos con consecuencias de dimensiones éticas (ATE Argentina, 2013; Carballo González, 2018).

El inicio del siglo XXI, caracterizado por el alto valor internacional de los commodities, favoreció las economías latinoamericanas. Esta circunstancia fue aprovechada por la emergencia de gobiernos progresistas en algunos países de la región que, en un marco de políticas de inclusión y ampliación de derechos, profundizaron el modelo extractivista exportador ampliando la frontera petrolera y agropecuaria (Breilh, 2013; Svampa, 2019). En este contexto regional, el SAA argentino ha sufrido profundas transformaciones en los últimos años, en todas y cada una de las etapas que lo integran (producción, elaboración, comercialización, distribución, consumo y eliminación de residuos) que dan cuenta del carácter expansivo del capitalismo agropecuario argentino y de un modelo productivo identificado en la actualidad como neoextractivismo. Como consecuencia de estas transformaciones se vislumbra, entre otras, una crisis sanitaria de magnitud y consecuencias diversas que abarcan desde la aparición de nuevas enfermedades y cambios en los perfiles epidemiológicos de los pueblos hasta dificultades para garantizar el derecho básico a una alimentación adecuada (Carballo González, 2018; Svampa, 2019).

Partiendo de la imposibilidad de abarcar las múltiples dimensiones del sistema de producción agroalimentario que, además constituye un conjunto complejo de procesos interdependientes a nivel local, pero también a nivel regional y global, el desarrollo de este trabajo se propone realizar una aproximación a la relación territorio-sistema agroalimentario industrial y salud en Argentina, como punto de

3 Soberanía alimentaria: el derecho de cada pueblo y de todos los pueblos a definir sus propias políticas y estrategias de producción, distribución y consumo de alimentos, a fin de garantizar una alimentación cultural y nutricionalmente apropiada suficiente para toda la población (Vía Campesina).

partida necesario para re-pensar y transformar las situaciones de salud desde la configuración territorial.

Territorio y salud

El espacio geográfico como el ámbito de desenvolvimiento o expresión de los procesos productivos y reproductivos del ser humano, y por lo tanto con dinámicas territoriales particulares, está directamente relacionado a las diferentes posibilidades de padecimiento o bienestar así como a determinados patrones de salud-enfermedad en las poblaciones (Borde y Torres-Tovar, 2017). En este sentido, es necesario comprender cómo la sociedad interactúa con ese espacio a través de los diferentes procesos productivos y cómo, estos mecanismos de apropiación del territorio se vinculan con la salud para poder intervenir desde la salud colectiva sobre los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad.

El concepto de territorio ha evolucionado dependiendo no solo del contexto histórico sino también de la perspectiva con la que se lo analice. En este proceso, la geografía como disciplina, ha contribuido a establecer una cartografía dominante así como a la generación y consolidación de "territorios de acumulación" vinculados al proceso de producción y acumulación capitalista. Esta mirada, habilita la configuración de territorios desde la globalización transformando el mundo en un único territorio de expoliación y explotación En este "sistema-mundo-moderno-colonial", los territorios y pueblos identificados como minorías son "sacrificados"[4] en nombre del modelo de desarrollo y acumulación capitalista. Y así, van configurándose los procesos posibles de bienestar y malestar en los pueblos que habitan esos territorios (Borde y Torres-Tovar, 2017; Svampa, 2019).

En América Latina, el extractivismo tiene un papel central en el contexto de esta configuración territorial. Citando a Machado-Araoz (2012), Borde y Torres-Tovar (2017) definen el extractivismo como una expropiación de los "recursos" que nos

4 Zonas de sacrificio ambiental y social: son aquellas zonas que son expresión de la insustentabilidad del modelo hegemónico de ciudad y desarrollo y se caracterizan por la contaminación industrial del aire, del agua y del suelo, y aquellas que niegan los derechos fundamentales y en las que el ejercicio de la violencia es la herramienta utilizada para adecuar los espacios a las necesidades de los grupos de poder.

hacen "cuerpos" que se traduce en deforestación, contaminación del aire, del recurso hídrico y del suelo así como la pérdida de biodiversidad, servicios ambientales y de las bases necesarias para la supervivencia. Esos ambientes insalubres son sinónimo de malas condiciones de vida: pérdida de derechos, situación de conflicto social y violencia, aparición de diversas discapacidades y enfermedades físicas y psíquicas. Desde una perspectiva que aborda la complejidad de la territorialización, la salud colectiva y la geografía critica, analizan cómo enfermamos y cómo morimos según determinaciones sociales que definen el acceso a servicios básicos de calidad como alimentación, agua potable, salud, ambientes dignos para la vida, etc. y que inciden en los procesos de salud-enfermedad. El territorio enlaza la salud y la vida a través de los procesos naturales y sociales que constituyen el metabolismo sociedad-naturaleza. La gente vive, enferma y muere dependiendo de las condiciones en que trabaja (producción) y vive (reproducción) (Breilh, 2013; Borde y Torres-Tovar, 2017).

Con el propósito de comprender la relación naturaleza/sociedad como un proceso co-evolutivo en el que tanto la naturaleza como las sociedades no pueden comprenderse de forma aislada e independiente, las ciencias sociales ambientales propusieron el concepto de metabolismo social (Breihl, 2010). En Toledo y González de Molina (2007) se describe dicho fenómeno como "el conjunto de procesos por medio de los cuales los seres humanos organizados en sociedad, independientemente de su situación en el espacio (formación social) y en el tiempo (momento histórico) se apropian, circulan, transforman, consumen y excretan materiales y/o energías provenientes del mundo natural".

Sin embargo, el modo de apropiación, entendido como la forma primaria de intercambio entre la sociedad y la naturaleza, es el acto determinante del resto del proceso y de los efectos que este tenga sobre la naturaleza. Las sociedades son sustentables cuando funcionan sobre la base del reconocimiento del paisaje, de su potencial productivo y de la "optimización" de su apropiación sin afectar la reproducción de su base material (Toledo y González de Molina, 2007). Así, los modos de organización de las sociedades determinan las formas en que estas se apropian y transforman la naturaleza, lo cual a su vez condiciona la manera en cómo se configuran las sociedades. Esto implica que el manejo de los recursos naturales solo será efectivo si se consideran las dinámicas, capacidades y umbrales

de los ecosistemas[5] que forman la base material de la producción sin provocar un forzamiento ecológico. Las formas básicas de apropiación de la naturaleza pueden interpretarse según el tipo de intervención sobre los ecosistemas y también según el modo de uso de los recursos. Desde una perspectiva histórica (historia ambiental[6]) es importante considerar los cambios que se han dado en la apropiación de la naturaleza respecto de la magnitud y la dirección o progreso, modo y ritmos de los cambios para regular, modular y modificar ese metabolismo. Estas relaciones naturaleza/sociedad, han evolucionado desde sus inicios hasta la actualidad de forma diversa, aunque hacia un grado mayor de complejidad social en base a un consumo creciente de energía y mayor inestabilidad dando lugar a una crisis civilizatoria (Toledo y González de Molina, 2007; Breihl, 2010; Svampa, 2019)

Desde otra perspectiva, también histórica, la naturaleza en Latinoamérica está cruzada por lo colonial que la ubica en un lugar subordinado respecto del sistema internacional. Así, se constituye en un espacio susceptible de ser explotado, arrasado y reconfigurado según las necesidades de los regímenes de acumulación del poder hegemónico global y local. Alimonda (2011) habla de "cinco siglos de ecosistemas arrasados" y una larga historia de ruptura a nivel global del metabolismo sociedad-naturaleza que identifica la conquista de América como una mega catástrofe ambiental por la intervención humana. Hoy, la creciente conflictividad ambiental, ha puesto de relieve la historia ambiental en Latinoamérica como un espacio de reflexión del cual se deriva la imposibilidad de comprender la actualidad latinoamericana sin hacer referencia a los procesos históricos de relaciones de poder y dominación social (Alimonda, 2011).

Un hecho central en la historia ambiental lo constituye la transformación de la concepción de la naturaleza como parte indisoluble de la vida, a la naturaleza como "tierra" y mercancía a partir de lo cual se produjo la ruptura de los equilibrios sociales constituidos durante siglos que otorgaban sentido e identidad a los

5 Ecosistema: conjunto en constante equilibrio dinámico: auto-mantención, autorregulación y auto re-producción y renovación continua de la naturaleza

6 Historia ambiental: Es el estudio de las interacciones entre sociedades humanas y el medio natural a lo largo del tiempo, y de las consecuencias que de ellas se derivan para ambos, incluyendo las interacciones naturales mediadas por los humanos, y las interacciones humanas mediadas por la naturaleza.

individuos. Aunque con diferente intensidad o magnitud la mercantilización global de la naturaleza como consecuencia de la expansión incontrolada del liberalismo de mercado es un hecho considerado por Polanyi (citado por Alimonda, 2011) como "la gran transformación" o un "hito en la historia de la humanidad". En ese contexto, el cambio en la agricultura es una de las transformaciones de mayor trascendencia. De la dupla tierra-vida como un todo armonioso con una agricultura tradicional, de producción diversificada y para la alimentación local a la existencia de una agricultura especializada en producir excedentes de determinados tipos de productos, se produce una simplificación radical de los agroecosistemas con alta vulnerabilidad de todo el complejo agrícola tanto desde el punto de vista ecológico como económico-financiero y energético. En Latinoamérica, este proceso de colonización se consolidó con otro proceso conocido como colonialismo interno ejercido por las clases dominantes locales que se adueñaron de los territorios conquistados (Alimonda, 2011).

La historia ambiental también puede dar cuenta de los conflictos "ecológicos distributivos" y de los movimientos de resistencia frente al poder hegemónico que, aunque siempre han estado presentes, se han intensificado en el siglo XXI cuestionando y denunciando la consolidación de un modelo monoproductor, que atenta contra la biodiversidad, acapara tierras y produce la destrucción de los territorios y hoy forman parte de la caracterización del neoextractivismo (Alimonda, 2011; Svampa, 2019).

Argentina: sistema agroalimentario industrial y salud.

Argentina es parte de los acontecimientos a nivel regional e internacional (desde la colonización hasta hoy) caracterizados por el conflicto entre la aplicación de políticas imperiales y la resistencia de los pueblos. El territorio en Argentina, de forma semejante al resto de América Latina, se ha configurado de la mano del capitalismo globalizado y la colaboración del poder nacional en base a la destrucción ambiental, el despojo y el desplazamiento de las comunidades locales (pueblos, etnias, lenguas, naturaleza, riquezas y vida). Históricamente, Argentina se ha desarrollado con el imaginario social de las bondades del campo y la ilusión de ser el granero del mundo. Sin embargo, como expresa Alimonda (2011) la producción agropecuaria se ha transformado de tal modo que hoy los agro ecosistemas que representan al campo atentan contra las poblaciones.

En nuestro país, la actividad agropecuaria, aunque en mayor o menor medida, siempre estuvo basada en un modelo agroexportador de materias primas. Sin embargo, ese modelo totalmente pensado y ejecutado por el propio agricultor fue atravesado por dos hechos históricos que explican la transformación actual: la revolución verde y la revolución biotecnológica. La primera, impuesta a partir de 1960, bajo el nuevo paradigma de producción industrializada para dar respuesta a la demanda de alimentos, se basó en la siembra de cultivos de alto rendimiento, la mecanización, la aplicación de agrotóxicos y el uso y control de semillas mejoradas de alta productividad. Esta modernización tecnológica se acompañó de transformaciones sociales, económicas y ambientales. La segunda, responsable de la intensificación y consolidación drástica de este modelo, se inicia en 1996 con la aprobación de la primera soja transgénica resistente al glifosato en América Latina convertida en el ejemplo paradigmático del modelo. Desde entonces, Argentina pasó de producir 11 millones de toneladas de soja en 1997 a 50 millones de toneladas en 2019 (Zuberman, 2014; Vicente y col., 2020). A partir del siglo XXI, los altos precios internacionales de los productos primarios (Consenso de los commodities) favorecieron las economías regionales y la emergencia del neoextractivismo caracterizado tanto por sus dimensiones (cantidad y escala de proyectos, diferentes actividades, actores nacionales y transnacionales involucrados) así como por la emergencia de importantes resistencias sociales. Este fenómeno continuó profundizándose a pesar del final del "superciclo de los commodities" en el 2013 (Svampa, 2019).

El SAAI funciona como el gran generador de divisas para el Estado y su éxito y rentabilidad se basan en el ocultamiento de sus "externalidades negativas"[7] padecidas por el resto de la sociedad. Sin embargo, el dinero movilizado queda concentrado en las empresas generadoras de insumos, cerealeras-exportadoras, transportadoras, un reducido número de productores e industrias y, en algunos casos, los gobiernos. En Argentina, las cadenas agroalimentarias representan el 10,4% del producto bruto interno (PBI) y si bien el SAAI se ve afectado por varios impuestos que aportan a la recaudación nacional, estos no llegan a compensar los daños económicos, ambientales, sociales y sanitarios. Por otro lado, el sistema productivo se consolida gracias a la participación de los actores empresariales en

7 Externalidades negativas: las consecuencias que son padecidas por el resto de la sociedad.

distintos ámbitos estatales. En Argentina, el sector empresarial ha integrado los diferentes gobiernos impulsando el accionar estatal en favor de las empresas. Dirigentes agropecuarios integraron ministerios vinculados al sector productivo, energético, económico, científico y tecnológico. Además, está presente el compromiso de ONG y fundaciones "apolíticas" y científicas financiadas por las mismas empresas como por ej. la Comisión Nacional de Biotecnología (CONABIA) responsable de la aprobación de los transgénicos (Zuberman, 2014; Vicente y col., 2020). El empresariado no solo impide la aplicación de leyes[8] que pueden significar un obstáculo para su desarrollo y la violación sistemática de los derechos de los campesinos, sino que además promueve acciones judiciales que los benefician como la eliminación de la Junta Nacional de Granos en el año 1991 El rol central en esta violación de derechos lo ocupa el Poder Judicial, responsable de hacer cumplir las leyes, sin cuya complicidad los agronegocios no podrían haber avanzado de la forma en que lo hicieron (Vicente y col., 2020).

Las consecuencias del SAAI suelen separarse en agronómicas, sociales, culturales y ambientales y sanitarias, sin embargo constituyen un conjunto de situaciones enlazadas unas con otras como parte de un todo inseparable que van modificando negativamente los ecosistemas, acotando los espacios de sustentabilidad y reproducción de la vida. A continuación se describen las principales consecuencias:

a) El avance de este modelo productivo asociado a la concentración de la tierra tiene como contracara la expulsión de los pequeños productores, campesinos y pueblos originarios y la aparición de un nuevo paisaje caracterizado por un campo vacío de personas. El censo nacional agropecuario 2018 no hace más que confirmar la tendencia de la pérdida de establecimientos productivos, el aumento

8 Constituciones y leyes nacionales, departamentales y municipales así como tratados y convenios internacionales: Constitución Nacional (art. 75, inciso 47; art. 41), Ley 26.160 de Emergencia en Materia de Posesión y Propiedad de las Tierras Indígenas (2006), Ley 26.331 de Presupuestos Mínimos de Protección Ambiental de Bosques Nativos (2007), Ley 27.118 de Reparación Histórica de la Agricultura Familiar (2014) y Ley General del Ambiente de Argentina 25.675 (2002) que abordó el principio precautorio. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (derecho de los niños, derecho a la alimentación y derecho a la salud), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (que incluyen el derecho a la alimentación, a la vivienda y a la salud) y el Convenio 169 de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), que establece los derechos de los pueblos indígenas, las declaraciones de Naciones Unidas sobre Pueblos Indígenas, la Declaración sobre los Derechos de los Campesinos y el Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología del Convenio sobre la Diversidad Biológica.

de la superficie promedio de los establecimientos, y la concentración de grandes superficies en pocas manos: el 1% de las explotaciones agropecuarias controla el 36,4% de la tierra mientras que el 55% de pequeños productores ocupa el 2,2% de la tierra. Una de las formas de concentración de la tierra, habilitó la participación de los "pooles de siembra", "fondos comunes de inversión" o "fideicomisos" con la contribución de ahorristas independientes que invierten en la producción de commodities así como de recursos económicos externos al sistema. Este proceso, caracterizado por capitales líquidos se conoce como la nueva revolución agraria o "segunda revolución verde" (agricultura de insumos, mano de obra mínima y territorios despoblados). Respecto de la tenencia de la tierra aparece también el avance en la extranjerización de la tierra. Argentina tiene 16.2 millones de hectáreas en manos extranjeras (Vicente y col., 2020). El desplazamiento y la expulsión de los pobladores locales se produce, a través de diferentes mecanismos como la compra irregular de tierras o "desalojos silenciosos"[9] (oficialmente se reconocen 8 millones de hectáreas con este conflicto), o la violencia ejercida por la fuerza pública o grupos paraestatales en complicidad con el poder político y judicial. El vaciamiento de los territorios trae aparejado el problema de la migración hacia las grandes ciudades (Rosario, Córdoba y Buenos Aires), de la megapolización de las poblaciones y el hacinamiento en cordones periurbanos de miseria (ATE Argentina, 2013).

b) Desde una perspectiva de género, las mujeres campesinas se ven afectadas en la distribución territorial y en el acceso a créditos, a medios de producción y a la asistencia técnica. Ésta marcada asimetría fortalece el rol tradicional de las mujeres como ama de casa-cuidadoras y responsables de la reproducción de la vida. A su vez, el impacto de los desalojos las afecta especialmente y con frecuencia son forzadas a migrar, despojadas de la tierra y de los medios de subsistencia. Además, muchas de ellas son partícipes y víctimas de los conflictos por el territorio a la vez que cobra centralidad el proceso de explotación sexual (Svampa, 2019; Vicente y col., 2020)

c) La expansión del modelo no solo expulsa personas. El avance de la soja y el maíz significó la conversión de 11 millones de hectáreas ganaderas en agrícolas y el desplazamiento del ganado fuera de las regiones tradicionales. La expansión

9 Exhibición de títulos de propiedad falsos y engaño judicial a los pobladores que dejan las tierras sin reclamar sus derechos.

ganadera en Argentina aumentó el proceso de deforestación lo que muestra que el impacto del avance de la soja excede aquellos producidos por el propio cultivo. En argentina se destruyeron 5,6 millones de hectáreas de bosques y montes nativos durante el periodo 1998-2017 siendo las provincias más afectadas Santiago del estero, Salta, Chaco, Formosa, Córdoba, San Luis, Entre Ríos y Tucumán a un promedio de 296 hectáreas por año (Vicente y col., 2020)

d) Entre las consecuencias ambientales-agrícolas se menciona la pérdida de un 75% de la "biodiversidad agrícola", es decir de las semillas nativas que los campesinos han usado por años. Las semillas constituyen la base de los modelos agrarios: permiten la reproducción de los sistemas agrícolas, trasmiten historia, cultura y relaciones de poder (Carballo González, 2018). Con su privatización como objetivo, las agro empresas impulsaron la creación e imposición de los derechos de propiedad intelectual sobre las semillas (DPI, 1970) y avanzaron en el control de su uso a través de las normas de la Unión Internacional para la Protección de las Obtenciones Vegetales (UPOV). De este modo, con la imposición del pago por la semilla al momento de la adquisición y en cosechas posteriores, vulneran el derecho al "uso propio" de la semilla que responde a la práctica ancestral de conservar parte de la semilla para la próxima siembra, y el derecho de los productores que no usan transgénicos, pero son afectados por la contaminación transgénica. Los transgénicos se aplican mayoritariamente a la producción de granos para exportación, pero a la vez son insumos de la cadena de la producción de alimentos industrializados, de la ganadería industrial, del agro combustible y de la industria textil. En los últimos años en Argentina se aprobaron 61 transgénicos para maíz (34), soja (16), algodón (7), papa (2), alfalfa (1) y cártamo (1) y hoy está en cuestión la aprobación del primer trigo transgénico (Aranda, 2021). La presión de las grandes empresas (Bayer-Monsanto, Syngenta, Brevant-Dow y Dupont- y Basf) por alcanzar la privatización de las semillas está focalizada en una modificación de la ley de semillas vigente que garantice sus intereses. El proyecto, que pretende adecuar la legislación al convenio UPOV91 perjudicando a los agricultores, perdió estado parlamentario en 2019 por falta de tratamiento. La lucha por la defensa de las semillas como recurso fundamental para la agricultura y la alimentación constituye una de las banderas más importantes de la lucha por la Soberanía Alimentaria (Carballo González, 2018; Ribeiro, 2020; Vicente y col. 2020)

e) El modelo transgénico productor de alimentos para millones de personas produce fundamentalmente soja, cuyo destino no es alimentar personas, sino ser exportada a Europa y Asia como alimento de aves y cerdos, o ser utilizada para la producción de agrocombustibles. Millones de hectáreas son ocupadas para alimentar animales y automóviles lo que implica la pérdida de la producción local de alimentos, el desplazamiento de la misma y el aumento de los precios. La reconfiguración territorial ha eliminado los cinturones verdes, que rodeaban los pueblos y las ciudades, funcionando como pulmones y proveedores de alimentos (frutas, verduras, lácteos y carne) de esas poblaciones. Su desplazamiento, la disminución de la superficie disponible y la concentración de la producción alimentaria determinan una caída de la producción y un aumento del precio que se traducen en una menor accesibilidad a los alimentos (en cantidad y calidad), mayor dependencia, y pérdida de la soberanía alimentaria. El sistema intensifica estrategias que persiguen la desaparición de la agricultura campesina como proveedora de alimentos, de modo de controlar la totalidad del sistema agroalimentario (Carballo González, 2018; Vicente y col., 2020).
Respecto de la carne, además del desplazamiento de la ganadería ya mencionado, el modelo intensificó su producción. La intensificación se dio principalmente a través de los feedlots (engorde a corral): una tecnología de producción de carne con animales en confinamiento, dietas de gran concentración energética y alta digestibilidad, alta carga de medicamentos, condiciones óptimas para la aparición de agentes patógenos zoonóticos y con alto impacto ambiental (Ribeiro, 2020). La sojización reconfiguró la producción de alimentos transformando un territorio de alto potencial productivo en un territorio incapaz de alimentar a su población y donde el hambre y la desigualdad son moneda corriente (Carballo González, 2018; Vicente y col., 2020).

f) Además de la escasez de alimentos, la excesiva industrialización de alimentos representa una amenaza para la salud. Una gran cantidad de alimentos ultraprocesados de consumo cotidiano, distribuidos por empresas trasnacionales (Nestlé, Unilever, Arcor, Arisco, Cargill, Dreyfus y ADM), tienen derivados de soja y maíz transgénicos entre sus componentes: galletitas, panificados, golosinas, chocolates, margarinas, jugos y cervezas, salsas, sopas instantáneas, aderezos, hamburguesas y salchichas. El control y autorización de estos alimentos implica la intervención de organismos oficiales hoy cuestionados por no advertir sobre los posibles riesgos que implica el consumo de estos alimentos ni hacer mención a los

principios de precaución y prevención (Vicente y col., 2020). A pesar de los intereses del sector empresario, hoy se encuentra en proceso de aprobación la ley sobre el etiquetado de alimentos que obliga a visualizar la información nutricional de los alimentos y bebidas

g) Aunque faltan estudios que den cuenta del impacto del modelo sobre el suelo la realidad demuestra que el paquete tecnológico de la siembra directa/transgénicos/agrotóxicos implica una "minería extractivista" del suelo: millones de litros de agua y miles de toneladas de nutrientes se pierden cada año provocando su desertificación. El empresariado del agronegocio difunde las exportaciones de toneladas de maíz, trigo y soja, pero no dice que también vende toneladas de nutrientes y millones de litros de agua. Y eso implica una gran pérdida de la fertilidad del suelo, dado que los nutrientes extraídos se pierden de manera irreversible. El trabajo estima que, por año, la pérdida en nutrientes del suelo es de 3.309.652.737 dólares. En relación al agua, la FAO estima que el 70% de los recursos hídricos disponibles en el mundo se destinan para uso agrícola y ganadero. Además del excesivo consumo, el extractivismo y el agronegocio en particular, afectan negativamente y de diversas maneras un bien común cada vez más escaso, preciado e imprescindible como el recurso hídrico (Vicente y col., 2020).

h) La producción para la exportación hacia mercados internacionales requiere infraestructura terrestre y portuaria acorde a sus dimensiones, que altera los ecosistemas y la vida de muchas comunidades. Así, los estados financian y promueven obras como rutas, vías férreas exclusivas y puertos para contribuir con las empresas exportadoras de granos (ADM Agro, Cargill, Bunge, Cofco, Dreyfus, ACA, DG, Oleaginosa Moreno, Molinos Agro, Amaggi, CHS Argentina y Vicentin). Muchos de los proyectos de infraestructura tienen alcance regional como por ej IIRSA (iniciativa para la integración de infraestructura regional suramericana) hoy denominada COSIPLAN (Consejo Suramericano de Infraestructura y Planeamiento) responsable de los megaproyectos de los últimos años (hidrobia Paraguay-Paraná). La concentración de las exportaciones en pocas empresas y la construcción de estas mega obras contribuyen a la profundización de todos los problemas asociados al extractivismo y consolidación de "territorios de acumulación" (Borde y Torres-Tovar, 2017, Svampa, 2019; Vicente y col. 2020).

i) El extractivismo agropecuario está directamente relacionado con el cambio climático como productor responsable de gases de efecto invernadero (GEI): entre un 44 a un 57% de las emisiones generadas por el hombre.

Crisis sanitaria

El SAAI publicitado por las corporaciones como la base de la alimentación mundial produce y reproduce "sociedades no sustentables, inequitativas y malsanas" mientras que los verdaderos alimentos se producen desde la mediana y pequeña agricultura (Breilh, 2013; Ribeiro, 2020). Hay numerosas investigaciones sobre el impacto ambiental, social y sanitario de los agrotóxicos realizadas por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), universidades, Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) e Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI). Entre las más destacadas se encuentra la investigación, realizada por el equipo del Dr. Carrasco, sobre la relación del glifosato con las malformaciones genéticas. Además del glifosato, los principales agrotóxicos utilizados son: atrazina, 2,4D, endosulfan, paraquat, glufosinato de amonio y dicamba. Según información de la ONG Naturaleza de derechos su utilización pasó de 4 k/l/hectárea (1996) a 13 k/l/hectárea (2018) y la superficie bajo el uso de agrotóxicos es de 24.230.000 hectáreas para los cultivos de soja, maíz y algodón (Vicente y col., 2020). Los principales problemas ambientales del SAAI son: la contaminación del aire, de los recursos hídricos, del suelo, de los alimentos, la destrucción de la biodiversidad, la mortandad de abejas y la afectación de la salud (Verzeñassi, 2014; Vicente y col. 2020).

Respecto de la afectación de la salud, la experiencia de relevamiento epidemiológico de los campamentos sanitarios[10] realizada por la Fac. de Cs. Médicas de Rosario da cuenta de los principales trastornos de salud en los territorios afectados (cuadros clínicos de intoxicación aguda, hipertensión arterial, hipotiroidismo y diabetes tipo II, diversas alergias y patologías reumatológicas) así como del aumento de abortos espontáneos, malformaciones congénitas y enfermedades oncológicas, y de su diferencia respecto de la información epidemiológica a nivel nacional. Si bien la sintomatología por exposición a agrotóxicos suele ser muy variada e inespecífica, a

10 Campamento sanitario: Experiencia en la que los estudiantes próximos a recibirse se instalan en pueblos y ciudades para realizar un relevamiento epidemiológico. Fueron realizados unos 37 campamentos en las provincias de Santa Fe, Entre Ríos, Buenos Aires y Córdoba.

la vez que dependiente de las características de la exposición (intensidad y duración, dosis, etc.) en las poblaciones fumigadas sistemáticamente se detectan enfermedades tales como: cáncer, abortos espontáneos, alteraciones de la fertilidad, bajo peso al nacimiento y/o menor tiempo de gestación y malformaciones congénitas junto a trastornos respiratorios, endócrinos, neurológicos, hematológicos y psíquicos. Los estudios clínicos y epidemiológicos de observación generan la suficiente evidencia para afirmar que el actual sistema de producción agraria es el responsable de ocasionar estos problemas sanitarios (Vicente y col., 2020).

Son varios los factores que provocan la profundización y consolidación del modelo. Desde los organismos oficiales de control, el uso creciente de agrotóxicos carece de registros rigurosos y actualizados como forma estratégica de evitar estadísticas oficiales que den cuenta de la calidad y magnitud de los daños que provocan. Desde el campo de la medicina y la epidemiología, la dificultad de establecer una relación causal entre la clínica y el ambiente, como consecuencia tanto del proceso formativo académico como de la complejidad de los procesos de salud–enfermedad en los territorios malsanos que impide pensar a los sujetos como parte de los ecosistemas dañados; y la incapacidad de la epidemiologia clásica de explicar la relación entre el sistema social, los modos de vivir y la salud así como la distribución diferencial de las situaciones de salud en las poblaciones (Breilh, 2013; Verzeñassi, 2014). Otra dificultad se presenta en relación a los criterios de evaluación de peligrosidad y toxicidad que utilizan los organismos de control. La DL_{50} (dosis letal 50) es indicadora de toxicidad aguda y no contempla los efectos a exposiciones prolongadas.

Además, estos estudios no contemplan el problema de la exposición múltiple ni los procesos de bioacumulación que aumentan la concentración de las sustancias tóxicas en los diferentes eslabones de la cadena trófica. Estos problemas científico-metodológicos impiden desentrañar el origen socio-ambiental de los problemas de salud, a la vez que contribuyen a la imposibilidad de alcanzar una nueva salud pública y la construcción de una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable/biosegura en todos sus espacios (Breilh, 2013;Verzeñassi, 2014). Según Breihl (2010), una opción superadora es la mirada desde la epidemiología crítica, que enlazando aportes de la teoría critica del espacio, la geografía y la epidemiología desde una perspectiva de la determinación social, construye una nueva concepción del espacio de la salud. Y desde el campo social y económico la presión, sobre la

población y la comunidad médica, de los poderes locales para evitar las denuncias y la visualización del problema sobre todo en aquellos pueblos y ciudades que conservan el imaginario social de que "viven por y para el campo". Por último, y fundamental, la progresiva expansión del modelo agroalimentario industrial es promovido y apoyado por políticas de Estado que comparten este paradigma de desarrollo económico o no pueden prescindir de la generación de divisas como por ej. el plan estratégico agroalimentario y agroindustrial participativo y federal 2010-2020 (PEA)[11].

El SAAI está asociado al surgimiento y expansión de enfermedades que exceden el tema puntual de los agrotóxicos. Por un lado, se determina la vulneración del derecho a una alimentación sana, segura y soberana. El sistema nos condena a una alimentación con residuos de agrotóxicos (alimentos frescos, agua y leche materna) y con "alimentos" ultra procesados, cambios en la dieta alimentaria (homogenización) y/o a una creciente dificultad en la accesibilidad a los alimentos. La industria alimenticia es responsable del aumento de las enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes tipo 2 e hipertensión. El hambre y la desnutrición además de violar el derecho a una alimentación adecuada, ejercen y generan violencia social (Carballo González, 1918). En el mismo sentido, se vulneran los derechos a una vida saludable y aparecen los estados de malestar provocados como consecuencia de vivir en ambientes poco propicios para la vida y/o como consecuencia del desarraigo territorial, social y cultural. Por otro lado, cada vez son más frecuentes las epidemias y pandemias provocadas por enfermedades infecciosas trasmisibles. Un 75% de estas enfermedades son zoonóticas, y en su mayoría están relacionadas con la producción agropecuaria (Ribeiro, 2020).

La vida en los territorios dañados por el SAAI es un hecho que trasciende los problemas de salud mencionados: se constituyen en espacios incapaces de sustentar el desarrollo y la reproducción de la vida. Los modos de vivir saludables deben pensarse integrando el bien común, la vida y los intereses comunes en base a una relación armoniosa con la naturaleza que priorice el cuidado la tierra como sostén de la vida por sobre los intereses económicos como las alternativas de la agroecología o las ideas del Buen Vivir de las cosmovisiones indígenas (Breilh, 2010; Svampa, 2020).

11 PEA: tiene como meta aumentar el volumen de exportaciones de agro combustibles y forrajes a la vez que impulsa la ingesta de soja GM para los sectores más pobres que por supuesto demandaran mayor superficie fértil aumentando el déficit alimentario para los argentinos.

Paralelamente, y como consecuencia de la profundización de este modelo, se acrecentaron los espacios de resistencia y lucha política, cultural y social que disputan el territorio y cuestionan la colonialidad y el poder. En Argentina, se destaca la actividad del colectivo Madres de Ituzaingó pionero en denunciar los impactos del glifosato en la salud y dando sustento al primer juicio penal sobre el tema. Las movilizaciones con la campaña "Paren de fumigar", la Red de Médicos de Pueblos Fumigados, la Red de Pueblos Fumigados y la Red Federal de Escuelas Fumigadas. En menor medida la Unión de Asambleas Ciudadanas en defensa del agua ligada en sus orígenes a la lucha contra la megaminería (Svampa, 2020; Vicente y col. 2020)

Conclusiones principales

Las consecuencias de la expansión del capitalismo neoliberal han alcanzado una dimensión de tal magnitud que permiten hablar de crisis civilizatoria. Está presente la idea de que la fuerza de transformación del hombre ha traspasado los límites que condicionan la vida en la tierra, destruyendo espacios vitales tanto por la magnitud de la destrucción como por la velocidad del proceso obligando a repensar no solo el modelo actual de desarrollo sino el concepto mismo de desarrollo.

En ese contexto, se puede concluir en la necesidad de problematizar el SAAI, aportando información relevante sobre su funcionamiento, a la vez que revalorizar el concepto de alimentación y el conocimiento sobre la producción de alimentos (¿Quiénes, cómo, porqué y para qué producen alimentos?) así como en la necesidad de impulsar otros modelos productivos. En ese mismo sentido, repensar nuestros vínculos con la naturaleza y los alimentos difundiendo y fomentando la práctica de la agroecología como modo de ser, de vivir y de producir. Desde otra perspectiva, también se hace necesario la construcción de una nueva salud pública/salud colectiva sobre la base de nuevas concepciones teóricas y metodológicas para la comprensión y transformación de las "situaciones de salud" a partir del concepto de territorio como punto de partida para entender las dinámicas de los procesos de salud enfermedad, así como impulsar el compromiso social de la universidad pública fomentando la articulación con organizaciones por fuera del ámbito académico y una construcción colectiva e intercultural del conocimiento que supere la visión reduccionista sobre el campo de la salud.

Referencias bibliográficas

Alimonda, H. (2011). La colonialidad de la naturaleza. Una aproximación a la ecología política latinoamericana. En: La naturaleza colonizada. Ecología política y minería en América Latina. Alimonda H (coordinador). Buenos Aires, CLACSO. CICCUS Ediciones.

Aranda, D (2021). Ambientalistas, académicos e indígenas presentaron un amparo contra el cultivo del trigo transgénico. https://www.pagina12.com.ar/324882-ambientalistas-academicos-e-indigenas-presentaron-un-amparo-

ATE Argentina (2013). La tierra... ¿Sin fin? Algunos procesos del modelo productivo en Argentina, y muchas de sus implicancias en salud. Cuadernos para volver a Carrillo.

Borde, E., Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde debate 41: 264-275.

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud colectiva 6 (1)83-101.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública 31 (supl. 1): S13-27.

Carballo González, C. (2018). Soberanía alimentaria y desarrollo: caminos y horizontes en Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Mónadanomada ediciones.

Ribeiro, S. (2020). La pandemia está directamente relacionada al sistema alimentario agroindustrial. Ciencia, tecnología y política. Año 3, Nº 5. DOI: https://doi.org/10.24215/26183188e041.

Svampa, M. (2019). Las fronteras del neoextractivismo en América Latina. Conflictos socioambientales, giro ecoterritorial y nuevas dependencias. Alemania, Bielefeld Universtiy Press.

Toledo, V. M., González de Molina, M. (2007). El metabolismo social: Las relaciones entre la sociedad y la naturaleza. En: El paradigma ecológico en las ciencias sociales. Ed. Icaria España. Pg. 85-112.

Verzeñassi, D. (2014). Agroindustria, salud y soberanía. El modelo agropecuario y su impacto en nuestras vidas. En: La patria sojera, El modelo agro sojero en el Cono Sur. Ed. El colectivo. Buenos Aires. Pg. 31-47.

Vicente, L., Acevedo, C., Vicente, C. (2020). Atlas del Agronegocio transgénico en el cono sur. Monocultivos, resistencias y propuestas de los pueblos. Coordinación: Vicente, L., Acevedo. C.; Vicente, C. Marcos Paz. Acción por la Biodiversidad: 1-113.

Wagner, L. (2020). Extractivismo (América Latina, 2000-2020). En: Diccionario del Agro Iberoamericano. Muzlera J.; Salomón (editores). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ISBN: 9789878660424. TeseoPress ediciones.

Zuberman, F. (2014). Agricultura industrial y Agronegocio. Una mirada desde la economía ecológica a un problema regional. En: La patria sojera, El modelo agro sojero en el Cono Sur. Ed. El colectivo. Buenos Aires.

15

Producción pública de medicamentos en Misiones, Argentina

| Juan Pasaman Znacovski

INTRODUCCION

Justificación:

En los últimos 20 a 30 años, se vienen desarrollando reformas en el sector salud impulsadas por el complejo médico-industrial-financiero, quienes desarrollaron estrategias para controlar a los prestadores de servicios con el objetivo de disminuir gastos y convertir a la atención de la salud en un bien de mercado. Los grupos ligados al capital financiero y a las agencias internacionales de cooperación, desarrollaron mecanismos ideológicos y prácticas para cambiar el sentido común acerca de la conceptualización salud-padecimiento-atención, incluyendo la idea que los pacientes/usuarios deberían ser transformados en clientes/consumidores.

En este periodo se ha observado un incremento en el consumo de medicamentos, en parte debido al crecimiento de la población, a la detección temprana de enfermedades crónicas, al aumento de la expectativa de vida, a las innovaciones terapéuticas, al crecimiento económico, a la aparición de enfermedades nuevas y a la medicalización de procesos fisiológicos normales.

Las políticas nacionales de los últimos años relacionadas con el abastecimiento de medicamentos a la población para resolver necesidades sociales se llevaron a cabo, fundamentalmente, a través de la compra de los mismos, no de la producción.

Una alternativa real a las políticas de compra de medicamentos consiste en la utilización de la capacidad instalada existente en el sector público y que se expresa en los laboratorios de Producción Publica de Medicamentos (PPM) que hay en nuestro país.

Relevancia:

Este trabajo pretende aportar información desde una visión crítica sobre algunas contribuciones que desde la fabricación y procesamiento local de medicamentos e insumos sanitarios se puede hacer al sistema sanitario vigente en la provincia. Asimismo, reconocer las limitantes y las potencialidades a efectos de optimizar la producción acorde a la realidad y requerimientos sanitarios locales, que en un marco de creciente soberanía sanitaria logre ampliar la cobertura destinada a los sectores de menores recursos y posibilidades de acceso a medicamentos esenciales.

Propósito

Objetivo general: Conocer y describir la implementación y el funcionamiento de la planta elaboradora de medicamentos de la provincia de Misiones desde su inicio hasta la actualidad.

Objetivos particulares

1- Describir el marco regulatorio de la creación de la planta de medicamentos

2- Conocer la evolución de la planta desde su inicio hasta de la actualidad en cuanto a su producción e indagar sobre las limitaciones y potencialidades de la misma.

MARCO TEORICO

Situación de los medicamentos a nivel mundial

El ideario del desarrollo y de los requisitos mínimos del desarrollo pone en marcha un andamiaje de dependencia sanitaria, en el cual el sector de salud es, entre otras cosas, un campo de comercialización de insumos, tecnologías, medicamentos y prestaciones a través de la lógica que va imponer el sistema medico industrial farmacéutico financiero. Esta lógica en los últimos 20-30 años se viene implantando a través de reformas silenciosas en el sector salud. (Basile, Rodríguez Cuevas, Peidro & Angriman, 2019**)**

Los grupos que impulsaron estas reformas, ligados al capital financiero y a las agencias internacionales de cooperación, desarrollaron mecanismos ideológicos y prácticas para cambiar el sentido común acerca de la conceptualización salud-padecimiento-atención, incluyendo la idea que los pacientes/usuarios deberían ser transformados en clientes/consumidores. El proceso más innovador que la industria desarrolló en los últimos veinte años no estuvo limitado a dirigir estrategias de mercadotecnia a los enfermos, sino en venderle medicamentos, procedimientos y equipamientos a los sanos. (Iriart & Merhy, 2017)

Las reformas se desarrollaron en un marco de crisis económica situada en los países y economías centrales desarrolladas debido al estancamiento del crecimiento económico empresarial, normas de homologación y aprobación de fármacos más estrictas, un mayor control sobre los gastos de salud en cuanto a medicamentos

por parte de las instituciones públicas y en contraposición el contexto de los países emergentes: importante crecimiento económico de los países del Sur combinado a condiciones favorables para los laboratorios farmacéuticos en los que se combinaba la mano de obra más barata, con legislaciones laborales a la baja y menos controles públicos tanto de precios como en la calidad de los productos farmacéuticos ((Basile, Rodríguez Cuevas, Peidro & Angriman, 2019**)**

El aumento en el consumo de medicamentos se debió al crecimiento de la población, la detección temprana de las enfermedades crónicas, el alargamiento de la vida, las innovaciones terapéuticas, el crecimiento económico, la aparición de enfermedades nuevas y la medicalización-biomedicalizacion ((Basile, Rodríguez Cuevas, Peidro & Angriman, 2019**)**

El elevado precio de los medicamentos nuevos también ha contribuido al aumento en el gasto en medicamentos. (Ugalde & Homedes, 2009). La medicalización implica la expansión del diagnóstico y tratamiento médico de situaciones previamente no consideradas problemas de salud, como por ejemplo el embarazo y el parto. La biomedicalización, por su parte, supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. (Iriart & Merhy, 2017)

Las dimensiones analíticas de las reformas en las que la industria farmacéutica estaba envuelta fueron los cambios regulatorios con capacidad de impactar la aprobación y comercialización de medicamentos y tecnología médica; las transformaciones en la definición y denominación de padecimientos; las modificaciones en los protocolos clínicos que favorecen el sobre diagnóstico de enfermedades, y los mecanismos utilizados para promover la demanda de procedimientos y medicamentos. (Iriart & Merhy, 2017)

Las políticas nacionales de los últimos años relacionadas con el abastecimiento de medicamentos a la población para resolver necesidades sociales se llevaron a cabo, fundamentalmente, a través de la compra de los mismos, no de la producción. El gasto global en medicamentos crece más rápidamente que otros componentes del gasto en salud (Basile, Rodríguez Cuevas, Peidro & Angriman, 2019**)**. A pesar de ello, la mitad de los residentes en países de medianos y bajos ingresos y los afectados por más de 5.000 enfermedades raras conocidas no tienen acceso a los medicamentos que necesitan. En el otro extremo hay países, sobre todo de

medianos y altos ingresos, que sufren las consecuencias de la sobre medicalización y el uso inapropiado de medicamentos. (Homedes & Ugalde, 2015)

Los países miembros de la Organización Mundial del Comercio (OMC) firmaron el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), que impone patentes que hacen que los medicamentos sean inaccesibles para los gobiernos y residentes en países de medianos y bajos ingresos, siendo que años antes habían firmado y ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de la Organización de Naciones Unidas (ONU) que los obliga a facilitar el acceso a los medicamentos. (Homedes & Ugalde, 2015)

Previo al Acuerdo sobre los ADPIC, más de 50 países, incluidos India, Argentina y Brasil, contemplaban en sus legislaciones la prohibición de patentes sobre productos farmacéuticos, lo cual obedecía a razones de salud pública, particularmente al temor de que las patentes limitaran el acceso a un bien esencial como es el medicamento. (Allard Soto, 2015)

Para la mayoría de los países en desarrollo y países menos adelantados, el Acuerdo sobre los ADPIC implicó la adopción de un conjunto de reformas a nivel nacional para adecuar su legislación vigente a los nuevos estándares mínimos en propiedad intelectual fijados en el marco de la OMC. En Sudamérica, los efectos en el acceso a los medicamentos esenciales se han hecho sentir, afectando especialmente a la población más vulnerable que no cuenta con seguridad social para adquirirlos, o bien imposibilitando un sostenido financiamiento de los medicamentos esenciales por parte de los sistemas de seguridad social crecientemente deficitarios. (Allard Soto, 2015)

Producción publica de medicamentos en Argentina

El carácter de bien social atribuible a los medicamentos es indispensable para la posibilidad de que las personas puedan acceder y ejercer plenamente el derecho humano a la salud y seguramente aquí radica una de las definiciones angulares a la luz de la cual abordar la problemática de dotar a los mismos de los atributos que lo constituyen en bien social que, entre otros, son: disponibilidad, acceso, oportunidad, calidad, efecto terapéutico científicamente comprobado y precio relacionado con los costos de producción. Sin embargo, en la Argentina, las políticas nacionales de los últimos cuarenta años se focalizaron en el abastecimiento de medicamentos a

la población a través de la compra de los mismos y no a través de la producción pública. (Santos, 2017)

El gasto en medicamentos compone buena parte del importante gasto en salud que registra la Argentina (estimaciones disimiles entre el 7 y el 10 % del PBI), que incluye el altísimo gasto de bolsillo de las personas de los cuales el gasto en medicamentos es cerca de la mitad. La presunta crisis de financiamiento del Sistema de Salud está en buena parte influida por este mercado absolutamente irracional y cuasi desregulado, como es el mercado de los medicamentos. (Rivadulla & Godoy, 2019)

El acceso a medicamentos constituye un problema que adquirió relevancia dramática a partir de la crisis política, económica, social y sanitaria que afectó a la Argentina en el año 2001. A partir de la declaración de la emergencia sanitaria nacional, según el decreto n° 486/02, el Estado Nacional implementó en el año 2002 un conjunto de medidas para garantizar que la población pudiera acceder a los medicamentos. El Ministerio de Salud de la Nación formuló una Política Nacional de Medicamentos basada de tres pilares: 1) la prescripción por nombre genérico, 2) la financiación selectiva y 3) la provisión pública para sectores de la población sin cobertura sanitaria ni recursos, que dependen exclusivamente del sistema de salud público para el acceso a los mismos. (Maceira & all, 2010)

Las medidas implementadas, si bien contribuían a resolver en el corto plazo el problema del acceso de la población a medicamentos, se basaban en una estrategia que implicaba la compra de medicamentos por parte del Estado. Este tipo de medidas no sólo ejerce una presión significativa sobre el presupuesto nacional de salud, sino que también implica una práctica que no es sustentable en el tiempo en términos presupuestarios. Las empresas farmacéuticas no forman sus precios sobre una estructura de costos de producción, sino que se rigen por valores de mercado, espacio en el cual la industria farmacéutica, altamente oligopólica, tiende a prácticas colusivas y no de competencia. Por otro lado, los laboratorios privados no producen medicamentos de reconocida acción terapéutica, pero de escasa rentabilidad, como los denominados medicamentos huérfanos. (Santos & Thomas, 2018)

Los funcionarios que han promovido la compra de medicamentos por licitación para atender necesidades sociales, fundamentan su posición en que esa propuesta impulsa el desarrollo de la industria farmacéutica privada local y junto a medidas como la prescripción por genérico o eventuales acuerdos de precios con los laboratorios, constituyen un proyecto razonable. Esta concepción tampoco tiene

en cuenta que los medicamentos constituyen un área dinámica que necesita de investigación y desarrollo permanente, sin embargo, esta actividad se realiza solamente en 3 o 4 de los 150 laboratorios farmacéuticos privados de capitales argentinos. (Isturiz, 2011)

Estos factores han impulsado el desarrollo de políticas gubernamentales tendientes a favorecer el acceso, disminuir inequidades y controlar el desabastecimiento de medicamentos desde el ámbito estatal como forma de garantizar derechos. Para el cumplimiento de estos fines el gobierno decide poner en marcha dos acciones:

1) La Ley de Prescripción de Medicamentos por su nombre Genérico (Ley 25.649) del el 28 de Agosto del 2002. Esta Ley establece que toda receta y/o prescripción médica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento, seguida de la forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración. También faculta al profesional farmacéutico a informar al consumidor sobre todas las marcas comerciales que contengan el mismo principio activo, con la misma cantidad de unidades, forma farmacéutica y concentración, y los distintos precios de cada uno de esos productos. De este modo, el consumidor puede elegir la marca y precio del medicamento recetado por el médico. En ningún momento autoriza la sustitución de la droga prescripta por el profesional médico. (Blanche, Berardo, Zarzur & Arques, 2012)

2) El Plan Remediar que se creó como un programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales de uso ambulatorio, cuyo objetivo es garantizar el acceso a los mismos en la población que se encuentra en situación de pobreza o sin cobertura de seguridad social, en el marco de la situación de emergencia social y sanitaria que atravesaba el país en esos tiempos. Este programa, desde sus inicios, en octubre del año 2002, se basó en adoptar un sistema de información a través de un modelo de gestión estratégico y operativo, lo que le permitió, como característica distintiva, un constante proceso de control apoyado en elementos claves para esta sistematización. (Blanche, Berardo, Zarzur & Arques, 2012)

Cabe destacar como un punto muy importante en la aceptación de este programa, el modelo de compras centralizado que genera importantes ahorros debido al aprovechamiento de las economías de escala y supone la realización de compras anuales para el aprovisionamiento de la totalidad de la red de CAPS, consensuado institucionalmente con las provincias sus consumos, en el marco del Consejo Federal de Salud (CoFeSa). Al eliminar la participación de la cadena de la oferta de

medicamentos, Remediar obtiene precios de adquisición que implican cuantiosos ahorros en comparación con los precios de venta del mercado minorista. (Blanche, Berardo, Zarzur & Arques, 2012)

Finalmente, se puede destacar que la disponibilidad de información sobre utilización de medicamentos en cuanto a la provisión, distribución, prescripción, dispensación y consumo en la red y la articulación intergubernamental que representa el Remediar, mejoran las proyecciones de compras del nivel central y constituyen un insumo clave para que las provincias y los municipios optimicen el uso de sus propios recursos fiscales en salud. La distribución de tareas entre los distintos niveles de gobierno produce, por sumatoria de esfuerzos, la ampliación de la cobertura de medicamentos y la consecuente mejora en el estado de salud de la población. (Blanche, Berardo, Zarzur & Arques, 2012)

El Plan Remediar generó una desconcentración de la demanda en los centros de mayor complejidad, al desplazar la atención del primer nivel de los hospitales a los centros de atención primaria. Según datos suministrados por González García, 15 millones de personas recibieron en los CAPS en el año 2005 medicamentos gratuitos que cubrieron el 80% de las consultas realizadas. (Santos, 2017)

Sin embargo, la política de compras del Estado argentino a partir de la crisis sanitaria del 2002, como la implementada por el Plan Remediar, continuó un modelo sanitario de dependencia que predominó en las políticas de salud del Estado nacional durante la década de 1990. (Santos, 2017)

Frente a esta significación del problema diversos grupos de opinión, científicos, instituciones de ciencia y tecnología, laboratorios públicos y universidades nacionales sostuvieron y alentaron desde el año 2002 la implementación del financiamiento y provisión de medicamentos a través de la producción pública. Este conjunto de actores proponía establecer una política estratégica de Investigación y Desarrollo (I+D) que incluyera al sector de ciencia y tecnología del país y que permitiera una autonomía real con respecto a la industria privada. Además, consideraba como muy relevante que desde el Estado nacional se instrumentaran políticas estratégicas de producción a partir de la utilización de la capacidad instalada existente en el sector. (Santos & Thomas, 2018) La producción pública de medicamentos tuvo en el año 2011 una participación relativa en el conjunto de la producción farmacéutica argentina cercana al 15% en términos de su valor de producción. (Santos, 2017) (Bramuglia, Abrutzky & Godio, 2017).

La habilitación de las plantas productoras de medicamentos por parte de la ANMAT constituye un elemento significativo, donde los laboratorios elaboradores de productos medicinales (públicos o privados) deben habilitar sus plantas y certificar sus productos para contar con autorización para el tránsito federal de sus producciones. La producción pública de medicamentos fue incentivada y estimulada en el período en consideración por otros actores provenientes del sector universitario y de instituciones científicas y tecnológicas, quienes desde la movilización y el debate se propusieron instalar la producción pública de medicamentos como una solución real y posible a los problemas identificados por el Estado Nacional en relación al acceso de la población a medicamentos y al desarrollo de la industria farmacéutica pública como área de desarrollo estratégico del Estado. (Santos, 2017)

Entre los años 2003 y 2006 se realizaron distintos encuentros en los que se debatió acerca de la situación sectorial de la producción pública de medicamentos en la Argentina y los mecanismos más adecuados para que este sector productivo pudiera convertirse en la principal fuente de medicamentos para el Estado. En términos generales, se coincidía en la necesidad de que el Estado nacional promulgara una ley sobre producción pública, que permitiera constituir un ente estatal coordinador de los laboratorios públicos, dentro del cual dichos laboratorios tuvieran autarquía y presupuesto propio. Asimismo, se propuso la sanción de una ley marco que articulara a los laboratorios por regiones con un cronograma de planificación de producción escalonada y que, a partir de financiamiento estatal, se pudieran establecer criterios de control de calidad, capacitación del personal y convenios con universidades. (Santos, 2017)

La Ley Nacional n° 26.688 de Producción Pública de Medicamentos (PPM), fue aprobada por el Congreso de la Nación el 29 de Junio del año 2011 y declara de interés nacional la investigación y la PPM, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos, a los que define como bienes sociales. (Blanche, Berardo, Zarzur & Arques, 2012) Esta ley incorpora en su texto los puntos centrales del Programa Nacional, entre ellos: 1) El reconocimiento por parte del Congreso Nacional del problema vinculado a la accesibilidad de medicamentos, vacunas y productos médicos. En este sentido se explicita que el desarrollo científico, tecnológico y productivo de los laboratorios públicos constituye una solución adecuada a dicho problema; y 2) La ley define, por primera vez, que los laboratorios públicos son “los laboratorios del Estado nacional, provincial, municipal y de la

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de las fuerzas armadas y de las instituciones universitarias de gestión estatal" (Art.4, Ley n° 26.688). (Santos & Thomas, 2018)

En el año 2007 se constituyó un nuevo actor colectivo: la Red Nacional de Laboratorios Públicos (RELAP). En efecto, la RELAP se constituyó con la participación de un colectivo de actores e. instituciones entre las que se destacaban veintitrés laboratorios industriales y hospitalarios de las provincias de San Luis, Buenos Aires, La Pampa, Formosa, Córdoba, Río Negro, Santa Fe, Misiones, Tucumán, Mendoza, Corrientes y Chaco. Suscribió también la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y el Acta de Constitución de la Red fue refrendada por autoridades de la entonces Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECyT), el Instituto de Tecnología Industrial (INTI), y la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. (Santos, 2017)

Lo que estaba implícito en esta política de coordinación entre instituciones técnicas, científicas, productivas y autoridades de gobierno era el objetivo estratégico de estimular y mejorar la producción pública de medicamentos, propiciando la investigación y el desarrollo de nuevos productos, y optimizando los costos de producción de los laboratorios a través de la realización de compras conjuntas de insumos y principios activos, la centralización de los controles de calidad a la recepción de los insumos y la búsqueda de especialización por productos para estimular las escalas de producción. (Santos, 2017)

Tres elementos pueden ser identificados en este período que contribuyeron en su conjunto a fortalecer la alianza socio-técnica de la producción pública como parte de la orientación general de las políticas implementadas desde el Ministerio de Salud: 1) La creación en el año 2008 del Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos según la Resolución n° 286 del Ministerio de Salud de la Nación, 2) La participación creciente de la producción pública de medicamentos como proveedores del Plan Remediar; y 3) La autorización por parte de la ANMAT para que la producción pública pudiera producir y distribuir medicamentos huérfanos, aunque sus respectivas plantas no contaran con habilitación de la autoridad competente. (Santos, 2017)

Un elemento que se puede identificar en la gestión del Ministerio de Salud durante la segunda fase de la trayectoria socio-técnica de la producción pública de medicamentos fue la participación creciente de algunos laboratorios públicos como proveedores del Plan Remediar. Hasta el año 2007 las licitaciones del Ministerio de

Salud para proveer al Plan Remediar incluían solamente a laboratorios privados. A partir del impulso otorgado por la Resolución n° 286 que creaba el Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, el Estado nacional acordó con laboratorios públicos la provisión de medicamentos no cubiertos por la industria privada. De esta forma, las autoridades del Programa Nacional otorgaban el sentido general de los laboratorios públicos como parte de la política pública de medicamentos. Esto es, priorizar el desarrollo de los laboratorios públicos de acuerdo a sus condiciones institucionales y productivas particulares. (Santos, 2017)

Esta definición abría las puertas al reconocimiento provincial de los laboratorios públicos, dejando entrever la posibilidad de que las provincias adhirieran al marco de la ley y posibilitaba a los laboratorios de producción pública establecer convenios con universidades u otras entidades estatales pertinentes para realizar el control de calidad de los medicamentos, vacunas y productos médicos. Vale decir, le otorgaba al laboratorio público un instrumento importante frente a los argumentos de que la producción pública no era recomendable dado que sus productos no garantizaban la confiabilidad en cuanto a su calidad. Y finalmente, quizás el dato más relevante, la Ley consideraba los medicamentos como bienes sociales. (Santos, 2017)

Durante esta fase pueden identificarse tres elementos que constituyen los ejes centrales en torno a los cuales se resignificó la alianza socio-técnica de la producción pública de medicamentos: 1) La desactivación del Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos a mediados del año 2009; 2) La promulgación de la ley n° 26.688, que declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos en el año 2011; y 3) La reglamentación de la mencionada ley en julio de 2014 a través del decreto del poder ejecutivo nacional n° 1087. (Santos, 2017)

Si bien el problema del precio de los medicamentos, que afectaba directamente su accesibilidad por parte de la población, seguía constituyendo la preocupación por parte del Estado nacional, la producción pública no fue significada como la solución principal. En lugar de ello, se promovieron a partir del año 2009 acuerdos de precios con los principales productores farmacéuticos privados. Este tipo de medidas implementada por el Gobierno nacional, aunque implicaba en el corto plazo un impacto favorable para el consumidor, establecían una posición negativa frente a la producción pública. Sobre todo, si se tiene en cuenta que todas estas

especialidades medicinales que formaban parte del acuerdo de precios establecido por el Estado nacional también eran producidas por la industria pública. (Santos, 2017).

Puede afirmarse entonces que durante la tercera fase de la trayectoria de la producción pública de medicamentos se articuló una alianza predominante que, a diferencia de las anteriores, presentó una participación relativa de la industria privada mayor que las intervenciones públicas. La producción pública de medicamentos ocupó en la alianza socio-técnica predominante en esta fase un lugar marginal y presentó una débil articulación a ella. (Santos, 2017)

Del análisis de las tres fases de la trayectoria de la producción pública de medicamentos se desprende que el Estado nacional priorizó medidas que tuvieron como objetivos abaratar los precios de los medicamentos y garantizar su acceso por parte de la población en general. En este sentido, las medidas implementadas incluyeron la prescripción de medicamentos por su nombre genérico, el reparto gratuito de medicamentos, principalmente a través del Plan Remediar (hasta el año 2016 Remediar + Redes) y el establecimiento de acuerdos de precios con la industria privada. Los instrumentos utilizados por el Estado nacional en tal sentido dejaron un amplio margen de maniobra a la industria farmacéutica privada, produciéndose una contradicción entre el carácter social significado en las políticas públicas de medicamentos y la articulación del sector privado como parte de las medidas implementadas. (Santos, 2017)

Por otra parte, abastecerse a través de la PPM implica: 1) utilizar la capacidad instalada de los 39 laboratorios de PPM que hay en el país y del INTI como soporte tecnológico., 2) resolver el problema de los medicamentos “huérfanos”, 3) utilizar el conocimiento para hacer investigación y desarrollo a través de convenios con universidades y organismos de ciencia y tecnología, 4) para hacer síntesis de principios activos, producción de proteínas de uso terapéutico por ingeniería genética, etc., 5) hacer estudios de biodisponibilidad, bioequivalencia, farmacovigilancia, 6) centralizar las compras para obtener mejores precios en insumos y coordinación en la producción nacional sin que los laboratorios dejen de atender necesidades regionales y 7) generar un instrumento formidable (la PPM) para la negociación y para establecer precios testigo sobre la base de estructuras de costos y no de “mercado”. (Isturiz, 2011)

La PPM es, esencialmente, un proyecto de carácter integral e interdisciplinario que, obviamente, necesita del aporte de distintas ramas del conocimiento

(medicina, química, ingenierías, biología, bioquímica, tecnología, etc.). En consecuencia, la activación de un proyecto con estas características tendría un fuerte impacto sobre el sector científico-tecnológico, hoy llamativamente aislado de las problemáticas nacionales y poco útil. Así, la articulación de proyectos de los laboratorios de PPM con universidades u organismos de Ciencia y Tecnología conduciría a resolver, o atenuar, el problema de la fragmentación institucional del sector científico-tecnológico, a expandir a un sector que podría absorber recursos humanos calificados y nos daría soberanía tecnológica en el sector, todos ellos problemas estructurales que es necesario corregir para generar un verdadero sistema de ciencia y tecnología, que hoy no tenemos. (Isturiz, 2011)

DESARROLLO TEMATICO

Se procederá a desarrollar los Objetivos planteados en este trabajo:

1-Marco regulatorio de creación de la Planta Elaboradora de Medicamentos de Misiones

El Laboratorio de Especialidades Medicinales de Misiones (LEMis) fue gestado y creado a comienzos de la década del noventa, en el año 1991 se crea por Resolución Ministerial 1219/91, como una estructura de Departamento con dependencia directa del Ministro de Salud, bajo la denominación de Departamento de Elaboración y Fraccionamiento de Medicamentos e Insumos.

Luego, en el año 1997 se crea la Dirección de Provisión y Fraccionamiento de Medicamentos (Decreto 1535/97), bajo cuya dependencia queda el Departamento de Elaboración de Medicamentos e Insumos.

Posteriormente, en el año 2000, por Decreto 255/00 se cambia la denominación de la Subsecretaría de Prevención de Drogadicción y Apoyo Lucha Contra el Narcotráfico (aprobada por Decreto Nº32/96) por la de “Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Control de Drogas”. El Departamento de Elaboración y Fraccionamiento pasa entonces a formar parte de la Dirección de Farmacia y Bioquímica, quedando bajo la estructura orgánico funcional de esta Subsecretaría.

Luego, por Decreto 1679/04, se dividió esta última Dirección, y el Laboratorio de Especialidades Medicinales queda bajo dependencia de la Dirección de Farmacia.

En el año 2020 se modificó la estructura orgánica de la Subsecretaría, pasando a designarse Subsecretaría de Apoyo y Logística de la cual depende el LEMis. El 22 de octubre del 2020, a través de la Ley XVII Nº 133, se integra el LEMis al Parque de la Salud de la Provincia de Misiones "Dr. Ramón Madariaga".

Entre los objetivos de la creación del LEMis se resaltaba la necesidad de mejorar la capacidad adquisitiva de medicamentos por el Ministerio de Salud y facilitar el acceso libre y gratuito de los misioneros más carenciados que los necesiten. Desde sus comienzos la prioridad de producción fueron los medicamentos esenciales para la atención primaria de la salud. El Laboratorio tiene como objetivo, además, elaborar formas medicinales no estériles que reúnan los requisitos de seguridad, eficacia y calidad, con una relación costo-beneficio razonable.

En los fundamentos de la norma se menciona además que "existe una desproporción entre los montos de los principios activos, materiales y productos químicos necesarios para la elaboración de algunos medicamentos de gran demanda y los precios finales de adquisición de los mismos". Además, agrega "que dicha desproporción disminuye la capacidad de compra del Ministerio, afectando la provisión continua medicamentos en los distintos niveles"

En sus inicios el Laboratorio Incorporó en sus filas a jóvenes profesionales farmacéuticos de las primeras promociones de la carrera de Farmacia de la Universidad Nacional de Misiones. Asimismo, convocó a estudiantes de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales como parte de sus equipos de trabajo.

En la primera etapa de funcionamiento del LEMis, las actividades productivas se ejecutaban en un espacio físico alquilado por el Ministerio de Salud Pública sobre la Avda. Santa Catalina, al 3214. Las actividades se desarrollaron en ese ámbito desde el año 1992 hasta Junio de 1997. Posteriormente, a través de un proyecto de mejora financiado con fondos del Programa de Maternidad e Infancia (PROMIN) se readecuó parte de un pabellón del Hospital Pedro Baliña y se adquirieron equipos e instrumental que permitieron el salto cuali-cuantitativo de la institución. Más allá de la voluntad puesta por los actores, y las distintas remodelaciones que se instrumentaron en el antiguo edificio es sumamente dificultoso que una planta industrial funcione con eficiencia en un edificio estructuralmente obsoleto.

Es de señalar, que, en el año 2019, la provincia de Misiones a través del Decreto Provincial 2052/2019, autoriza la constitución de una Sociedad del Estado denominada MISIO- PHARMA S.E. y aprueba su estatuto.

2-Conocer la evolución de la planta desde su inicio hasta de la actualidad en cuanto a su producción e indagar sobre las limitaciones y potencialidades de la misma.

La Provincia de Misiones satisface la demanda de medicamentos del Sistema de Salud Público Provincial a través de diferentes proveedores: el LEMis; el programa Remediar y otros programas Nacionales (HIV, TBC, Lepra, miastenia gravis, salud sexual, etc); el Parque de la Salud que provee a distintos hospitales y CAPS; el Ministerio de Salud que compra centralizadamente por licitaciones públicas o compras directas; los Hospitales y CAPS que adquieren por compra directa a través de los recursos hospitalarios, Programa SUMAR y fondos permanentes (Tabla 1).

Tabla Nº1: Proveedores de medicamentos al sistema sanitario público en Misiones.

SECTOR	PROVEEDORES DE MEDICAMENTOS AÑO 2020
PUBLICO	Laboratorio Provincial Producción de Medicamentos de Misiones (LEMIS)
	Remediar y otros programas nacionales
	Ministerio de salud Pública de Misiones
	Parque de la Salud Provincia de Misiones
	Hospitales y CAPS (Arancelamiento, fondos permanentes y programa SUMAR)

Fuente: Elaboración propia.

Hasta hace unos años, en el sistema sanitario público funcionaba un vademécum de medicamentos esenciales elaborado en base a lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Todas las acciones de compra, administración y dispensa de medicamentos de atención primaria se regían bajo este listado, pero en la actualidad, cayó en desuso y la demanda depende de las prescripciones que realizan los profesionales.

Los medicamentos elaborados por el Laboratorio LEMis se distribuyen estratégicamente a todo el sistema de salud, permitiendo el acceso a los mismos en forma gratuita, dando cobertura a enfermedades estacionals y regionales, como así también a enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, epilepsia, enfermedades de salud mental, entre otras.

Los medicamentos elaborados en la Planta se utilizan para tratar patologías de los siguientes grupos: Aparato digestivo y metabolismo; Sangre y hematopoyéticos ; Sistema cardiovascular; Dermatológicos; Aparato genitourinario y hormonas sexuales; Hormonas para empleo sistémico (excluyendo hormonas sexuales); Anti infecciosos Generales para empleo sistémico; Agentes Anti neoplásicos e Inmunoreguladores; Sistema Nervioso; Antiparasitarios, Insecticidas y Repelentes; Aparato Respiratorio y Órganos de los Sentidos.

La producción actual de medicamentos del LEMis es de alrededor de 948.000 unidades de 55 especialidades medicinales. En la Figura Nº1 puede observarse la evolución cualitativa de la producción de insumos del LEMis.

Figura Nª 1: Evolución cualitativa de productos elaborados por el Laboratorio de Especialidades Medicinales de la provincia de Misiones

Fuente: Laboratorio de Especialidades Medicinales de la provincia de Misiones

Si bien la cantidad de unidades medicinales producidas por el LEMis fue incrementándose año a año, la variedad de productos elaborados experimento un crecimiento en los dos primeros periodos (1992; 1993-1997), mientras que en los siguientes y hasta la actualidad se observa un amesetamiento. Se elaboran formas farmacéuticas para uso oral y tópico que incluyen soluciones, jarabes, suspensiones, cremas y comprimidos sin cobertura.

En el año 2004 se aprobó el Proyecto de Atención Primaria de la Salud en base a plantas medicinales presentado por la Asociación Argentina de Fitomedicina y promovido por la Cooperación Italiana. Es así como los fitomedicamentos se incorporaron al listado de productos como el Jarabe de Ambay, los Comprimidos de Cangorosa, la Crema de Caléndula y las Gotas de Carqueja. Misiones se posiciona, así, como el primer estado provincial con un laboratorio productor de medicamentos herbarios en el país. La promoción de la salud de los ciudadanos a través de la distribución gratuita de medicamentos herbarios pone en valor el uso tradicional de plantas medicinales que ofrecen una alternativa segura a los fármacos de síntesis e impulsa el desarrollo económico de la región.

En el año 2004, el ANMAT habilitó las instalaciones del LEMis con su infraestructura y su recurso humano. Además, ese mismo año el LEMis registró en el ANMAT el Jarabe de Ambay, los Comprimidos de Cangorosa, la Crema de Calendula y las Gotas de Carqueja.

En el año 2.020 se produjeron y entregaron 948.000 unidades de productos terminados. Estos medicamentos tuvieron un costo estimado de producción de 47.000.000 de pesos con un costo de insumos directos de 15.000.000 de pesos. Los productos entregados tienen un costo mínimo en farmacias valuados en 197.000.000 de pesos con lo cual la provincia se ahoraría la suma de 150.365.950 $. (Tabla Nº 2)

Tabla Nª 2: Unidades entregadas, Costos y Ahorros en medicamentos producidos por el LEMis

AÑO	UNIDADES ENTREGADAS	VALOR INSUMOS ($)	COSTO ESTIMADO DE PRODUCCIÓN ($)	MENOR PRECIO DE MERCADO ($)	AHORRO ($)
2020	948.765	15.516.993	47.123.780	197.489.730	150.365.950
2019	754.077	10.785.976	26.538.558	100.560.790	74.022.232
2018	815.083	5.524.154	15.728.277	55.251.904	39.523.627
2017	639.895	3.058.788	8.798.599	23.967.980	15.169.381

Fuente: Laboratorio de Especialidades Medicinales de la provincia de Misiones

Con respecto a la inversión anual que el Estado provincial realizo en los últimos años en la producción pública de medicamentos, se puede observar en la Tabla Nº 3, como la relación entre el presupuesto asignado al LEMis con respecto al presupuesto del MSP (LEMis/MSP %) fue disminuyendo.

Tabla Nº3: Presupuesto asignado al MSP provincial, al LEMis y relación entre ambos

AÑO	PRESUPUESTO MSP	PRESUPUESTO LEMis	LEMis/MSP %
2009	312.798.000	4.854.000	1.55
2011	608.894.000	5.774.000	0.94
2013	710.890.800	6.692.000	0.94
2015	1.335.083.000	8.688.000	0.65
2017	2.385.032.000	12.884.000	0.54
2019	3.609.276.000	17.168.000	0.47
2021	7.992.247.000	26.280.000	0.32

Fuente: Elaboración propia en base a las Leyes de Presupuesto de la Provincia de Misiones desde el año 2009 al 2021.

Conclusiones principales

Esta monografía se nutrió de una revisión bibliográfica, del análisis de la normativa relevante y de entrevista a actores clave en distintos niveles del sector salud, siendo escaso el material local publicado.

Desde su inicio y durante 28 años el LEMis fue parte de una estructura jerárquico administrativa que enlenteció y dificultó su funcionamiento. Su incorporación desde el año 2020 al Parque de la Salud podría resolver algunas de las dificultades de funcionamiento actualmente existentes.

El inicio de la elaboración de Fitomedicamentos constituyó un icono en este tema, siendo Misiones la primera provincia que fabricó medicamentos herbarios. Esto demostró la existencia de un recurso humano capacitado, el aprovechamiento de materias primas de la región con la creación de nuevas fuentes de trabajo para productores misioneros y una política de soberanía en ciencia y tecnología. Todo esto sumado al aprovechamiento de los saberes ancestrales de los pueblos originarios que habitan en nuestra provincia.

Con el paso de los años, se observó un aumento en la producción del laboratorio desde el punto de vista cuantitativo. Sin embargo, se produjo un estancamiento tras el salto cualitativo que se obtuvo al inicio de su creación, con la incorporación de escasos productos nuevos.

En el año 2020, la provincia pudo ahorrar aproximadamente 150 millones de pesos en la compra de medicamentos, gracias a la producción de su planta elaboradora estatal, como puede observarse en la tabla Nº2.

A pesar de toda esta potencialidad, se puede observar en la tabla Nº3, como la incidencia presupuestaria en la producción pública de medicamentos en Misiones, fue decreciendo año a año, constituyendo en la actualidad solo el 0,32% del total.

A la limitación presupuestaria, se suma la complejidad burocrática de los procedimientos licitatorios, los cuales pueden implicar entre 3 y 6 meses y en el caso de compras directas, como mínimo 2 meses. Estos obstáculos hicieron menos eficientes los procesos de planificación.

El funcionamiento del LEMis desde su creación, estuvo vinculado a la política general que sobre el tema de medicamentos instrumentó el Ministerio de Salud, donde el

Estado provincial a fin de garantizar el derecho al acceso de los medicamentos a la población, priorizo la compra de los mismos antes que el fortalecimiento de la producción local.

El Lemis es en la actualidad, a casi 30 años de su creación, un laboratorio de mediana escala con una producción que llega a cubrir las necesidades locales en la Atención primaria de la Salud con distribución y transito provincial.

Invertir en optimizar la producción publica en medicamentos es una inversión que se recupera rápidamente, aunque mejorar sea un proceso integral que no solo requiera mayor inversión presupuestaria, mas recurso humano, estructuras edilicias y equipamiento, sino también está relacionado con las compras centralizadas, el funcionamiento de un vademécum, la relación con instituciones de ciencia y tecnología, las escalas de producción, la habilitación al ANMAT, entre otras.

Recomendaciones

Siendo el componente de medicamentos el rubro que más crece en el gasto global en salud son necesarios estudios adicionales que alumbren sobre la optimización en la utilización de los recursos fiscales de la provincia en este sector.

Dado el ahorro significativo que se produce al potenciar la elaboración publica de medicamentos y que la provincia cuenta con un laboratorio en funcionamiento y recurso humano capacitado sería recomendable potenciar el funcionamiento del LEMis de forma integral incrementando su presupuesto, su recurso humano, su equipamiento, su estructura edilicia y fomentar la interacción con instituciones y organismos públicos o privados, nacionales, provinciales, municipales o extranjeros con objetivos similares.

Referencias bibliográficas

Allard Soto, R. (2015). Medicamentos esenciales y Acuerdo sobre los ADPIC: colisión entre el derecho a la salud y el derecho de propiedad intelectual. *Salud Colectiva*, 11(1):9-21.

Basile, G., Rodríguez Cuevas, E., Peidro, R. & Angriman, A. (2019). Estudio de caracterización del Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero hoy: fusiones multinacionales, concentración económica e impacto en el acceso a los medicamentos y destrucción de fuentes de trabajo en el sector. *IEPS-APM*. Buenos Aires.

Blanche, M.D., Berardo, J.A., Zarzur, J.A. & Arques C.R. (2012). Incidencia de la producción pública de medicamentos dentro de un mercado de economía mixta estudio de la estructura organizacional, funcional y de costos del laboratorio industrial farmacéutico sociedad del estado en la provincia de Santa Fe.

Bramuglia, C., Abrutzky, R. & Godio, C. (2017). La industria farmacéutica en la Argentina, *Revista Realidad Económica,* 307: 124- 328.

Homedes, N.& Ugalde (2015), A. El ciclo de los medicamentos: su impacto en el acceso y el uso adecuado. *Salud Colectiva*, 11(1):5-8.

Iriart, C., & Merhy, E.E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63): 1005-16. Epub January 23, 2017. https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0808.

Isturiz, M (2011). La producción estatal de medicamentos en Argentina, en: Voces en el Fénix, nº 17. Disponible en:http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/17.pdf (13/05/2018).

Maceira, D. & all. (2010). Evaluando una estrategia de intervención estatal: La producción pública de medicamentos, Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible: http://www.danielmaceira.com.ar/wp- content/uploads/2014/07/final_academico_ecm__maceira_2009final1.pdf (13/05/2018).

Santos, G. (2017). "Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina (2002-2015)", en: *Anuario. Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo.* N°9. Año 9. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas

Santos, G. & Thomas, H. (2018). Producción pública de medicamentos: desafíos para una política estratégica en materia de salud. *Ciencia, Tecnología y Política*, Vol 1(Nº1), Universidad Nacional de La Plata.

Rivadulla, P. & Godoy D. (2019). El instituto biológico Dr. Tomás Perón y su capacidad para contribuir al acceso a los medicamentos. *IDEPsalud-ATE*

Ugalde, A. & Homedes N. (2009). Medicamentos para lucrar. La transformación de la industria farmacéutica. *Salud Colectiva*, 5(3):305-322.

16

La producción publica de medicamentos, el impacto sobre la producción de Misoprostol, como consecuencia de la lucha que ha desarrollado el movimiento de mujeres en Argentina, alcanzando la sanción de la Ley por el aborto seguro, legal y gratuito en diciembre del 2020

| Vanina Verónica Rodríguez

Si hubo un año donde la presencia del Estado tenia que garantizar, el derecho al acceso a la salud y en consecuencia el cuidado de les habitantes fue el 2020, además de transitar la pandemia por Covid-19, en Argentina el movimiento de mujeres y personas con capacidad de gestar, volvía a plantear la necesidad de poder avanzar en el derecho de decidir sobre nuestros cuerpos, y es así que aun con la situación sanitaria reinante, se convocaron miles de personas frente al Congreso Nacional primero el 11 de Diciembre para la media sanción de la ley en la cámara de diputados y en una segunda oportunidad el 29 de diciembre para que con los votos de las senadoras y senadores finalmente algo tan anhelado por el movimiento de mujeres se convierta en ley.

Pero, sin lugar a dudas, para llegar a esta instancia hubo una historia previa de organización colectiva, concientización y visibilizacion de lo que nos pasa en nuestras vidas como mujeres, donde en infinidad de oportunidades se nos invisibiliza por ello, debemos remontarnos a los inicios del feminismo y las luchas por el sufragio femenino en la Argentina (1900-1947).

El surgimiento del feminismo forma parte del paisaje de época de la Argentina "moderna" –fines del siglo XIX inicios del XX–, en una sociedad en la que a lo largo de los tiempos las mujeres actuaron, trabajaron, y no sólo cuidando a la familia y sirviendo al marido (Espinel, 2020: 131) "todas las actividades de cuidados terminaron confinadas formalmente al espacio familiar, en el espacio reproductivo, quedando materializadas y sustancial izadas bajo la forma de un trabajo no remunerado de las mujeres, invisible para la producción" sino que opinaron e influenciaron en la vida política, aunque no se las reconociera y estuvieran lejos del derecho a la ciudadanía.

Al finalizar el siglo XIX ya estaba en plena vigencia el Código Civil que sancionaba la inferioridad jurídica de las mujeres, a semejanza de la mayoría de los códigos en boga. No puede sorprender que desde mediados de aquel siglo se extendieran las acciones femeninas para revocar esa insidiosa circunstancia. La adhesión temprana al feminismo de las mujeres socialistas y de las denominadas librepensadoras –en todo caso un grupo entre las que destacaban las "letradas"– significó la puesta en marcha de por lo menos cuatro demandas fundamentales: la remoción de la inferioridad civil, la obtención de mayor educación, el auxilio a las madres desvalidas y la cuestión del sufragio, reclamo que se había empinado especialmente en otras latitudes.

Pero el sufragio encontrará interpretaciones diferenciadas entre nuestras primeras feministas. Hacia 1910, y por ocasión del Primer Congreso Femenino, es evidente que las voces más advertidas sobre los derechos cívicos harán sentir las diferencias. Dos notables feministas de la primera hora, María Abella Ramírez –una docente de origen uruguayo radicada en La Plata– y Julieta Lanteri –una inmigrante italiana que se había recibido de médica–, abogarán por el sufragio de las mujeres sin cortapisas. Alicia Moreau –que se tornaría una destacada luchadora por los derechos femeninos y una singular referenta del Partido Socialista– era de las que pensaban, en los primeros años del siglo pasado, que el voto debía adquirirse por escalones. Opinaba que primero había que ejercitarlo en la esfera local para acceder en alguna ocasión –y con mayor educación– a las elecciones de orden nacional. Pero después de terminada la Gran Guerra –momento de grandes transformaciones–, las feministas más conspicuas, incluyendo a Elvira Rawson de Dellepiane –médica que había adherido de modo temprano a la causa de las mujeres–, sostuvieron que el sufragio debía ser universal, en igualdad de condiciones con los varones. Debe reflexionarse que en buena medida la base argumental reposaba en la particular dignidad de las mujeres debido a su condición de madres, de modo que los primeros cauces feministas adoptaron la forma del maternalismo como una estrategia fundamental para la acción. La perspectiva del maternalismo fue común a la mayoría de los movimientos que reivindicaban la igualdad con los varones.

Los años 1920 fueron de ascenso en las luchas para la obtención del sufragio, con un mayor número de asociaciones de mujeres apoyando la medida. Deben evocarse los nuevos núcleos compuestos por mujeres de origen social más alto y de actitudes ciertamente más moderadas; una de sus líderes más proyectadas era Carmela Horne de Burmeister. Habían ingresado varios proyectos al Congreso y en 1932 la Cámara baja aprobó el voto femenino, pero nunca fue tratado en el Senado, donde estaban las representaciones más conservadoras. El interregno hasta mediados de la década de 1940 representó una cierta declinación de las demandas feministas en aras de una dominante preocupación por los avances autoritarios europeos y sus amenazantes repercusiones locales. El mayor empeño militante estuvo destinado a socorrer a las víctimas de la guerra civil española, a desplegar medidas solidarias con los refugiados y a proveer auxilio a quienes eran perseguidos por el nazi fascismo. La inquietud por la situación local no era menor entre las socialistas, radicales, católicas liberales, y entre las anarquistas que, aunque habían

estado lejos de las demandas de derechos formales, siguieron abogando por la completa autonomía femenina –incluyendo el derecho a recusar la maternidad forzosa–, en un mundo asediado por la pérdida de las libertades y asolado por gobiernos totalitarios. Como síntesis de esas luchas antiautoritarias basta mencionar la organización femenina denominada Junta para La Victoria, que tuvo adherentes a lo largo y ancho del país, y la acción desplegada por la revista Vida Femenina que dirigía Juana Berrondo, de inscripción socialista.

1. La llegada del peronismo pareció la profecía autocumplida para estas huestes femeninas. Con su advenimiento, y el decidido empeño de la propia Eva Perón, que estaba lejos del feminismo pero que movilizó a las mujeres sobre todo a través de los sindicatos frente al inminente tratamiento en el Congreso en el invierno de 1947, pudo sancionarse la ley del sufragio. La primera experiencia de voto femenino se realizó en 1951: la concurrencia fue masiva, y tal como había calculado Eva, las mujeres consagraron el triunfo del peronismo con la enorme mayoría de sus votos. Sin duda, Eva Perón se ofrece como una figura de visos excepcionales por muy diversas razones, en especial por su singular intuición relacionada con la justicia social, con la protección de los vulnerables y debe destacarse que en buena medida la acción de la fundación que llevaba su nombre se dirigió a atender a las mujeres y los niños. La Argentina pudo mostrar una circunstancia inédita, ya que las representantes femeninas alcanzaron en torno al 30 por ciento en ambas cámaras del Congreso. Pero en 1955, como es bien conocido, el general Perón fue depuesto por un golpe del Estado, y en los raros momentos posteriores y con el peronismo proscripto casi no hubo mujeres en los escaños parlamentarios. *María Lugones en colonialidad y genero queda demostrado la exclusión histórica y teórico-práctica de las mujeres no-blancas de las luchas liberatorias llevadas a cabo en el nombre de la Mujer.*

Entre 1976 y 1983 la Argentina vivió la más feroz dictadura de su historia, con miles de desaparecidos, perseguidos y exiliados. Fue un grupo de mujeres el que enfrentó con mayor contundencia este proceso, reclamando por la aparición de sus familiares. Es ampliamente conocida la trayectoria de las Madres de Plaza de Mayo, espacio del que surgió la asociación de las Abuelas en procura de los nietos apropiados por los represores. La recuperación democrática significó, entre otras cosas, el retorno del movimiento feminista con un cambio notable de posiciones epistémicas y sobre todo de agenda, gracias a la crítica aportada por la Segunda

Ola –movimiento que había profundizado las transformaciones reclamadas por el feminismo, especialmente en Estados Unidos y Europa, en los años 1960–.

La diferencia jerarquizada de los sexos fue vista por el renaciente feminismo argentino de la posdictadura no sólo como una rémora patriarcal, sino como una expresión de las formas autoritarias que debían ser removidas por el Estado de derecho. Hubo dos tópicos centrales en la nueva agenda feminista, a saber, la violencia doméstica y el reconocimiento político. Si las organizaciones de mujeres pusieron sobre el tapete la cuestión de la violencia sufrida en el seno del hogar, fueron diferentes militantes del campo popular las que propusieron alterar las reglas de juego de sus fuerzas solicitando el reconocimiento pleno, el derecho a obtener cargos en los sindicatos, organizaciones sociales y partidos políticos con lugares en la representación parlamentaria. Se habían presentado diversos proyectos en materia de "cupo" femenino en ambas cámaras, y en 1991, se sancionó la ley que modificó la composición de las listas partidarias determinando un piso mínimo de 30 por ciento para las mujeres, ubicadas en lugares expectables, con posibilidades de resultar electas. La Argentina se convirtió en el primer país en sancionar la cuota de participación femenina y más tarde fue seguida por un grupo de países de América latina. Han transcurrido más de dos décadas de la experiencia, y sorteando las acusaciones de la manipulación patriarcal, la imputación de que hay arreglos de conveniencia por parte de los varones regentes en los partidos políticos –como si no ocurriera lo mismo tratándose de los propios varones–, lo cierto es que el balance de la actuación en el Congreso debe celebrarse.

Más allá de las diferencias en el terreno político partidario, las feministas han apoyado dos leyes fundamentales: el matrimonio igualitario que permite el casamiento de personas del mismo sexo (2010) y la ley de identidad de género (2011) que posibilita tener la identidad civil de acuerdo con la identidad sexual/género subjetiva. No hay dudas de que en la germinación de los movimientos reivindicativos de la disidencia sexual hay viejos fermentos del feminismo. De todos modos, creo que este se ha derramado en múltiples formas en expresiones más populares y la novedad consiste en que hay más expresiones de colectivos que actúan a favor de los derechos de las mujeres.

Pero hay una cuestión principal en la agenda de las mujeres movilizadas por derechos: se trata de la legalización del aborto, la accesibilidad gratuita y segura a los

servicios de salud para abortar, la prerrogativa de decidir sobre nuestros cuerpos. Se trata de una demanda que unificaba a todo el espectro del feminismo, una asignatura pendiente en el arco de los innegables avances habidos en estos treinta años de democracia.

Lo que importa es el reconocimiento de sí, la adquisición de nuevas sensibilidades y sentimientos sobre la propia existencia, el salto formidable de dejar el sometimiento y conquistar, con la autonomía, planos de mayor dignidad.

Y sin dudas, la dignidad y autonomía sobre el cuerpo de las mujeres debe discutirse en el campo de la Salud, no sólo aquí en Argentina sino en la mayoría de los países, el tema de Medicamentos forma parte del núcleo de las principales preocupaciones.

En nuestro país, nombrar Medicamentos remite inevitablemente a situaciones transcendentales de nuestra historia contemporánea. Perón y Carrillo con la Empresa de Medicamentos del Estado Argentino (EMESTA) por el lado de la producción estatal, y más recientemente Illia y Oñativia por el lado del control de precios y publicidad, fueron quizá los puntos excluyentes de decisiones de política pública para resolver las polémicas que plantea el medicamento y su acceso por parte de las mayorías populares. *La institucionalidad y materialidad de los sistemas de salud como condensación del tipo de estatalidad construida socialmente reflejan sustentos ideológicos, concepciones y acciones técnico-políticas en su proyección sobre la sociedad (VII Dossier de SISS G.Basile).*

Esta tensión entre una actividad productiva privada (afectado por patentes, royaltys, costos productivos y de fuerza laboral, insumos y materias primas) que factura anualmente unos 5 mil millones de dólares y genera unos 100 mil puestos contando directos e indirectos por un lado, y el acceso al medicamento como bien esencial de un derecho humano como es la salud, no parece tener sosiego a lo largo de la historia reciente, y en toda vez nos remite a la dicotomía más estructurante respecto de si la salud es un bien público o un bien de mercado.
En esta tensión se dirimen los proyectos sanitarios de los Estados, las regiones y el mundo todo.
El desarrollo y la producción de preparaciones farmacéuticas es una de las principales actividades del sector privado en muchos países. En varios países de la OCDE

y en algunos países de ingresos bajos y medianos, tales como la Argentina, el Brasil, China, Cuba, Egipto, la India, Indonesia, México y Sri Lanka, existen laboratorios de medicamentos totalmente privados, y en algunos casos públicas, con importante capacidad innovadora.

En todos los casos la Producción Pública de Medicamentos PPM aparece como una importante complementación con el sector privado. Plantear el dilema excluyente de la PPM versus la producción privada es un antagonismo que es inconducente hacia el objetivo del acceso masivo de la población.

La PPM en la Argentina se remonta al primer gobierno de Perón en la gestión de Carrillo, cuando mediante el decreto 23.394/46 creó la mencionada EMESTA en medio de una tensión con la industria farmacéutica promoviendo la producción de casi 100 productos farmacéuticos en costos accesibles para los trabajadores y trabajadoras, e inaugurando la idea instituyente de la salud como derecho y el medicamento como un bien social.

De allí en más, la PPM ha tenido como área del Estado un discurrir ondulante pero siempre marginal. A pesar de que la existencia de gobiernos democráticos de carácter más popular sea vista como amenaza potencial a las tradicionales élites políticas, con perspectivas más redistributivas y en particular el último tramo del Gobierno Kirchnerista y seguramente emparentado con la creciente incursión del tema por parte del movimiento sanitario argentino, la PPM surge como política de Estado de alto volumen político, con la creación de la ANLAP (Agencia Nacional de Laboratorios Públicos) entre otras medidas.

Hoy es sin duda una producción estratégica que aparte en el país está muy desarrollada y nos diferencia del resto de los países de la región.

La PPM sirve para regular el precio del medicamento ya que desnuda la estructura de costo de este producto, sirve para no desabastecer programas que tienen gran impacto sanitario con lo que se logra adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes (como el caso de PRODIABA) y también un ahorro al sistema ya que se ahorra en la llegada a casos extremos con internaciones y días de terapias intensivas. Además, ciertamente genera empleo y soberanía en el marco de un deseado desarrollo productivo del país.

La red de Laboratorios Públicos funciona a lo largo del país, siendo los laboratorios hoy habilitados por ANMAT el LIF de Santa Fe, el LEM de Rosario, Hemoderivados de Córdoba, Laboratorios Puntanos de San Luis, PROFARSE de Rio Negro, LEMP N 2 Buenos Aires, Laboratorios de Fin del Mundo Tierra del Fuego, Ecom Chaco. El resto tiene habilitaciones provinciales que les permite el tránsito solo provincial.
Avanzar en la producción publica de medicamento podrá regular el precio ya que el gasto en medicamentos compone buena parte del importante gasto en Salud que registra la Argentina (estimaciones disimiles entre el 7 y el 10 % del PBI), que incluye el altísimo gasto de bolsillo de las personas de los cuales el gasto en medicamentos es cerca de la mitad. La presunta crisis de financiamiento del Sistema de Salud en buena parte está influida por este mercado absolutamente irracional y cuasi des regulado, como es el mercado del medicamento, y por otra parte, porque un mercado tan desregulado como asimétrico, ha generado una escalada de precios que junto a las reducciones de cobertura de la seguridad social y al desmantelamiento de los programas públicos de provisión de medicamentos, ha generado una dificultad severa y creciente en el acceso al medicamento. *Apoyado en el poder de sus recursos, el Banco Mundial ha promovido una reforma de salud basada en los principios básicos de que el sector privado es más eficiente que el sector público y de que la función del Gobierno es regular y no proveer servicios.* (*Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso Nuria Homedes; Antonio Ugalde*)

La realidad nos marca que del lado del sector público hay dos situaciones que conviven en detrimento del acceso al medicamento: en los hospitales y las Unidades Sanitarias no existe disponibilidad de medicamentos ante los requerimientos de los pacientes, y el último programa de abastecimiento público de medicamentos (REMEDIAR) fue desmantelado severamente en el marco de la CUS. El Estado nacional se ha desentendido en los últimos años de la gestión neoliberal de esta función y descargó el impacto en las Provincias y los Municipios, sin las correspondientes transferencias de fondos.

Además, se desperdicia la capacidad de compra del sector público en conjunto con el PAMI y las Obras Sociales Provinciales acumulan 27 millones de personas (aproximadamente 15, 7 y 5 millones respectivamente) demandantes de medicamentos, y algo así como la mitad del gasto global en salud, lo que generaría capacidad de

negociación con las empresas productoras de medicamentos, en el escenario de compras centralizadas.

"... Establecer políticas públicas de abastecimiento de medicamentos para planes sociales direccionadas sobre el eje de la compra, las vuelve muy vulnerables al significativo poder de las grandes empresas farmacéuticas y a los avatares de una economía de "mercado". Una alternativa real a las políticas de compra de medicamentos consiste en la utilización de la capacidad instalada existente en el sector público y que se expresa en los laboratorios de PPM que hay en nuestro país..." decía el investigador Martin Istúriz.
Es cierto que el volumen de la capacidad instalada actual de PPM en la Provincia de Buenos Aires, difícilmente tenga capacidad de abastecer la necesidad de provisión pública para patologías prevalentes, pero una estrategia de integración en redes con el resto de la Red de Producción Publica podría poner sentido estratégico que redunde en aprovechamiento y/o mejoramiento de la capacidad instalada, mejoras en la oportunidad de la provisión y reducción de costos.

Durante la gestión del gobierno neoliberal de María Eugenia Vidal en la provincia de Buenos Aires, se debilitó en extremo la capacidad productiva de la PPM con los Municipios, abandonando líneas de producción específicas (por ej. salbutamol e ibuprofeno de uso pediatría), y dejando de comprar insumos básicos como material de vidrio y reactivos para el normal desarrollo de la producción.

Pero además se desarrolló un intencionado y persistente proceso de abandono integral de la red de PPM y sus capacidades.

En una sociedad y en un sistema de Salud pauperizado por la ultima gestión neoliberal, la restitución del acceso a los medicamentos es una prioridad impostergable y desde esa necesidad sanitaria deberán emerger en el nuevo tiempo de la Argentina, un conjunto de políticas públicas encadenadas y articuladas para dicho objetivo.

La PPM seguramente deberá desplegarse en toda su capacidad para ser útil a esos fines. Deberá planificarse en forma integral con el resto de la Red de Laboratorios Públicos del país, para regionalizar producciones de acuerdo a las necesidades epidemiológicas y las necesidades concretas de cada zona. Y aquí es donde entrelazamos la fuerza del movimiento de mujeres para transformar la realidad, que hizo que hoy

Argentina, cuente con una Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), y el rol del Estado garante de derechos en la PPM para consolidar los esfuerzos que se hacen desde el sistema de salud que requiere de la provisión de medicamentos, vacunas, sueros y también diagnósticos y contralor por parte del estado, y con la llegada de la IVE, llego también el primer lote de misoprostol público producido en la planta de medicamentos de la provincia de Santa Fe. Será la primera vez que la droga usada para abortar de manera segura y ambulatoria esté disponible en Argentina en estado puro. Actualmente el laboratorio Beta es el único que lo fabrica bajo el nombre de Oxaprost y lo vende mezclado con diclofenac a un valor que en farmacias llega a los 3300 pesos.
La producción estatal fue anunciada en marzo por el gobierno provincial y está a cargo del Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado (LIF). Según explicó el integrante del directorio Jorge Stettler, la primera tanda tuvo un costo equivalente al 10 por ciento de lo que vale el Oxaprost y está en la fase de prueba de estabilidad.

En el LIF calcularon que el primer lote servirá para cubrir la demanda de un año de los hospitales y centros de salud de toda la provincia. Con la producción pública se abre un abanico de necesidades y va a haber demanda más allá de las ILE. Se puede usar para feto muerto retenido, tratamientos en el cuello del útero, hemorragias pospartos y otros tratamientos.

El misoprostol no es un medicamento desconocido para los profesionales de la salud pública. Hoy se consigue gratis en todos los centros de salud para la práctica de las ILE, que la ley permite bajo las causales de violación y riesgo de salud de la mujer. La aplicación de los protocolos de ILE y el uso de misoprostol fueron la receta para que desde hace seis años la ciudad de Rosario tenga mortalidad cero de mujeres por abortos inseguros y clandestinos. En promedio se hacen entre 500 y 600 abortos no punibles al año y no sólo se terminaron las muertes de mujeres, sino que no aumentaron ni disminuyeron la cantidad de interrupciones. Sí bajaron las internaciones. En 2016, de 550 interrupciones, sólo 169 necesitaron internación. Una década atrás todas las mujeres eran hospitalizadas y la mayoría corría riesgo de muerte.

El misoprostol es una de las drogas que más revolucionó la salud de las mujeres. Sirve para abortar de forma segura y ambulatoria, es decir, en casa y sin pasar por un quirófano. El uso para terminar con embarazos no deseados fue un descubrimiento de las propias mujeres en la necesidad de encontrar soluciones ante

estados que criminalizan la práctica del aborto y obligan a hacerlo en la clandestinidad. En 1986 Brasil aprobó la fabricación y comercialización para problemas gástricos. En el prospecto decía que no debían usarlo las embarazadas y el dato sirvió para que las mujeres probaran. Años después la OMS lo declaró esencial para la práctica de un aborto seguro ambulatorio. Un ejemplo similar pasó en Argentina con el uso del cannabis medicinal. Fueron las madres de niños con epilepsia y otras enfermedades las que en la clandestinidad cultivaron y demostraron que el aceite servía para calmar el dolor. La ciencia tomó el conocimiento desarrollado y lo sistematizó y el año pasado fue legislado en todo el país.

Referencias bibliográficas:

Basile, Gonzalo (2021). "*Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: Apuntes para repensar y descolonizar las Teorías y Políticas*". En Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones del GT de Salud Internacional CLACSO, Enero 2021. Leer: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210204054841/VII-Dossier-SISS.pdf

Espinosa-Miñoso, Y. (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *El cotidiano*, (184), 7-12. Leer: https://www.redalyc.org/pdf/325/32530724004.pdf

Fleury, Sonia. (1999). Reforma del estado en América Latina. *Nueva sociedad*, 1999, vol. 160, p. 58-80. Leer: https://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Fleury,%20S.%20Reforma%20del%20Estado%20en%20AL.pdf

García-Calvente, M. D. M., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria, 18, 132-139. Leer: https://www.scielosp.org/article/gs/2004.v18suppl1/132-139/

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula rasa*, (09), 73-101. Ver: https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/tabularasa/article/view/1501/2035

O›Donnell, G. (1978). Apuntes para una teoría del Estado. Revista mexicana de sociología, 1157-1199.

Ojeda, T. y Echart Muñoz, A. (2019). La cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe balance de una década (2008-2018). CLACSO, 2019. ** Ver: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190905075044/Cooperacion_SURSUR.pdf

Santos, Boaventura. D. S. (2011). Introducción: las epistemologías del Sur in CIDOB (org.), Formas-Otras. *Saber, nombrar, narrar, hacer. Barcelona: CIDOB Ediciones. Leer: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/INTRODUCCION_BSS.pdf*

17

Las reformas del Estado en Argentina y su impacto en la implementación de programas sociales: las experiencias del Plan Vida (1994-2000) y el Seguro Público de Salud (2000-2006) en la Provincia de Buenos Aires

| Adriana Villalva

Introducción

El presente trabajo toma como tema de análisis las reformas de políticas sociales; en particular, aquellas referidas al campo de la salud desarrolladas en Argentina, más específicamente en la Provincia de Buenos Aires durante los períodos 1994-2000 y 2000-2006. La selección de estos periodos se corresponde con procesos de reformas del Estado desplegadas en diversos países de América Latina, entre los que Argentina no fue una excepción. Centraremos nuestro análisis en las características que asumieron estos programas -diseñados respetando las directrices impuestas por organismos internacionesy entidades macroeconómicas para las reformas del Estado- y analizaremos puntualmente su impacto en el sector salud. Tanto en la experiencia de 1994-2000 comoen la de 2000-2006, la adhesión a la Declaración de Alma-Ata, la Carta de Ottawa y las Metas del Milenio fueron algunas de las principales bases estratégicas embanderadas por ambas políticas sanitarias, que sostenían que la participación comunitaria era la clave para hacer llegar los servicios de atención a toda la población; en particular, a los sectores de mayor riesgo y con menor posibilidad de acceso a los servicios de atención.

Este aspecto de la participación será también analizado a la luz de considerar dicho aspecto como un dispositivo que promueve la producción de subjetividad, con su consecuente fortalecimiento del sujeto para enfrentar padecimientos y erigirse como un actor clave a la hora de operar sobre la disputa de poder entre el Estado y la sociedad. En este sentido, analizar el vínculo entre padecimiento, fortalecimiento subjetivo y participación nos lleva a considerar que toda política destinada a promover y cuidar la salud de la comunidad no puede responder desde un acto médico hegemónico, sino que debe orientar la mirada hacia el análisis de la determinación social de la salud, donde los condicionamientos políticos y económicos que afectan a la población en su conjunto sonel punto de partida de este análisis. Respecto de los programas a analizar, estos son:

- El Plan Vida: puesto en marcha entre 1994 y 2000 y objeto de una serie de modificaciones a lo largo del periodo.
- El Seguro Público de Salud: implementado en la Provincia de Buenos Aires durante el período 2000-2006.

El trabajo se inicia con una caracterización de las políticas públicas en Argentina y de los principales aspectos de las reformas estatales aplicadas en cada uno de los periodos. En un segundo apartado, se realizará una breve presentación histórica del sistema de salud argentino, indicando sus principales características en la actualidad. El tercer apartado refiere a la estrategia de APS (Atención Primaria de la Salud) en tanto ejediscursivo de los programas implementados en estos períodos.

En el último apartado, nos abocaremos a presentación y describir la modalidad organizativa, los objetivos y los logros alcanzados de cada uno de ellos, así como también realizaremos un análisis crítico recuperando los principales conceptos teóricos trabajados en la Diplomatura. Por otro lado, vale señalar que para la realización del presente trabajo he recuperado algunas producciones propias, debido a que el tema que me convoca ha sido una línea formativa en mi recorrido profesional, habiendo guiado mis tareas tanto en el campo académico como en la docencia universitaria y en la actividad territorial. Asimismo, dejo constancia de la necesaria deconstrucción epistemológica-cognitiva que debo realizar en ambos campos para poder acompañar la construcción de una mirada y de una acción en salud desde el sur y para el sur. La relevancia de los temas seleccionados se afirma en la convicción de que son laspolíticas sociales –y de salud en particular– aquellas que deben realizar un giro que contemple la salud como un derecho al cuidado y la protección durante todos los períodos de la vida y sea capaz de avanzar hacia una integralidad de todos los aspectos que hacen a la vida cotidiana de cada uno/a de nosotros/as donde, con el objetivo de quela pluriculturalidad sea un propósito en sí mismo -es decir, respetar las diferentes formasde entender, sentir y cuidar la salud- y no un medio para enunciar discursos y realizarprácticas que no hacen más que reproducir un modelo hegemónico y objetivante.

Por otro lado, analizar la implementación de estos programas nos acercará a la evaluación de los mismos; una tarea que no ha formado parte de la propia gestión de los programas, solo preocupados por realizar mediciones desde una perspectiva economicista que prioriza el uso del financiamiento y la renta obtenida, siempre desde una lectura epidemiológica que plantea indicadores tradicionales sin abordar las problemáticas desde la complejidad que conllevan su desarrollo en un contexto político particular y determinado. Recuperar estos programas –los diseños y marcos conceptuales que los sustentaban– nos permitirá también

avanzar hacia una autocrítica en tanto profesional de la salud mental orientada a la formación de futuros profesionales. En este sentido, revisar las intervenciones en salud desde la perspectiva de la salud colectiva se transforma en una herramienta clave para re-pensar y re-significar una formación que, desde una perspectiva eurocéntrica, ha ciertamente limitado el accionar del psicólogo a ser un mero observador y diagnosticador de estructura mentales; cómplice de un paradigma desubjetivante que apelaba al encierro y al aislamiento como práctica de atención. Por todas estas razones, pensar la intervención del psicólogo en las políticas públicas es un desafío que se debe asumir no solo como formador de recursos humanos de una universidad pública sino como un profesional dela salud mental comprometido con la salud desde su una concepción integral. Finalmente, este trabajo se encuentra motivado por un doble propósito. En primer lugar, compartir con hermanos/as de América Latina una serie de experiencias llevadas adelante en Argentina; en segundo lugar, pensar la producción teórica como un aporte a la formación de futuros profesionales.

1. Estado y políticas sociales en Argentina

Si tuviéramos que hacer un rápido recorrido sobre el Estado y sus sucesivas reformas, deberíamos decir que a partir de la década de 1970 -con el inicio de una fase recesiva de la economía a nivel mundial como telón de fondo-, las élites dominantes de los países latinoamericanos tendieron a concentrar el poder económico a fin de lograr un acceso a posiciones más ventajosas. Esto produjo, en nuestro país, un alto grado de conflictividad social traducida en lucha política. Durante esos años, la noción de desarrollo hizo hincapié en la identificación de los obstáculos que impedían su despliegue de manera exitosa. Es durante esta época donde tuvo auge el paradigma de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), una organización que partía de reconocer la existencia de factores estructurales internos que explicaban la situación de subdesarrollo y de factores externos, (relación entre centro y periferia) que actuaban como limitantes (Tejada Pardo, 1995). Este paradigma, sustentado por la CEPAL, le otorgaba a los Estados un rol estratégico, considerándolos como una fuerza motriz del desarrollo que debía reforzarse y modernizarse. En este marco, la organización de los servicios adquirió una nueva dimensión debido a que los mismos comenzaron a ser concebidos como redes y sistemas y abarcaban todo el territorio nacional. El enfoque de la CEPAL le dio un giro al concepto de desarrollo al incorporar en su análisis las dimensiones

sociales y políticas; sin embargo, vale señalar que esta noción multidimensional no garantizó, en la práctica, la interrelación de las dimensiones, sino que, por el contrario, se dio una tendencia a contraponer los indicadores económicos a los sociales como un reflejo directo de la polarización entre crecimiento y equidad.

En la década de 1980, se produjo una explosión de los indicadores de empobrecimiento de la población, así como una crisis financiera de la seguridad social y una pérdida del peso político y económico de los sindicatos, proceso este último que trajo aparejado una nueva relación entre el Estado, los empresarios y las organizaciones sindicales (Minujín, 1993). En tal sentido, el proceso de ajuste desarrollado durante esta década afectó con especial dureza a determinados grupos respecto a sus condiciones ambientales, de salud, nutrición y educación. Como señala Minujín (1993), la contracción del Estado y el retiro de sus funciones redistributivas, las modificaciones en el mercado de trabajo –con aumento de la precarización y el desempleo–, la caída de ingresos y el aumento de la pobreza -con la incorporación a ella de los sectores medios- condujeron a la Argentina a un estado de cada vez mayor deterioro social.

Las corrientes neoliberales –con su apelación al retorno de las formas autoreguladas del mercado–, centraron sus críticas en el Estado de Bienestar keynesiano y, sobre todo, en sus herramientas de intervención; sin embargo, para avanzar en ello, debieron desmontar parte de la trama institucional que habían construido los Estados de Bienestar. Más allá de las características especiales que habría de asumir cada uno de ellos y de los efectos perversos que se derivan de sus arreglos institucionales y de las irracionalidades técnicas, el ideario de estos Estados era el de la inclusión social. De esta manera, la respuesta neoliberal a la crisis del paradigma del Estado de Bienestar implicó la desarticulación de los elementos que definían esa dinámica incluyente y la estimulación de fuerzas que accionaban en un sentido contrario, generando la imposición de un nuevo régimen simbolizado por un ideario diferente, cuyo efecto es la exclusión social. En este sentido, el neoliberalismo se caracteriza por la propuesta de un Estado con intervención mínima en el plano económico, que deja fluir libremente los mecanismos del mercado y privilegia al mismo como una instancia central de realización del bienestar colectivo. Desde esta concepción, se sostiene que el bienestar social pertenece al ámbito de lo privado y que sus "fuentes naturales" son la familia, la comunidad y los servicios privados.

En las reformas de la década de 1970, el ajuste y la desvalorización del Estado acompaña a las estrategias de privatización, descentralización y focalización en el intento de recomponer un orden socio-económico-político que, cada vez más, desprotegía a los sectores sociales que habían logrado a serie de conquistas determinadas. Es así como a partir de estos nuevos criterios neoliberales, la política social debía responder y depender de la política económica, en la cual la provisión de servicios sociales se adecuaba al nivel del gasto planificado, rompiéndose de esta manera la relación que se había establecido con las demandas y las necesidades sociales.Esto produce una inversión en los términos: se pasa de una confianza en el Estado y en el sector público a una fuerte crítica y desconfianza a todo aquello que provenga de él, haciendo que, en algunos casos, el gasto social no llegue sino en una ínfima proporción a los sectores pobres. La propuesta será, entonces, el re-direccionamiento del gasto, concentrándolo en aquellos que más necesiten; es decir, focalizándolo.

Por otra parte, durante este periodo, comenzó un proceso de privatización y descentralización de la provisión estatal de servicios, bienes y transferencias, así como también del sistema de seguridad social, en nombre de la equidad y la calidad. Desde esta propuesta, el Estado debe dejar su lugar de intervención para pasar a mantener su función financiadora, normalizadora y de supervisión, permitiendo la incorporación de la competencia privada de servicios con el fin de desmonopolizar la oferta, abaratar costos,mejorar la eficiencia y la calidad de los mismos al tiempo que permite al ciudadano-usuario, la libre elección del hospital, de la escuela, etc.
En síntesis, puede plantearse que la política social, durante la década de 1990, se definió por la negativa: no se propusieron ascensos socioeconómicos para los sectores más afectados por las políticas económicas sino una mera amortiguación del deterioro. Como resultado de esta primera generación de reformas recomendadas a los países porel denominado Consenso de Washington, el Estado se mostró incapaz de crear tanto condiciones de desarrollo sostenibles como una reducción significativa de la pobreza y de la desigualdad (Fleury, 1999).

2. El nuevo enfoque de las Políticas en Salud

Tal como señalamos, las políticas neoliberales han ido modificado las políticas sociales. En este apartado intentaremos dar cuenta de los principales rasgos (focalización, enfoque de riesgo, descentralización) que caracterizaron a las políticas

en salud desarrolladas a partir de la emergencia del paradigma anteriormente mencionado.

2.1. Focalización

Los cambios en las políticas sociales, debido a una reducción en la inversión, confrontaron las estrategias universalistas con otras que priorizaron la asignación del gasto en función de los grupos más necesitados. En este contexto, surgió la *focalización* como una estrategia que permitía hacer frente a la crisis económica, y al impacto que esta generó en amplios sectores de la población. En términos generales, dicha *focalización* se entiende como el proceso de prestación de algún beneficio (atención de salud, suplemento alimentario) a un grupo seleccionado de personas en función de presentar ciertas características de tipo económico, social o geográfico.

2.2. Enfoque de riesgo

Dentro del campo de la Salud Pública, acompañando la implementación de programas focalizados y, en el caso del Plan Vida, con el propósito de aumentar la efectividad y la eficiencia de los Programas dirigidos a la población materno-infantil, se adoptó un concepto similar a la focalización denominado *enfoque de riesgo*. Desde una mirada epidemiológica, dicho enfoque dirigía las intervenciones y/o beneficios a los grupos que presentaban indicadores de riesgo previamente elaborados por el equipo a cargo del programa y tomando como base los datos estadísticos. De esta manera se abordaban aquellos colectivos que concentraban mayor posibilidad de enfermar o morir. La selección de este grupo a partir del *enfoque de riesgo* responde, a su vez, al mecanismo de focalización por grupos, áreas u otros mecanismos como la evaluación individual y la auto-focalización.

2.3 Descentralización

La descentralización producida puede ser analizada, siguiendo a Fleury (1999), teniendo en cuenta dos aspectos: uno referido a las expectativas que generó este dispositivo en términos del proceso de transición democrática -desplazando el poder político hacia la instancia local- y un segundo aspecto orientado a la reducción

de conflictos de carácter distributivos, evitando que estos pudieran ser canalizados a nivel central. Según planteaba la primera reforma, aplicada en Argentina en la década del 90, la descentralización se presentaba, en su sentido más amplio, como la transferencia de poder, de fondos y de competencias del Estado hacia las instancias regionales y locales más próximas a la comunidad, a fin de que éstas asuman el diseño, la gestión y la entrega de servicios básicos a la población.

En Argentina se ha promovido una descentralización a través de las dependencias de los Ministerios de Salud o de otras instituciones del sector, mediante el desarrollo de los SILOS (Sistemas Locales de Salud). Según esta concepción, promovida por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) se pretendía establecer un nuevo modelo de atención que promoviera la descentralización del manejo de recursos humanos, materiales y financieros en los diferentes niveles; la agrupación de la planificación, ejecución y control de los programas de salud a nivel local; la atención integral equitativa, eficiente y eficaz a la población; la salud materno infantil; el saneamiento ambiental básico y la educación sanitaria como actividades prioritarias; la coordinación interinstitucional; la cooperación intersectorial y la participación comunitaria. A partir de esta descentralización, empieza cobrar importancia el ámbito local; espacio donde confluyen los individuos, las familias, las comunidades y las instituciones en pos del desarrollo local y en donde, según el caso, se evidencian de manera cotidiana la participación social, la acción intersectorial, la cogestión de los recursos y el uso de tecnologías sanitarias apropiadas. De esta manera, el nivel local prometía ser el punto de encuentro entre la descentralización y la participación social.

En relación a esto se puede mencionar que la transferencia de poder enunciada en el proceso de descentralización planteaba que esta incluía la capacidad plena de decidir sobre los recursos económicos, humanos, tecnológicos y materiales, así como la responsabilidad por los resultados y consecuencias de las decisiones. En línea con lo planteado por Fleury (1999), podríamos decir que estas son demandas que imponen una reforma profunda, ya que alteran la lógica política y las funciones administrativas del estado. En este sentido, dichas instancias locales podían brindar servicios, pero no tomardecisiones en torno a las políticas puestas en marcha. Sin embargo y a pesar de estas restricciones, Fleury (1999) señala que la revitalización de las políticas públicas impulsada por la descentralización -tanto a nivel de gobierno como de la sociedad- dieron origen a una nueva coyuntura política, estableciendo

una particular relación entreEstado y sociedad. En este sentido, podemos decir que, en la actualidad, "el desafío dela descentralización implica generar las condiciones técnicas, políticas y económicas para el autogobierno a nivel local" (Brugué y Gomá, 1998, en Fleury, 1999, p. 64).

3- El sistema de salud en la actualidad

El Sistema de Salud Argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores: público, privado y de la seguridad social. Esta fragmentación, a su vez, se expresa en:

- Distintas fuentes de financiamiento
- Diferentes coberturas, co-seguros y copagos aplicados
- Regímenes y órganos de control y fiscalización

Pero, además, continúa la fragmentación hacia adentro de cada uno de los subsectores. Así, el *subsector público* queda fragmentado en tres niveles (nacional, provincial y municipal), quedando sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones. En este sentido, el *subsector de la seguridad social* resulta el ejemplo más claro de esta situación ya que, cuando hablamos de seguridad social, hacemos referencia a no menos de cuatro universos diferentes:

- Obras sociales nacionales con cobertura a una población y, entre todas ellas, una de especiales características como lo es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).
- Obras sociales Provinciales: una por cada una de las provincias y por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.
- Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial.

Por último, el subsector privado que, en lo que hace a los seguros voluntarios (medicina prepaga), se halla expresado en innumerables entidades e instituciones.

4. Políticas, sistema de salud y atención primaria

En la conocida declaración de Alma-Ata, además de considerar la APS indispensable en pos de la meta "Salud para Todos" (OMS, 1977), se expresaron dos anhelos sustanciales: bregar por la asistencia básica de la salud como derecho humano y alcanzar la salud para toda la humanidad para el año 2000.

En esta declaración, la APS (Atención Primaria de la Salud) fue planteada comouna estrategia basada principalmente en la extensión de la cobertura y de la prevención, en oposición al crecimiento desproporcionado del modelo de atención curativo, hospitalario y sobre-especializado que dejaba por fuera de la atención a grupos determinados de población. Esta fue propuesta como una estrategia de salud pública que, a pesar estar enfocada al establecimiento de programas específicos para poblaciones vulnerables, tuvo como principal objetivo extender la cobertura de salud a toda la población con el máximo de equidad y accesibilidad; es decir, ir construyendouna APS de carácter universal.

Frente a la desigualdad en el acceso a los recursos, la Atención Primaria de la Salud propone, como estrategia sanitaria, evitar la enfermedad y los consecuentes recorridos hospitalarios asumiendo la ejecución de acciones que permitan anticiparse ala enfermedad y el padecimiento; es decir, que permitan actuar desde la prevención en sus tres niveles y en la promoción de la salud. Asimismo, propone que el sistema y losprofesionales que conforman los distintos grados de atención realicen actividades extramuros y acerquen sus acciones y recursos a la comunidad. Si bien esta iniciativa ha sido acuñada principalmente por los países de América Latina, debe señalarse que en varios de ellos ha habido una tendencia a reducir el concepto de APS, tendiente a considerar solamente el primer nivel de contacto de los individuos, familias y comunidades con el sistema de salud, dejando de lado la fortaleza que plantea como estrategia política de organización y administración del sistema de salud.

Es interesante tener en cuenta que la traducción errónea de los términos *Primary Health Care* por Atención Primaria de la Salud, contribuyo a que no se profundizaræl sentido político que plantea el documento salud para todos, en el cual se menciona a la APS como una estrategia integral para el cuidado de la salud. Las políticas sanitarias durante este período acuñaron el concepto de *atención* direccionándolo

hacia un modelo clínico eminentemente médico y primaria asociándolo con el brindar servicios básicos y elementales de tercera o cuarta generación; es decir, un servicio paralelo y barato para los pobres (Tejada de Rivero, 2013). En este mismo sentido, Feo (2019) y Rovere (2012) señalan que la ambigüedad del concepto ha servido para todo: para ejecutar programas realmente transformadores; para que los organismos financieros promuevan paquetes de servicios o, incluso, para denominar un nivel de atención. Esto último ha sido la lógica dominante en Argentina de la mano del discurso Panamericano, que se apropió de conceptos como derecho, salud y cuidado, despojándolos del sentido político implícito en el documento "Salud para Todos".

4.1. La renovación de la Atención Primaria de la Salud

Fueron varias las razones que justificaron la renovación de la APS. Entre ellas, podemos mencionar como las más destacadas: la aparición de nuevos desafíos; la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que puedan ser asimilados para incrementar la efectividad de la APS y el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta de gestión que fortalece la capacidad de la sociedad y de las entidades a cargo del cuidado de la salud. Un enfoque renovado de la Atención Primaria de la Salud es, además, una condición esencial para lograr los compromisos de la Declaración del Milenio; esto es, afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para cada persona (OPS, 2005).

Renovar la APS significa, entonces, algo más que un simple ajuste a las realidades de cada momento; para reformar la atención primaria es necesario realizar un examen crítico de su significado y de su propósito. En este período que atraviesa Argentina, en donde las inequidades tanto sociales como de la salud siguen vigentes, donde el último gobierno de corte neoliberal avasalló nuevamente el Derecho a la salud -dando la espalda no solo a la población en general sino también a los trabajadores, desconociendo el rol del Estado como garante de la salud y abriendo la atención al complejo médico industrial-, se vuelve necesario que desde diferentes ámbitos (de cuidado, de atención, de formación) recuperemos, en primer lugar, aquello que plantea (Tejada de Rivero, 2013): el "para todos" como meta social planteada allá

por 1977; un *todos* que implica recuperar el sentido social del término, alejándose de la idea de salud para uno pocos. Un *todos*, en definitiva, que retoma los valores de equidad, solidaridad y justicia social.

En segundo lugar, es necesario retomar a la Atención Primaria de la Salud como estrategia que permite innovar y generar instrumentos y/o dispositivos que posibiliten la prosecución de ese *todos*. Por último, habría que señalar que si bien la Renovación de Alma Ata plantea una evaluación sobre las acciones que se han desarrollado en los distintos países de América Latina, resulta pertinente rescatar lo manifestado por (Tejada de Rivero, 2013) respecto de que, a lo largo de más de treinta años, no se ha realizado una evaluación y análisis crítico acerca de los esfuerzos reales –tanto nacionales como internacionales– que permitan visualizar cómo fue abordada la Atención Primaria de la Salud en los distintos países del mundo y en qué grado estas acciones involucraron la esencia misma de la estrategia; vale decir, cómo se ha trabajado para remediar la inequidad y la injusticia social.

4.2. Cómo recuperar los orígenes de la APS

Pensar la transformación al interior de los sistemas de salud para cumplir con el cuidado de la salud en tanto derecho humano y social implica, básicamente, recuperar el concepto de *todos*, ya trabajado. Un concepto que permita apelar a algunos de los lineamientos presentes en Alma-Ata, que fueron utilizados a lo largo de los años sin ser desarrollados desde un sentido político, sino que fueron solamente utilizados y tomados como meras técnicas de abordaje para combatir los procesos de salud-enfermedad.

En tal sentido, se vuelve necesario que las categorías que han acompañado las políticas públicas sean nuevamente revisadas, cargadas de su sentido político; así, categorías como derecho, determinación, promoción, prevención en todos sus niveles y participación deben ser repensados para que su norte de intervención y las prácticas que a través de ellos se realicen sean en el marco de un cuidado integral que acompañe al individuo durante todos los ciclos de su vida y en todos los ámbitos de su vida cotidiana (trabajo, escuela, recreación). Para ello, quisiera recuperar lo planteado por Feo (2019) y por el material bibliográfico de la Diplomatura,

proponiendo un abordaje de la salud de tipo holístico a partir de dos categorías: los sistemas públicos y universales de salud y la determinación social de la salud.

La revisión crítica de estas dos categorías realizada por todos aquellos que participan del cuidado y atención de la salud es un escenario que vislumbro dificultoso de lograr en lo inmediato. Sin embargo, en el caso argentino, son varias las experiencias y los equipos de trabajo que se han sumado a la revisión de dichas categorías que, tal y como se vienen implementando, encorsetan el accionar profesional destinándolo a un rincón del hospital o del barrio sin capacidad de obtener resultados, imposibilitando un abordaje integral. Es en este sentido que la decisión política se vuelve sumamente necesaria; allí radica el camino que debe andarse para que los cambios puedan ir dándose con la tensión lógica de intereses que presentan los diferentes actores.

5. Presentación del Plan Vida (1994-2000)

5.1. El Plan Vida en la Provincia de Buenos Aires

El Plan Vida comenzó a implementarse en el año 1994 en la Provincia de Buenos Aires durante el gobierno del Eduardo Duhalde y persiguió en su formulación los postulados de la APS (Atención Primaria de la Salud), en relación a la participación de la comunidad para la atención de la salud. A través del desarrollo del citado programa alimentario, las autoridades provinciales se plantearon como objetivo disminuir la morbimortalidad materna e infantil y estimular la participación de la mujer en el cuidado de su salud y la de su familia. Para alcanzar dichos objetivos, propuso como estrategia de trabajo la articulación de tres componentes: el sanitario, el nutricional y el de capacitación y comunicación social. Es decir, si bien se trataba de un programa alimentario, hizo hincapié en el rol que cumplía el sistema sanitario en la variable reducción de la mortalidad materno-infantil. Dentro del componente de capacitación, propuso la figura de la trabajadora vecinal (manzanera) como la principal efectora del programa, que tendría a su cargo la entrega de los alimentos a las familias beneficiarias del mismo; el Plan se proponía, además, articular con el sector salud a fin de lograr el cuidado y control de las madres embarazadas y su detección precoz y del control de salud y nutricional de los niños menores de cinco años. Para la fecha de inicio del Planla desnutrición infantil rondaba el 21,8 por mil y presentaba una zona con una alta densidad de población y un elevado índice de

pobreza, en particular en el conurbano bonaerense, donde la cifra de desnutrición se elevaba al 23 por mil (PROMIN, 1992).

El Plan Vida se inscribió dentro de los paradigmas de las politicas sociales de la década de 1990, que apuntaba a fortalecer y desarrollar las capacidades locales para lograr la sustentabilidad más allá del apoyo del Estado. Su instrumentación se basó en un concepto de red entendida como interacción entre Estado y comunidad promoviendo para ello estrategias de intervención conjunta. Su diseño fue centralizado y preveía una operativización descentralizada a nivel local. La ejecución dependía de Unidades Coordinadoras Municipales, en su gran mayoría dependientes del Municipio. El modelo de gestión asumido contemplaba la intervención en tres niveles:

- *Nivel comunitario*: se planteó la conformación de aproximadamente 600 comisiones barriales de salud y nutrición distribuidas en toda la Provincia. Su tarea fue la captación de las beneficiarias, la distribución de víveres y la promoción de la salud en un área de 10 manzanas o l.000 habitantes. Cada comisión barrial funcionaba en una casa y tenía a su cargo el apoyo a 190 niños de 0 a 5 años y a aproximadamente 35 embarazadas. Una de las acciones que se habrían de llevarse a cabo desde estas comisiones fue la transmisión de información sanitaria a las beneficiarias. Para ello, el Plan previó capacitaciones dirigidas a las manzaneras, quienes operarían como promotoras de salud.

- *Nivel zonal*: todas las comisiones barriales de salud debían relacionarse con un referente zonal, cuya función fue el acompañamiento de las comisiones y la canalización de las demandas y/o necesidades que las mismas plateaban. El referente zonal debía ser, preferentemente, un trabajador social. En la práctica, este referente resultó ser un recurso humano bastante solicitado por parte de las manzaneras; sin embargo, la posibilidad de acercamiento a los barrios quedó supeditada a la cantidad de técnicos que conformó cada Unidad Coordinadora Municipal, variando el número de integrantes de un municipio a otro.

- *Nivel distrital*: a nivel de cada municipio debía constituirse una Unidad Coordinadora del Plan, desde donde se coordinarían las acciones de salud con las de nutrición y se buscaría la integración de los referentes zonales -técnicos

designados por cada Unidad Coordinadora Municipal-, con las comisiones barriales de salud y nutrición.

La convocatoria a la participación de la mujer para la conformación de redes barriales solidarias fue una herramienta válida porque propiciaba la participación y organización de los vecinos del barrio, generando prácticas autogestivas. La articulación con las instituciones comunitarias fue, como se señaló, una de las estrategias establecidas para la constitución de la red, siendo las unidades sanitarias las instituciones sobre las que, desde el Plan, se priorizaba la necesidad de articular acciones. Esta articulación habría de darse a partir de la incorporación de las manzaneras a los equipos de salud; la manzanera operaría como nexo entre las necesidades que, en materia de salud, tenían las familias del barrio y los profesionales. Esta información permitiría a profesionales y manzaneras ir orientando el desarrollo de una red de atención materno infantil. El objetivo de la misma era que los niños fueran llevado a los controles y fueran vacunados; que las mujeres embarazadas se realizaran los controles correspondientes y que los grupos más vulnerables concurrieran a las unidades sanitarias como medida preventiva. Sin embargo, desarrollar el componente sanitario en cada distrito implicó que los diferentes actores involucrados en su organización revisaran algunos conceptos para que, a partir de su discusión, pudieran planificar acciones que permitieran la articulación de la asistencia sanitaria con la real demanda de la población. Este proceso de construcción conjunta solo podría llevarse a cabo teniendo en cuenta las posibilidades y recursos con que contaba cada comunidad. Al analizar el perfil de las manzaneras se pueden señalar algunos elementos comunes que se hicieron presentes a la hora de efectuar la selección en los diferentes distritos. Uno de ellos fue que un alto porcentaje de las mujeres ya había actuado con anterioridad en tareas relacionadas con programas sociales. Un segundo elemento estuvo relacionado con el hecho de ser señaladas por sus vecinos como las que llevaban adelante las tareas en el barrio o colaboraban con alguna institución. Si bien uno de los aspectos positivos del Plan fue el hecho de que la selección de las manzaneras no fue politizada, algunas de ellas portaban una trayectoria de militancia partidaria. En estos casos, el grado de legitimidad sobre cómo ejercía su rol era fuertemente cuestionado por sus vecinos; asimismo, la sospecha sobre la forma de distribuir la mercadería, la preferencia por algunos amigos o el acceso a recursos por fuera del Plan aparecieron como un obstáculo en el proceso de construcción de liderazgo por parte de las mujeres.

5.2. Algunas observaciones sobre el Plan Vida

Si bien el Plan Vida planteaba acciones descentralizadas –es decir, promovía la conformación de consejos distritales y mesas barriales–, el nivel central era quien tenía la decisión última en todos los aspectos que hacían al accionar de la manzanera. Si bien estas eran de un municipio en particular y articulaban acciones con el primer nivel de atención, las "ordenes" las recibían directamente de la unidad ejecutora provincial. Esta característica fortalecía, en más de una ocasión, las tensiones entre los dirigentes municipales y la Provincia, quedando la manzanera en el medio de la tensión, llevándose la peor parte, ya que era la operadora última del Plan.

Por otro lado, la concentración del poder y la toma de decisión por parte del nivel central llevaba a que la mercadería no se distribuyera en tiempo y forma, lo que también ponía a la manzanera en un lugar de incomodidad ante sus vecinos. Su rol de entrega de alimentos diarios y la supervisión del control de los niños y de las embarazadas la colocaba, en algunas oportunidades, en una actitud policiaca frente a sus vecinos; este monitoreo, que correspondía a los efectores de salud, fue transferido a la manzanera, corriéndose el Estado de la ejecución de dicha tarea. La relación de la manzanera con el equipo de salud se limitada a recibir las capacitaciones y las ordenes de aquellos que deberían estar vigilando; por tanto, no fue pensada ni incorporada como un actor con sus capacidades para la organización de una atención integral. Por otro lado, el modelo de atención era fragmentado ya que, más allá de hablarse del componente materno-infantil y de la promoción de la salud, se priorizaba la atención clínica. Si a esto le sumamos que los recursos en los municipios no fueron incrementados, la manzanera pasó a ser una empleada ad honoren que recorría y daba información respecto de los problemas de salud de las familias.

Respecto a la participación de las manzaneras en acciones con el sector salud, la idea de cuidar la salud de la comunidad fue una actividad asumida con un alto grado de compromiso social y solidaridad. A través de su participación en los censos, la manzanera brindó información sobre los problemas de salud del barrio y acompañó y participó de actividades puesta en marcha desde los equipos para abordar los principalesproblemas detectados. Esta instancia de participación, en la cual la manzanera operó como nexo entre la comunidad y la sala, fue un aspecto

importante que determinó la constitución de la red de cuidado materno infantil en cada barrio.

Analizando el uso de la PS y su utilización para atender los procesos de S/E/A (salud-enfermedad-atención), Menéndez (1994) plantea que lo primero que debe aclararse es si existe una PS específica referida al proceso S/E/A. Si bien los organismos internacionales como la OPS, las ONG (Organismos No Gubernamentales) y los AMS (Aparatos Médico Sanitarios) proponen y realizan actividades de PS -en donde una campaña de vacunación, la formación de promotores y de comités de salud o la constitución de SILOS (Sistemas Locales de Salud) darían cuenta de la PS-, debe asumirse, señala Menéndez (1994), que para algunas tendencias estas actividades no constituyen expresiones sustantivas de PS, sino que conforman un medio para la realización de otros objetivos. Más aún, mientras que algunas tendencias colocan el eje de la PS en lo específico, otras consideran dicho tipo de PS como una suerte de variable dependiente cuyo papel puede ser importante a nivel local, aunque sigue sin poder resolver el problema a nivel general y, con frecuencia, tampoco a nivel local.

En cuanto a las acepciones que se otorga a la PS, Menéndez (1994) hacereferencia a que desde la conferencia de Alma Ata se mantiene una doble acepción: una en términos de recurso y otra en términos de población organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud. Oakley (1990), por su parte, distingue la participación social en salud como un recurso local que permite a algunos sectores la sobrevivencia dentro de la pobreza con o sin objetivos de solución genérica y a la PScomo un medio idóneo para orientar la transformación social a partir de lo local. En talsentido, para analizar el concepto de participación -así como su consideración desde elcampo de la nueva salud pública y las políticas sociales- quisiéramos recuperar los aportes de Testa (1993), quien reconoce a la salud pública como una práctica social y, por lo tanto, como construcción histórica. En esta vinculación entre lo social y lo político, referido siempre a la salud como un proceso, rescataremos también lo queseñala Testa (1993) sobre el postulado de la medicina social; movimiento que postulaque la medicina es política aplicada en el campo de lo social y, por tanto, que la participación política es la principal estrategia de transformación de la realidad de salud.
En el caso de las manzaneras, podemos mencionar que su accionar y su intervención en lo comunitario permitió lograr el principal objetivo que

perseguía elPlan Vida: la entrega de alimentos y el control del niño. Ahora bien, si su participaciónfue valiosa –y su participación considerada para el logro de la meta puesta por el sistema de salud–, la manzanera no se "sentaba a la mesa" para participar en la toma dedecisiones que hacían a la organización e implementación del Plan; es decir, tenía unaparticipación social que no se correspondía con un ejercicio de decisión en el plano político. Por tanto, el avance en la toma de decisiones por parte de las manzaneras noestaba en la agenda de las políticas públicas de este período, que solo requería de ellasla participación y la ayuda en pos de sostener a los más vulnerables frente a la acucianteprobabilidad de enfermarse y morir. Dentro de lo que eran consideradas como prácticas preventivas, éstas estaban direccionadas desde un modelo que incorporaba prioritariamente el acto médico en sus tres niveles. En este sentido, podemos mencionar a estas prácticas en tanto modelo *preventivista* (Arouca, 2003); modelo que habrá de ser recuperado y puesto en práctica por la salud comunitaria, focalizando las acciones en grupos minoritarios y en donde nuevamente se dejará sin cuestionamiento el mandato de la medicina convencional (Almeida Filho y Paim, 2013).

La tarea realizada por las manzaneras –en conjunto con sus beneficiarias– promovía espacios de diálogo sobre los temas y problemas de salud que se daban en el cotidiano de las familias del barrio. En este sentido, se podría señalar que las estrategias para la resolución de esos problemas que se daban en cada barrio y el acompañamiento a los que estaban en una situación más vulnerable respondía a una instancia de micro-gestión, no reconocida como tal desde el nivel central de programa. Las historias y experiencias vitales puestas en juego -los distintos saberes y representaciones sobre la vida, la muerte, la salud y sus cuidados- promovían una construcción colectiva que sintetizaba lo que podríamos denominar un *cuidado integral*, solo que esta modalidad tropezaba con el modelo tradicional de atención clínica y siempre desde una vigilancia meramente cuantitativa. Sin embargo, aquello producido por las manzaneras y sus grupos, bien podemos identificarlo como salud colectiva, en tanto, como señala Fleury (1985), la salud colectiva es un área de producción de conocimientos que tiene como objeto las prácticas y los saberes en salud, referidas al colectivo en tanto campo estructurado de relaciones sociales donde la enfermedad adquiere significación.

El escenario barrial -repleto de estas pequeñas experiencias de organización y participación-, representaba un nivel político y sociocultural que, al decir de (Almeida

Filho y Paim, 2013), eran instancias que daban ánimo y promovían socializaciones pautadas en el afecto, la solidaridad, la libertad y la justicia. Este encuentro entre lo real,lo objetivo de la enfermedad y lo subjetivo -con el sufrimiento y los deseos del sujeto y el colectivo social-, demuestran que la salud colectiva asume un desafío no solo sobre elpresente sino sobre el accionar futuro, asumiendo en ese desafío la necesidad de trascender las instituciones como dispositivos para la atención y cuidado de la salud; un futuro en donde pensar sobre el *qué* y el *cómo* debe realizarse siempre desde una paradigma que interpele a la salud y al sujeto desde la integralidad.

Luego de esta presentación, podemos señalar que la ejecución del Plan Vida respondía al formato de intervenciones desde el campo de la salud internacional, vinculaba a la salud con la teoría del desarrollo; teoría para la cual la actividad se centralizaba en la enfermedad -en donde primaba la mirada y el accionar biomédico- y llegaban las embajadas de los expertos a los Ministerios para ofrecer capacitaciones para su desarrollo y en la que el fortalecimiento de los sistemas de salud no fue el esperado.

6. Presentación del Seguro Público de Salud (2000-2006)

6.1. El Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires

En octubre de 2000, se lanzó oficialmente el Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires a partir de la firma de los convenios con las Entidades Representantes de los Prestadores. La decisión de conformar un Seguro Público de Salud por parte del Gobierno provincial creó la necesidad de definir explícitamente ciertas cuestiones que resultaban centrales al financiamiento y la organización de su sistema de servicios de salud como, por ejemplo, el marco institucional, las fuentes y formas de financiamiento, el tipo de cobertura, la población beneficiaria, el modelo de atención, los mecanismos relacionales, la incorporación de la oferta privada y la participación de la población. El Seguro Público de Salud significaba, en este sentido, uno de los ejes vertebradores del desarrollo de la reforma sectorial propuesta desde el Gobierno Provincial.

La construcción de un Seguro Público con un modelo de organización con separación del sistema de provisión de servicios, con financiamiento a la demanda

y conuna focalización en los sectores de menores recursos avanza en el sentido de minimizar los problemas de equidad. Asimismo, promueve una mayor eficiencia en el funcionamiento del sistema, integrando criterios propios de Atención Gerenciada en la coordinación del sistema de servicios de salud. Este Seguro estaba basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud con un desarrollo muy fuerte del primer nivel de atención como *puerta de entrada* al sistema, un concepto de responsabilidad nominal sobre la población beneficiaria y un sistema de complejidad creciente y con gestión de la continuidad del paciente en todos los niveles de atención.

Los primeros objetivos de este Seguro fueron los de aumentar la cobertura en la atención de patologías prevalentes y mejorar la accesibilidad a los servicios; en fin, reordenar todo el sistema e introducir, al mismo, dosis de eficacia, eficiencia y, sobre todo, equidad en tanto incorporaba a personas con condiciones sociales que no poseían cobertura formal ni contaban con capacidad económica de adquirirla.

6.2. Planificación y diseño general del sistema

El Seguro Público de Salud fue conceptualizado como instrumento para alcanzary garantizar la accesibilidad, equidad y calidad de los servicios de salud a la población destinataria a partir de un modelo no tradicional en el sector estatal, cuyas principales características se pueden describir de la siguiente manera: en primer lugar, el modelo de atención del Seguro estaba basado en un sistema asistencial integrado y gestionado en función a las necesidades de salud de su población beneficiaria**.** Al trabajar sobre las necesidades, pretendía ser un modelo asistencial alternativo tanto al modelo tradicional del sector público como al sector privado, cuyos tres componentes principales eran:

- En tanto *sistema integrado*, este debía interpretarse como un modelo de atenciónque garantice la continuidad de la atención del paciente entre los distintos efectores públicos y privados. De esta forma, se buscaba evitar la fragmentación de la responsabilidad de los servicios entre los distintos prestadores; algo que no podía lograrse adecuadamente dado que la población asistida y/o bajo aseguramiento no podía acceder -por diferentes motivos, principalmente económicos- a los prestadores privados que no estaban asentados en los barrios.

- Las necesidades de atención de la salud de la población representaban el eje articulador de la organización, la producción y la evaluación de los servicios de salud. Como *necesidades de salud* se consideraban tanto a los problemas de salud prevalentes -identificados por los médicos del primer nivel de atención-, como el resultante de la participación de los propios usuarios/pacientes. Este término usuario estaba vinculado a la participación del sector privado en el Seguro Público de Salud.

En segundo lugar, el modelo del Seguro Publico tenía una *estructura institucional* alternativa a la estructura tradicional. Las relaciones entre los diferentes actores involucrados en el financiamiento y organización de los servicios de salud se construían en una forma contractual y flexible. Las relaciones entre estos actores se establecían a través de convenios y contratos, señalando en sus contenidos sus responsabilidades, formas de retribución y mecanismos de evaluación.

En tercer lugar y como resultante de los primeros dos puntos, el Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires se estructuraba en un *modelo de gestión* con instrumentos presentados como innovadores de gran impacto en la prestación de servicios de salud del sector público. En este punto, una de las consecuencias del modelo contractual comentado es la producción de una *nueva estructura de incentivos*. En términos generales, los grupos de prestaciones son financiados a través de un sistema de cápitas y evaluadas por medio de indicadores de calidad y desempeño de los servicios prestados. En este aspecto, vemos el carácter economicista que sustentaba el SPS, en donde además se planteaba el pago por acto médico, eminentemente clínico.

Los objetivos definidos para el Seguro Público como modelo de atención de la salud comprendían, según el discurso, la eficiencia, eficacia, equidad, cobertura integral, calidad y satisfacción de los usuarios con base en la Atención Primaria. Las estrategias para avanzar en su construcción planteaban una reforma gradual del sistema sanitario público y contemplaban un conjunto de innovaciones que podemos agrupar en:

- *Nueva modalidad contractual*:
- Separación de funciones financiadora/compradora/prestadora.
- Financiamiento a la demanda.

- Esquemas de incentivos y distribución del riesgo en contratos conprestadores.
- Criterios de atención gerenciada incluidos en la modalidad de pago.

- *Nuevo modelo asistencial*:
- Tendiente a la integralidad.
- Con médicos de cabecera, contratados para tal fin.
- Paquete de prestaciones enfocado a la promoción, protección y diagnóstico temprano.
- Ordenado por niveles de complejidad creciente.
- Orientado a la satisfacción de la población usuaria.

- *Redefinición del producto asistencial*:
- Enfocado a obtener mejoras en salud.
- Con un sistema de información centrado en la demanda y no en la oferta.
- Basado en un sistema de clasificación para la atención primaria que permite vincular demanda de cuidados, diagnóstico, ingresos a programas y acciones preventivas por sexo y ciclo vital.

Durante la primera etapa de implementación, se instrumentó, por un lado, una separación de las funciones de financiamiento, compra y prestación de servicios médicos a través de los convenios firmados con las entidades prestadoras y, por otro el otro, la selección cuali-cuantitativa de médicos y control de producción asistencial en forma conjunta entre prestadores, regiones sanitarias, municipios y la UEP (Unidad Ejecutora Provincial). La función de compra o de *articulación* de los servicios de salud tuvo un gran impacto institucional en la organización del sistema, ya que no solo involucraba a la estructura del Ministerio de Salud, sino que permitía construir áreas públicas regionales –apelando a la descentralización–, con capacidad de identificación de los problemas de salud de la población, la participación en la construcción de las estrategias de los servicios de salud y el monitoreo del desempeño de los servicios brindados. Las instituciones intermedias -representativas de los profesionales médicos, bioquímicos y farmacéuticos- participaban en la organización de la prestación de los servicios de salud realizados por sus propios integrantes. Por último, la instancia municipal intervenía en

la organización local de los servicios, con un rol critico en la identificación de la población beneficiaria.
En tal sentido, vemos claramente cómo la reforma sectorial permitió el crecimiento del complejo médico industrial incorporando a las corporaciones profesionales como prestadoras de salud quienes, a su vez, crecieron bajo el amparo y financiamiento del Estado. La modalidad organizativa supuso un proceso de fortalecimiento de la capacidad de gestión de las instituciones involucradas a fin de llevar adelante las actividades implícitas. Este proceso en construcción posibilitaría el procesamiento de datos y la generación de información tanto sobre la demanda expresada por la población beneficiaria como sobre el desempeño de los médicos de cabecera, pudiendo entonces definir -a partir de su análisis-, un esquema de incentivos que, al ser incorporado a los convenios, habría de perfeccionar el instrumento contractual y mejor la distribución del riesgo.

Con respecto a esta modalidad de gestión, surgían diferencias en relación a las capacidades que tenía cada unidad ejecutora municipal, además de las tensiones que existían entre los efectores de salud y las organizaciones profesionales, ya sea por modelos de atención o por temas de índole político/partidario. El desempeño de los médicos de cabecera se realizaba en función de cantidad de pacientes atendidos por padrón, aunque sin tener en cuenta el proceso de atención que se había desarrollado; es decir, el acto médico era una variable tenida en cuenta a la hora del pago. Otro aspecto a destacar es que los médicos de cabecera fueron contratados para tal fin; esto quiere decir que no pertenecían al primer nivel de atención del municipio, lo que en varias ocasiones generaba una doble atención, ya que los pacientes terminaban eligiendo al de la salita y no al del Seguro. Si bien este aspecto era trabajado desde la unidad ejecutora, en la realidad la comunidad quería seguir siendo atendida en su sala y no en otro consultorio. En cuanto a la atención odontológica que se realizaba en el consultorio privado del profesional, ésta no siempre estaba al acceso de la población; y en relación a las practicas preventivas, están eran identificadas por el médico de cabecera a través de lo que evaluaba en sus procesos de atención; es decir, era una demanda que construía el médico de cabecera y luego re-direccionaba al primer nivel.

Para ir cerrando la presentación de este segundo Programa, los objetivos y las características que presentaba el Seguro Público de Salud puede ubicarse en el marco de las estrategias de reforma orientados por el modelo de pluralismo estructural

pensado por los organismos internacionales para América Latina. Nos referimos a un modelo que, en procura de lograr mayor eficacia y eficiencia, modificaba las reglas de funcionamiento y de beneficios planteando una vinculación pública-privada para la prestación de servicios, dividiendo además las funciones de regulación, provisión y financiamiento (Almeida, 2002). En referencia a la participación y sus instancias, el Seguro Público promovía una instancia de satisfacción del usuario, que se daba a través de un 0-800 y de algunas instancias de supervisión por parte de la unidad ejecutora municipal y provincial. Los usuarios eran, en definitiva, eso: personas que hacían uso deun aseguramiento que le brindaba un paquete básico de atención.
Vale señalar que, durante este período, ya se había iniciado la transición de la salud *internacional* hacia la salud *global*; el gerenciamiento, la privatización y la tercerización como términos y estrategias iniciadas en el marco de la salud internacionalfueron aquí profundizadas, implementando una serie de reformas que, a su vez, fueron financiadas por entidades internacionales y que los países tomaban para salir de las crisis financieras en la que estaban inmersos. A través de estas reformas y de la adquisición de estos modelos de gestión, el Estado se fue alejando de su función de regulador, dando lugar al crecimiento del sector privado no solo en las prácticas asistenciales sino también en la gestión de una salud pensada para unos pocos. Y si bien los dos períodos de reformas -en la década de 1990 primero y luego, durante los 2000- han hecho mucho daño al sistema de salud argentino, Almeida (2002) señala que en Argentina los embates de las mismas han sido refractarios; esto se debe a que los cambios se intentaron producir en un sistema universal que está fuertemente vinculado a la seguridad social como parte constitutiva del mismo, tal como hemos vistoen el apartado referido al sistema de salud argentino.

7. Cómo pensar al sistema de salud argentino desde un paradigma integral

Una de las críticas que se ha realizado a la Declaración de Alma-Ata fue el vacío abierto entre las políticas enunciadas y los instrumentos. Es decir, se expusieron objetivos, pero se dejó un vacío instrumental; se expuso el *qué* sin abordar el *cómo*. Para orientar acciones enmarcadas en APS, los sistemas de salud han implementado la planificación estratégica como un instrumento de gestión, por medio del cual se definen por anticipado las acciones que se llevarán a cabo para alcanzar un objetivo y aportar mayor racionalidad en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos.

La *planificación* se torna una herramienta rectora de los procesos de consolidación de políticas públicas, donde el consenso y la participación de diversos actores y sectores resultan cruciales para contribuir a la construcción de un sentido *de* y *en* conjunto. De este modo, la *planificación* supera la mera aplicación de instrumentos para convertirse en un proceso constante de deliberación y de debate en el cual se pueden pensar valores, creencias y principios desde diferentes miradas y marcos de referencia. La mirada colectiva promueve la generación y lineamientos de apuestas estratégicas, que intentan optimizar las respuestas hacia las necesidades de la comunidad a fin de permitir que cada jurisdicción configure un plan que reúna las líneasdirectrices o apuestas estratégicas consideradas prioritarias y en función del contexto en el que está inserto ese sistema.

A continuación, quisiera mencionar, en un ejercicio de audacia, algunas de las posibles apuestas que, enmarcadas en los principios de la Atención Primaria de la Salud,considero factibles de ser recuperadas para pensar un cambio en el sistema de salud desde la universalidad y la integralidad. Algunas de estas apuestas estratégicas son: a) acercar el sistema de salud a la población; b) intensificar y diversificar la gestión de los cuidados de la salud en términos de universalidad, equidad y calidad, atendiendo a las dimensiones de sexo, género, clase social y etnia; c) promover la calidad asistencial; d) desarrollar las políticas de recursos humanos y e) fortalecer redes intra e intersectoriales

8. Desde dónde abordar las apuestas estratégicas

Trabajar en función de las tres primeras apuestas estratégicas mencionadas implica abordar la atención de la salud desde una mirada proactiva; es decir, pensando ala promoción de la salud como instancia primaria del ejercicio del derecho a la misma. Este desafío plantea el inicio un proceso de revisión de la práctica sanitaria; mirar críticamente para luego operar sobre las formas y modalidades que adquieren las respuestas que, desde los distintos servicios, se están llevando a cabo.
A partir de esta mirada, las distintas jurisdicciones -en tato esferas de lo público- podrán direccionar las acciones desde la promoción y prevención, en las cuales el Estado genere las condiciones que les permitan a los sujetos no solo acceder a los servicios sino también garantizar la posibilidad de que puedan encontrarse en su ámbito con elementos, situaciones, prácticas y factores opcionales. Asegurar la salud de la población desde este modelo implica, entonces, trabajar en la construcción

de una estructura que permita llevar adelante políticas de salud ligadas a la promoción y cuidado de la salud, con el objetivo de pasar de un modelo fraccionado y discontinuo a una atención con prestaciones integrales y oportunas. Para ello, se deberá contemplarlos recursos humanos, técnicos, edilicios y presupuestarios que permitan su sustentabilidad a largo plazo, ya que no se trata de un mero proyecto o programa sino deincorporar, a las políticas públicas, la promoción y prevención de la salud como parte *estructural* del sistema de salud.
Fortalecer la respuesta sanitaria en red a partir de la integración y articulación en el interior del sistema –y con otros sectores y actores–, es una apuesta estratégica de la política sanitaria que tiene como objetivo la organización y consolidación de las redes de atención de salud en todos los niveles asistenciales.

A partir de esta apuesta, se espera brindar –independientemente de su lugar de residencia–, una cobertura de calidad para toda la población a través de la adopción de normas, procedimientos y criterios programáticos comunes y controlados. Desde esta lógica de intervención en red, el Ministerio de Salud podría generar otras intervencionestendientes a acercar la salud y sus cuidados hacia la población más vulnerable y con menor posibilidad de acceso a los servicios, trabajando desde la solidaridad y cooperación entre distintas jurisdicciones para retroalimentar sus propias redes.

Conclusiones

Durante las dos reformas de Estado -durante las décadas de 1970 y 1990- el embate de las políticas neoliberales vació de presupuesto e ideas al campo de la salud. Dichas reforma -habiendo virado cada vez más hacia un alejamiento del Estado y hacia la entrada del capital privado-, ha generado un daño inmenso en el acceso a la salud. Todo ello sin olvidar que el neoliberalismo no solo embate al sistema, sino que también se instala en las universidades e instituciones de enseñanza, fortaleciendo discursos que, bajo la idea del avanzar hacia el Norte, nos impone una epistemología de la salud ajena a nuestros contextos, realidades y territorios.

En cuanto al primer programa analizado, el Plan Vida (1994-2000), podemos concluir que si bien este se propuso incorporar una mirada diferente sobre el mundo de lo público y siendo las manzaneras parte del mismo -permitiéndoles correr la lectura

de la realidad desplazando el eje de la unidad familiar a la esfera de lo social-, en términos de conjunto -del barrio, de la comunidad-, las mismas solo atendían los problemas de ese mundo social sin poder participar en la toma de decisiones sobre cómo resolver efectivamente esas temáticas. Una segunda conclusión al respecto y que se desprende del análisis, es que, si bien el Plan Vida se propuso estimular la participación, esta intervención tuvo, en general, un carácter restringido; en tanto estuvo acotada a un territorio -el barrio- y, en algunos casos y tal como se señalara, solo a algunos sectores del mismo.

Con respecto al Seguro Público de Salud (2000-2006), podemos señalar que fue un intento mucho más directo de privatizar la atención y el cuidado de la salud, en el cual la participación de la comunidad ni siquiera estaba presente en sus líneas de trabajo. Por otro lado, la conformación de las unidades ejecutoras locales reflejaba la pobreza de cada distrito aun estando vínculo al universo de la iniciativa privada. Es decir, no en todos los distritos las instituciones y las corporaciones medico profesionalestenían la misma infraestructura y la misma capacidad de respuesta. Por tanto, a la vez quese incorporaba el binomio público-privado para la gestión de la salud, este sector privado era ciertamente desigual e inequitativo; por ello, quisiera concluir este trabajo planteando la necesidad de recuperar el espíritu de la APS (Atención Primaria de la Salud); su esencia política en tanto guía que nos permita construir, entre todos, un sistema de salud público y universal basado en la atención en red que permita garantizarla salud como derecho humano y social para todos los habitantes de nuestro territorio.

Referencias bibliográficas

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*, *18*, 905-925.

Almeida Filho, C. y Paim, J. S. (2013). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médicos Sociales*, *75*, 5-30

Arouca, A. S. (2003). *O Dilema Preventivista: contribuiçao para a compreensao e critica da Medicina Preventiva*. Editora FIOCRUZ.

Basile, G. (2020). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y Caribe. *Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano*, *73*, 1-6.

Basile, G. (2021). Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: Apuntes para repensar y descolonizar las Teorías y Políticas. *Dossier de Salud Internacional Sur Sur*, Ediciones del GT de Salud Internacional-CLACSO.

Cardarelli, R. (1991). La participación al borde de un ataque de nervios. UNICEF-Argentina.

CEPAL (2000). Principios de la política Social y la lucha contra la Pobreza. En CEPAL, *Equidad, desarrollo y ciudadanía* (pp. 71-93), Naciones Unidad-CEPAL.

Feo, O. (2019). ¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? De la APS al Cuidado Integral de la Salud. *Reflexiones para pensar en la gestión, la participación y en la sistematización de experiencias desde la perspectiva de la salud colectiva.*

Fleury, S. (1985). As Ciencias Sociais em Saúde no Brasil. En E.D. Nunes (Org.), *As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas* (pp. 87-109). OPS.

Fleury, S. (1998). Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. *NuevaSociedad*, *156*, 72-94.

Fleury, S. (1999). Reforma del estado en América Latina. *Nueva sociedad*, *160*, 58-80.
Fleury, S. (2004). Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad. *Revista Instituciones y Desarrollo*, *16*, 133-170.

Fleury, S. (2006). Democracia, ciudadanía y políticas sociales. *Salud colectiva*, *2*(2), 109-112.

Fleury, S. (2010). ¿Qué protección social para cuál democracia? Dilemas de la inclusiónsocial en América Latina. *Medicina Social*, *5*(1), 41-60.

Franco, T. B. y Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva*, *7*, 9-20.

Isuani, E. (1991). Bismarck o Keynes: ¿Quién es el culpable? Notas sobre la crisis de Acumulación. En E. Isuani, R. Lo Vuolo y E. Tenti Fanfani. *El Estado Benefactor. Un paradigma en crisis*. Miño y Dávila/CIEPP.

Isuani, A. y Tenti Fanfani, E. (1989). *Estado democrático y política social*. Eudeba.

Laurell, A. C. y Ronquillo, J. H. (2010). La segunda reforma de salud: aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud colectiva*, *6*, 137-148.

Londoño, J. L. y Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *BID-Documento de Trabajo*, *353*, 1-32.

Matus, C. (1985). Planificación, libertad y conflicto. *Cuaderno de IVE-PLAN, 16*, 1-53.
Matus-López, M. (2015). Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud colectiva*, *11*, 485-496.
Menéndez, E. (l992). *Morir de alcohol*. Ediciones de la Casa Chata.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, *4*(7), 71-83.

Menéndez, E. (1995). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médicos Sociales*, *73*, 7-37.

Minujin, A. (1993). *Cuesta Abajo, Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Losada/UNICEF.

Oakley, P. (l990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario: Examen de los aspectos esenciales*. OMS.

OMS (1981). Evaluación de Programas de Salud. *Serie Salud para Todos*, 6. OMS.

OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Salud Pública Educación en Salud 2001*, *1*(1), 19-22

OMS (1990). *La introducción de un componente de Salud Mental en la atenciónprimaria*. Organización Mundial de la Salud.

OMS Unicef (1978). Declaración de ALMA-ATA y generalidades. En OMS Unicef, *Atención primaria de la Salud*, Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires.

OPS (2017). *Información Regional de la Implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

OPS/OMS (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Paganini, J. y Capote, N. (1990). Los sistemas locales de salud: conceptos, método y experiencias. *OPS Publicación Científica*, *519*.

Paim, J. S. (1986). *Saudé, Crises, Reformas*. Salvador Centro Editorial e Didáctico. Universidade Federal da Bahia.

PNUD (l996). *Informe sobre Desarrollo Humano*. Mundi Prensa.

Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, 36(94), 327-342

Tejada de Rivero, D. A. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *30*(2), 283-287.

Tejada Pardo, D. (1995). Contexto y crisis de paradigmas en los procesos de reformas de la salud. Falsos dilemas y nuevas articulaciones necesarias. *Serie Diálogos sobre la Salud*, *2*, Editorial Iniciativa.

Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Lugar Editorial.

Villalva, A. (2015). La estrategia de Atención Primaria de la Salud. En M. Gavilán, *De la Salud Mental a la Salud Integral. Aportes de la psicología preventiva* (pp. 145-159). Lugar Editorial.

Villalva, A. (2006). *La participación de la comunidad en programas sociales. Algunas características de las nuevas políticas sociales en la argentina de los 90: El caso Plan Vida*. Tesis de Maestría. CEDES- FLACSO.

18

Un camino de imposiciones, contadas como derechos: Recorrido de los derechos sexuales y reproductivos

| Marcos Sebastián Ojeda

Introducción

Gestión y Gobierno de los Sistemas de Salud en Siglo XXI

La salud sexual y reproductiva ha sido gestionada en el País de diferente maneras a lo largo de la historia como país, siendo el ministerio de salud como institución el mayor efector de las medidas, el cual ha sido atravesado por diferentes actores en el poder. Las medidas siempre han tenido una fuerte consonancia con acciones de dominación mercantil. Tomando diferentes aspectos, pero siempre manteniendo su mayor poder sobre las clases empobrecidas, no sin caer en tremendas contradicciones, desde las económicas hasta las religiosas.
Sin perder de vista, que los diferentes actores del estado, tiene la posibilidad de generar barreras para el acceso. Con recetas metodológicas impuestas las cuales junto a un escaso análisis acrítico de las estrategias y sus condiciones de aplicación.

a. Justificación

Intento exponer con el trabajo, un recorrido breves sobre como el estado a través de sus políticas públicas, refleja los lineamientos de organismos internacionales los cuales intentar dar respuestas las demandas que ellos reconocen. Sin embargo muchas de estas son las del mercado en ese contexto histórico. Utilizando siempre discursos de necesidades y no de derechos. Imponiendo así una agenda y las estrategias a seguir.

b. Relevancia

Poner de relevancia, el derecho de las personas a decidir sobre sus desarrollos personales, optando por la libre elección y disfrute de su vida sexual, sin tener que responder de manera directa a las condiciones generadas como normativas, sean estas por usos y costumbre o por necesidades directas del mercado. Referido a las políticas, mostrar la necesidad de abordar las mismas desde sus diferentes pilares, educación, salud, desarrollo, atendido a las mismas no como acciones políticas hacia la población sino como derecho de la misa.

c. Propósito

Describir de manera general las acciones llevadas adelante por el estado y resaltar las contradicciones generadas por el mismo sistema, al intentar concretar tales acciones, representadas muchas veces por fuertes presiones del mismo complejo médico industrial en su afán de maximizar ingresos.

III. Cuerpo del trabajo o desarrollo del tema

El desarrollo del trabajo tiene un andamiaje de análisis basados en, la epidemiologia critica y las perspectivas de inequidad y pensando *La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo del proceso salud-enfermedad, se trata de una actividad incesante, hace la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad.... La salud es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social. (FLACSO. 2011. p. 21)1*

b. Desarrollo

La salud sexual y reproductiva lleva delante por los gobiernos de la argentina se han ido enmarcando en sus diferentes tiempos históricos, en este breve repaso tomare algunos momentos para poder graficar los mismo y sus objetivos los cuales generalmente van de la mano con necesidades de tipo político comerciales siempre relegando la visión de derechos a un segundo plano, siendo más bien discursivas.

Iniciando con el "poblar" el territorio argentino los cuales relacionaban la dinámica demográfica con el desarrollo de políticas públicas. Si bien éstas ideas de "poblar el desierto" y "gobernar es poblar" representadas por Juan Bautista Alberdi fueron saciadas en parte por el ingreso masivo de la inmigración a fines del Siglo XIX e inicios del XX, la excepcionalidad del comportamiento reproductivo de la población argentina en América Latina radica en que a principios del Siglo XX se mantuvo un crecimiento demográfico lento, producto del declive de la tasa bruta de natalidad, determinada a su vez, por los limitados niveles de fecundidad. Este descenso de la fecundidad se registró entre 1880 y 1910 a raíz de la motivación de la población de regular la fecundidad y de formar familias reducidas. "La singularidad del caso

argentino descansa en el hecho de que esta "transición demográfica" ocurrió antes de la introducción de la anticoncepción moderna (básicamente, la "píldora"), fenómeno que recién se produjo a fines de los años sesenta." (Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. y Szulik, D. 2001, p.32).

De esta manera, los grandes cambios iniciaron en los años `80 cuando se comenzaron a instalar los derechos sexuales y reproductivos. Vale remarcar que en Argentina desde el año 1974 al 1977 se organizó el Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional en donde se planteó: (...) la necesidad de aumentar la población, ya fuera a través de un incremento de la tasa de fecundidad, la disminución de la mortalidad o el fomento a las inmigraciones, e incluyo un informe diagnóstico de la situación demográfica del país. El plan disponía la implementación de programas sanitarios, educativos y nutricionales para disminuir la mortalidad, fomentar y orientar a la inmigración, contener la emigración, repatriar a científicos y técnicos, y corregir el desequilibrio regional, promoviendo migraciones hacia las zonas mas deshabitadas. (Felitti, K. A. 2004, p. 14) Sin embargo, en 1974 el Estado argentino adoptó una política represiva mediante el decreto presidencial Nº 659 firmado por Juan Domingo Perón y López Rega que ocupaba el cargo de Ministro de Bienestar Social, el cual dispone:

(...) controlar, mediante el expendio obligatorio de receta médica (por triplicado), la comercialización de anticonceptivos y prohibir el desarrollo de actividades relacionadas con el control de la natalidad. Además, se impidió la prestación de servicios de planificación familiar en los hospitales públicos, con la consecuencia de que sólo los sectores de la población con acceso a la medicina privada contaron con atención especializada en materia de anticoncepción, mientras las clases trabajadoras y los sectores populares quedaron prácticamente desprotegidos. (D´atri, A. 2011, p. 4) A su vez, la historiadora Felitti, K. A. (2004, p. 14) indica que éste decreto recomendaba realizar estudios sobre el control de la natalidad y realizar campañas de educación sanitaria que prioricen los riesgos de la utilización de métodos y prácticas anticonceptivas. Vale mencionar que éste decreto que estuvo en concordancia con las ideas propugnadas de "poblar" el territorio argentino, a su vez, también fue sostenido durante la dictadura militar de 1976. Previamente, en Marzo de 1974 mediante el decreto Nº 980 se creó la Comisión Nacional de Política Demográfica (CONAPODE), la cual tenía como objetivos "proyectar una política nacional de población e intensificar el crecimiento cuantitativo y cualitativo de la población argentina y su más adecuada distribución

regional.” (Felitti, id) Se proponía lograr metas demográficas y asesorar al Poder Ejecutivo y Legislativo en relación a éstas temáticas. Si bien no se logró diagramar un plan súbitamente, para 1977 la junta militar promulgó el decreto Nº 3.938, “Objetivos y Políticas Nacionales de Población”, mediante el cual la CONAPODE entró en funcionamiento legislando y asesorando sobre políticas de población a nivel nacional. Se proponía otorgar incentivos para la protección de la familia, los cuales nunca fueron otorgados, y eliminar aquellas actividades que tengan el fin de controlar la natalidad, las cuales sí fueron cumplidas considerablemente a raíz de la cercanía existente entre la Iglesia y la Junta Militar. No fue sino en la década del `80, más precisamente a partir del regreso de la democracia que comenzó a darse relevancia a las temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. La Convención por la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la mujer dictada en 1979 fue ratificada por nuestro país recién en 1985. Si bien existió un clima favorable para dar lugar a políticas de igualdad hacia las mujeres incorporando temáticas de salud sexual y reproductiva, se trató de un proceso complejo y paulatino. Para 1986 y a partir del Decreto Nº 2.274 se derogó el Decreto Nº 659 y a su vez se dio gran importancia desde el Estado a la difusión y asesoramiento en lo referente a anticoncepción de manera de ejercer el derecho de decidir el número y espaciamiento de hijos1

Un año más tarde se creó la Subsecretaria de la Mujer dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, lo cual dejó entrever la necesidad de otorgar un espacio a una temática que se encontraba en agenda. Este espacio se renombra en 1991 como Consejo Nacional de la Mujer dependiente de la Presidencia de la Nación. A su vez, recién en 1993 se deroga el Decreto Nº 3.938/77 expuesto por la Dictadura Militar y se adopta la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. El estreno de esta nueva década trajo consigo cambios tales como el notorio rol activo y poder de la Iglesia Católica al intentar introducir la “Cláusula Barra” (inspirada en el Ministro de Justicia Rodolfo Barra) en la modificación de la constitución Nacional, la cual defendía la vida desde el momento de la concepción y hasta la muerte natural. De esta manera, se intentó ponerle coto al debate acerca de la legalización del aborto y de la eutanasia. En la reforma de 1994 se incorporaron con rango constitucional tratados internacionales concernientes a derechos humanos (Art. 75 Inc. 22 y 23) lo cual cimentó una base importante sobre la cual encarar la conquista de nuevos derechos. En 1995 se trató un proyecto en Cámara de Diputados en donde se proponía la creación de un Programa Nacional

de Procreación Responsable que incluía la provisión de servicios gratuitos en los hospitales públicos. El principal opositor de la ley era el entonces presidente Carlos Menem (embajador premiado por la Santa Sede), quien instituyó el 25 de Marzo como el "Día del Niño por Nacer", acción impulsada por el Vaticano en contra del aborto. A pesar de haber caducado en 1997 fue útil para instalar debates que lograron la aprobación de legislación sobre salud reproductiva en diversas provincias argentinas.

Se registra el inicio de políticas progresistas y ampliación de derechos sociales de avanzada como ser la Ley de Protección Integral a las Mujeres sancionada en el 2009, la Ley de Matrimonio Civil Igualitario sancionada en 2010, la Ley de Identidad de Género sancionada en el 2012, la Ley de Reproducción Médicamente Asistida sancionada en 2013 siendo ejemplos emblemáticos de la ampliación de derechos sexuales y reproductivos en nuestro país. Tal como se mencionó previamente, el hecho de tratarse en la Cámara de Diputados en 1995 la creación de un Programa Nacional de Procreación Responsable dio lugar a la visibilizarían de esta problemática y la necesidad de que el Estado intervenga. De esta manera, este proyecto continuó latente hasta el año 2002 al aprobarse la ley Nº 25.673 mediante la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación. 1

Lo que nos deja es una muestra del recorrido que tuvo la Argentina respecto a sus políticas públicas, nos encontramos con contradicciones en el camino que no se tiene en cuenta que *La reforma debe ser guiada por un enfoque sistémico que incorpore a las poblaciones e instituciones. De esta forma, estará en mejor posición para abordar el doble reto al que se enfrentan los sistemas de salud en América Latina, a saber, eliminar la carga de problemas acumulados y, al mismo tiempo, hacer frente a las condiciones emergentes.2*

Si bien pareciera que el camino realizado es muy promisorio en las ultima décadas, con expansión de derechos, entre los viejos problemas nos encontramos con un sistema de salud deteriorado, carente de recursos materiales, el cual por un lado es gigante pero con escasa presencia real sobre el territorio. Esto nos pone de relieve los problemas que identificamos como acumulados, problemas de salud sexual y reproductiva y como emergentes a los; cambios en la demanda o presiones políticas

2. Una de las más notorias en nuestro país han sido dos grandes temáticas, tanto la

Recientemente aprobada y promulgada ley de IVE (Acceso Voluntaria a la Interrupción del Embarazo Ley 27610) y de Educación sexual Integral (ESI) Ley 26.150.
Son ambas leyes atacadas de diferentes maneras, la ESI es abordada como un anexo a la formación la cual es entonces brindada por los integrantes de la comunidad educativa, acorde a las creencias de cada institución o región, lo cual genera una dispersión tal que es imposible poder trazar objetivos claros de llegada. Contribuyendo a perpetuar las relaciones de dominancia y tutelaje de las poblaciones más vulnerables.

Con la Ley IVE, sucede que los discursos de oposición abarcan desde los pactos internacionales a los cuales adhiere la constitución Argentina, hasta el supuesto astronómico costo de la práctica. Siempre dejando de lado la perspectiva de derecho de la Mujer. La cual es tomada como víctima o victimaria según la necesidad del discurso que aparece desde el sistema. La cual sufre de una u otra manera lo que Brehil llama la "triple inequidad, que es propia de sociedades organizadas con base en una distribución desigual de la riqueza y del poder 3. Mujeres de clases sociales acomodadas, tienen derecho a la planificación por decisión personal, sin embargo las de menores condiciones, tiene que ser asistidas debido a su incapacidad para mejorar sus expectativas de vida.

Sin embargo para toda la población de escasos recursos, deben concurrir a diferentes efectores los cuales son sumamente heterogéneos. Acorde a la gran dispersión de gestiones que posee el sistema de salud Argentino, el cual descentraliza las direcciones pero mantiene el control económico, lo cual generalmente imposibilita el desarrollo de estrategias que no sean las que ordenan los diferentes organismo internacionales, que son los que financian los planes y programas. *Con la crisis social que se inicia en 2002, el gobierno argentino cambia su estrategia de reforma, reestructurando sus prioridades en dos ejes: 1) el fortalecimiento de la entrega de medicamentos a las poblaciones desasistidas, a través del Programa REMEDIAR, financiado por el BID y el incentivo a programas de seguros provinciales de salud, a partir de la implantación del Seguro Materno-Infantil (SUMI), financiado por el Banco Mundial7*

Dejando libre el camino a la concentración de capital tanto económico como humano al complejo medico industrial el cual se desarrolla con ganancias las cuales la hacen atractivas, dejando de lado a todo aquel que no puede acceder.

Al ser estos los financiadores de algunos de los programas, son los que definen las líneas prioritarias de acción, lo que generan acciones que deben reproducirse sin tener un acompañamiento de la población, las mismas se convierten en una lista de acciones enlatadas que deben ser llevadas adelantes por efectores, poco motivados, desorganizados y sobre todo sin llegada a la comunidad.

En las cuales se destacan poblaciones de mujeres las cuales no logran acceso a educación ni fuentes laborales estables, caracterizándose *Este sector de la población está ubicado dentro de la población inactiva, es decir que "no está presente en el mundo del trabajo remunerado, y comprende todas las personas que, por su edad, su situación y/o su decisión están fuera del mercado de trabajo"*

. Las dificultades predominantes de este sector son varias: • precariedad de la vivienda; • bajo nivel educativo; • falta de acceso a métodos anticonceptivos; • falta de acceso a jardines maternales10. Que es donde apuntan estas políticas, que siguiendo un discurso utilitarista, despojan de todo sentido de derecho. Y es donde también el sistema sacia sus necesidades de mano de obra precaria, lo que les permite perpetuar las condiciones de vulnerabilidad, en las cuales *se evidencian las grandes contradicciones del modelo de desarrollo capitalista y se materializan los procesos de dominación, explotación y marginalización en la organización espacial de las ciudades y en la materialidad de los guetos, banlieues, favelas y villas de miseria* 3 que dicen querer mejorar desde los estratos gubernamentales.

Esta caracterización breve que vine desarrollando, converge en el aspecto que camina de la mano de los diferentes contextos históricos en la forma en la cual el sistema de salud intenta avanzar sobre los derechos de las personas, ofreciendo servicios de salud, en nuestro país en los últimos años ha sido siempre puesto como una herramienta que trae soluciones y equidad la APS (Atención primaria de la salud), la cual en el desarrollo del país a pasado por diferentes estadios resaltando que *Luego de la crisis del año 2001 comenzó un nuevo período caracterizado por cambios "acompasados" en la región latinoamericana y particularmente del cono sur; con gobiernos progresistas que apuestan a la importancia geopolítica de la región, a cierta redistribución del ingreso y al resurgimiento de Estados presentes , que aparecen como reguladores en pro del bienestar de la ciudadanía. En este escenario se reinstala lentamente el concepto de "Atención Primaria de la Salud" como políticamente correcto, sin que logre reflejarse en políticas transformadoras que apunten, en la práctica, a*

resultados de equidad en salud 4, no es la idea del presente trabajo ahondar sobre el tema sino, poner de manifiesto algunas limitaciones que presenta la misma en la concreción de los supuestos objetivos de la misma. Debido a que la misma *la APS dio paso a las reformas del sector Salud, que en el marco de los planteamientos privatizadores del consenso de Washington (1989) se convirtieron en el centro de una agenda mundial, donde organismos técnicos como la OPS/OMS cedieron paso a los organismos financieros como el Banco Mundial y el BID que promovían esas reformas. Luego, a inicios del nuevo siglo, surgen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como parte de una agenda minimalista que planteaba tímidas reducciones para una docena de problemas, a pesar de lo cual, en su evaluación realizada en el 2015 se demostró que no habían sido cumplidas en la mayoría de los países, debido a las condiciones de exclusión y pobreza derivadas de un modelo de acumulación de capital que concentra el poder y la riqueza. 5* Por lo que los cambios en la agenda mundial se toma como única opción, de respuesta dándole apenas pinceladas para ser luego impuestas a los efectores. obstáculos igualmente importantes que inciden para la efectivizarían plena de APS Integral en nuestro país son el poder de la corporación médica, la industria farmacéutica y de las tecnologías de diagnóstico, así como también la falta de planificación en el primer nivel de atención en base a las características poblacionales, la cristalización de modelos formativos que no dan respuesta a las principales problemáticas de salud de los conjuntos sociales y el desinterés de los profesionales que intervienen en el primer nivel de atención, probablemente consecutivo a su baja jerarquización en términos salariales y/o de crecimiento y prestigio laboral. Son estos tanto las políticas aplicadas, como el devenir del sistema de salud y sus actores, podríamos llamar salud global (Birn, 2011).8. Reconociendo patrones de repetición en la mayoría de los países con iguales resultados, no generando lo que discursivamente se persigue.

Conclusiones principales

Lo descripto nos pide, pasar del paradigma de la atención a la enfermedad, al del cuidado de la salud, desarrollando nuevas iniciativas de atención y gestión, con participación de las comunidades y organizaciones sociales, unido a un modelo de formación más integral, solidario y humano, que incorpore el concepto de determinación social de la salud y la enfermedad, y facilite la acción intersectorial, convirtiéndose en uno de los puntos de entrada a una red de políticas sociales integradas e integrales, que hace que las políticas de salud sean parte integral de las

políticas públicas, en el marco de Estados que asumen a la salud como un derecho social indisolublemente ligado al derecho a la vida, y diseñen políticas públicas para el "buen vivir" y la construcción de un modo de vida saludable. En esa perspectiva asumimos que el desarrollo de un modo de vida y producción más humano y solidario, en el que prime la solidaridad y el bienestar colectivo, es el requisito para generar salud para todos. Asumimos que el actual modelo de producción y consumo ha colapsado y conduce a la humanidad a la debacle; estamos ante una crisis civilizatoria que nos obliga a buscar nuevos caminos.5

Es lo anterior el deseo de muchas personas, las cuales nos encontramos viviendo una realidad que se vuelve insostenible desde todas sus aristas, humanas, productivas de visión de futuro no solo de desarrollo sino de un mundo en el cual sea posible vivir.

Es muy importante no perder de vista que deberíamos utilizar estas herramientas de formación, *También es un llamado a desnaturalizar y problematizar quienes son 'sacrificados' para mantener el funcionamiento del modelo de desarrollo dominante3.* No podemos seguir pensando que las recetas mágicas que nos llegan solucionaran los problemas acumulados y emergentes de nuestras poblaciones, que las mismas sufren las contradicciones del sistema de producción y sobre todo que estamos llamados a ser protagonistas activos de los cambios. No olvidando que desde la perspectiva de la salud *Las reformas de salud son procesos de largo plazo, que tienen que estar bien comunicados, involucrar amplios seguimientos de la sociedad y tener a los usuarios como socios. Deben, por lo tanto, traspasar los gobiernos, demostrar resultados tangibles y generar iconos e ideales de satisfacción compartidos por todos* 7 Pensando en que las nuevas acciones vendrán dadas por nuevos actores los cuale se posicionaran desde la perspectiva que, *trata de asumir las bases del pensamiento crítico latinoamericano de la medicina social y salud colectiva (Granda, 2004), conjuntamente en su imbricación con la propuesta de las epistemologías del Sur (De Sousa & Meneses, 2014) y el feminismo decolonial (Lugones, 2011) para un posicionamiento sanitario desde el Sur geopolítico8.* Pensado en una manera diferente de analizar las situaciones que nos tocan vivir y generar nuevas formas de responder por parte de los actores de la sociedad.

Recomendaciones

Algunos aspectos que debieran ser mayormente profundizados son, conocer las necesidades de las poblaciones marginales, las cuales difícilmente acceden a estas escasa e incompletas posibilidades de ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva. Como el sistema de salud responde a estas demandas y un punto que considero crucial es trabajar sobre las poblaciones que son totalmente invisibilizadas, las cuales son las poblaciones objetivo, en los discursos, pero que en la práctica solo conocemos por los malos resultados en salud.

Bibliografía

Ferrara, M. (2018). Aborto legal seguro y gratuito. Entre la legalidad y la clandestinidad. El caso del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario.

Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina (No. 353). Working Paper.

Weisbrot, M. (2014). Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud. Evidencia, actualizacion en la práctica ambulatoria, 17(3).

Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde em debate, 41, 264-275.

Maceira, D., Apella, I., & Barbieri, E. (2005). Análisis del Programa REMEDIAR. Notas sobre evaluación y seguimiento. Oficina de Evaluación y Supervisión (OVE), Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo, (09).

Feo Istúriz, O., Feo Acevedo, C., & Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. Revista Cubana de Salud Pública, 38(4), 602-614.

González-Guzmán, R., García-García, J. J., & Tinoco-Marquina, A. (2010). La inequidad por clase, etnia y género expresada en el desmedro. Gerencia y Políticas de Salud, 9(18).

Medici, A. C. (2006). Las reformas incompletas de salud en América Latina: Algunos elementos de su economía política. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Universidad Iberoamericana.

Gonzalo-Autor/a Basile. (2020). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación.

Hernández, M. (2020). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). Saúde em Debate, 43, 29-43.

Kandel, E. (2003). Las relaciones de género en una empresa de la industria de la alimentación en la Argentina en la década de 1990 (Caso T.) (Doctoral dissertation, Tesis de la Maestría en Ciencias Sociales del Trabajo. Centro de Estudios Avanzados, Universidad de Buenos Aires).

19

Evolución de los Sistemas de Salud en la Argentina

| Patricia Alejandra Taritolay

INTRODUCCION:

El presente tema a abordar en el trabajo del Diploma Superior en políticas en Salud Internacional y Soberanía Sanitaria es la:"Evolución de los Sistemas de Salud en Argentina".
En primer lugar realizaremos unalínea de tiempo (elaboración propia), desde inicio del año 1940 hasta la actualidad de nuestros días (2021).
El objetivo es comprender las diferentes concepciones, los diferentes modelos o paradigmas de Estado que prevalecieron a lo largo de la historia y su relacióncon los Sistemas de Salud de la República Argentina.

a- JUSTIFICACION:

La importanciadel trabajo monográfico es realizar un análisis como Sujetosinmersos en un contexto histórico (Jujuy), en donde conoceremos los procesos que marcaron cada modelo de Salud a lo largo de la historia.
Estos modelos que caracterizaron cada gobierno,brindaron respuestas en un momento dado a las necesidades de la comunidad en materia de salud, educación, vivienda, alimentación.
No podemos negar que la Pandemia (inicio de la Pandemia en Argentina: marzo 2020) afloró cuestiones y deficiencias en los Hospitales, Nodos, y centros de Salud en todas partes del mundo global (tanto del sector público como del privado).
El virus de la covid-19produjo una crisis (político, económico, social) en diferentes aspectos de la vidade los seres humanos.
El ensayo monográfico estáenfocado desde un enfoque integrador, crítico y transformador.
"El hombre es un ser de necesidades que solo se satisfacen socialmente, en relaciones que lo determinan..." (E. Pichón Rivière. 1973). ... El proceso de conocimiento humano tiene su fundamento en necesidades materiales que los hombres resuelven a partir del establecimiento de relaciones sociales.

b- RELEVANCIA:

El trabajo integrador pretende ser una contribución para el Diploma Superior en Gestión y Políticas en Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, las siguientes

apreciaciones no tienen la intención de ser conclusiones definitivas, finales y acabadas sino aportes que inicien al debate y estimulen a investigaciones futuras.
La contribución al conocimiento es lograr ese feddback entre los alumnos que están cursando la carrera, entre pares, disertantes, docentes a cargo delamisma.
A su vez poner en mesa de debate el tema de los diferentes modelos de atenciónque existen en Argentina (Modelo Biomédico vs Modelo del Cuidado).

c- PROPÓSITO:

El propósito del presente ensayo es realizar un trabajo que este a la altura de las circunstancias del Diplomado. A su vez generar conocimiento científico a través de la particularidad en donde estoy inserta (Jujuy).
A nivel personal considero que los Docentes de la Diplomatura son"extraordinarios", tienen un bagaje de conocimientos digno de imitar y admirar.
Una de mis metas a nivel personal es seguir capacitándome, siento de manera subjetiva que no estoy a la altura de las circunstancias, pero de igual manera voy a dar batalla para entregar el trabajo.

DESARROLLO DEL TEMA

a- MARCO TEORICO:

1-¿Qué es el Estado?
El Estado es la institución política a la que se la reconoce, dentro de un territorio determinado, la autoridad para mantener el orden y asegurar la libertad y el bienestar de las personas que viven allí.[1]

1.1 -El Estado de derecho
Es un Estado que está organizado y funciona de acuerdo con la ley y no según las decisiones arbitrarias de una persona. El derecho pone límites y controles a la acción del Estado y controla y garantiza el respeto de los derechos fundamentales y las libertades de las personas. La principal ley la que somete un Estado de derecho

1 Dossi Marina. Formación ética y ciudadana 9. 1ª ed.: Santillana. Página 19. Buenos Aires. Año 2005.

es a la Constitución.[2]

1.2 -Diferentes tipos de Estado y sus funciones
1.3 -El Estado liberal
El Estado liberal se organiza como un Estado mínimo, que debe reducir al máximo su intervención en el ámbito público y no interferir en las decisiones privadas.
Las principales funciones del Estado liberal: Básicamente, brindar las condiciones para que el mercado funcione y resolver aquellas cuestiones que el mercado no atiende:

- proteger la propiedad;
- garantizar la seguridad individual y nacional
- capacitar a las personas
- dictar leyes que protejan los derechos de las personas;
- hacer justicia.

1.4 -El Estado de Bienestar
Es un Estado que interviene activamente en el ámbito económico y social, promoviendo el desarrollo para mejorar la calidad de vida de la gente y disminuir las desigualdades sociales.

1.5 -El Estado Neoliberal

A principios de los años 70, un bajo crecimiento económico, el aumento de la inflación y el incremento del desempleo pusieron de manifiesto la crisis del Estado de Bienestar. Entonces surgieron las ideas liberales que adoptaron el nombre de neoliberalismo. Con el agregado de que los defensores del neoliberalismo sostienen que no hay asuntos que el Estado resuelva mejor que el mercado y proponen que el Estado sólo debería ocuparse de garantizar el orden y la propiedad privada. En este sentido era necesario retirar la intervención del Estado y, para ello, se inició un proceso de reformas que consistió en.

- Desregulación de la economía. Se vuelve a un libre mercado sin restricciones.

2 Dossi Marina. Formación ética y ciudadana 9. 1ª ed.: Santillana. Página 22. Buenos Aires. Año 2005.

- Privatizaciones. Se privatizan las empresas de servicios públicos (con el argumento de que brindan servicios deficientes, generaban corrupción y producían perdidas). Se promueve que empresas privadas satisfagan las demandas de salud, educación, vivienda y hasta seguridad, entre otras.
- Flexibilización laboral. Se permiten formas de contratación con menos exigencias para las empresas y mayor desprotección de los empleados.

Asegurar el ejercicio de los derechos económicos-sociales dejó de ser una prioridad para el Estado. Sin embargo, para evitar conflictos sociales que amenazaran el orden, el Estado debió asistir a los sectores sociales excluidos.[3]

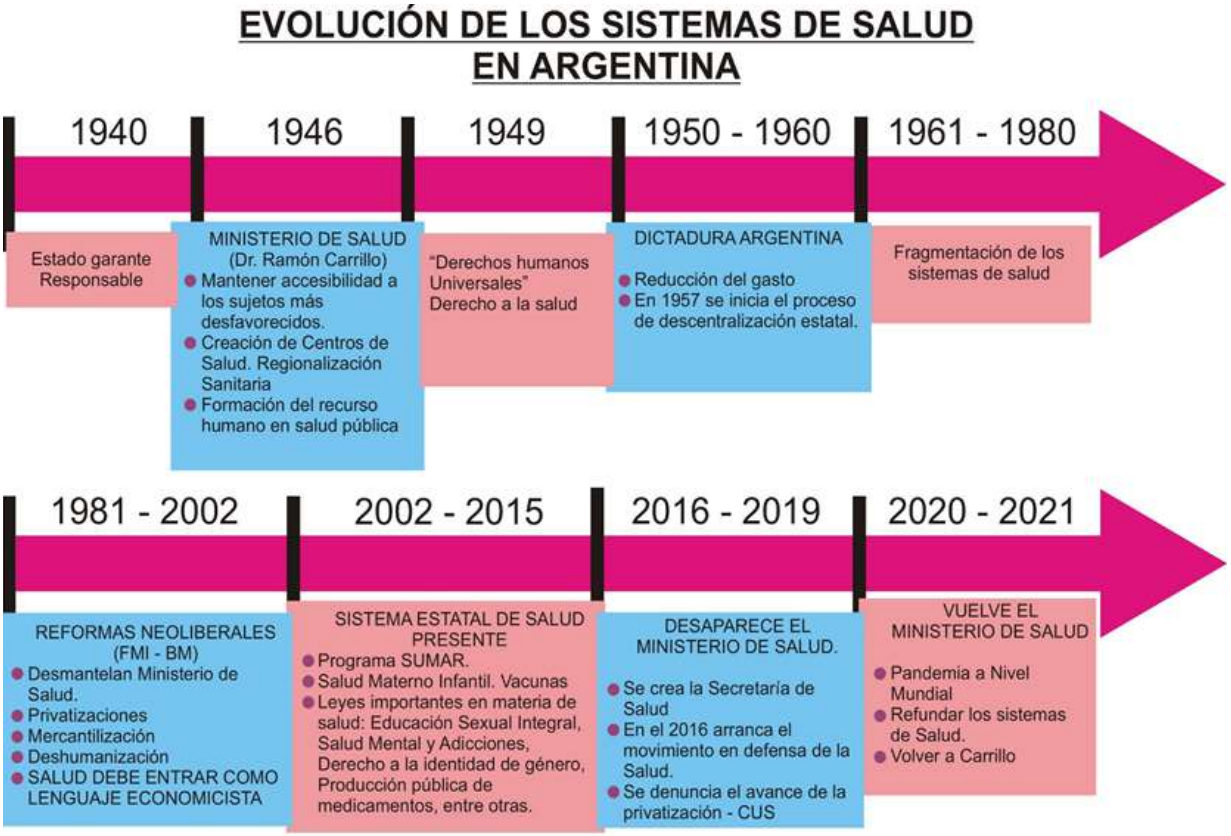
2-LA SALUD:

Para continuar con la estructura del marco teórico, es necesario definir el concepto de Salud dentro de un marco socio histórico determinado para comprender las diferentes acepciones que giraron en relación al concepto y a la importancia que el Estadotenía del mismo.
La salud es un derecho colectivo, público y social de raigambre constitucional, anclado en el artículo 42 de la Constitución Nacional que riza en lo pertinente, lo siguiente:
"Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho en la relación de consumo, a la protección de su salud, de seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de la elección y a condiciones de trato equitativo y digno.[4]
Salvador Allende definía a la salud como..."proceso dialéctico biológico y social producto de la interrelación del hombre con el medio, influido por los medios de producción y se expresa por niveles de bienestar físico, mental y social".[5]
Para otros autores la Salud es considerada un derechohumano independiente de su género y edad.

3 Dossi Marina. Formación ética y ciudadana 9. 1ª ed.: Santillana. Páginas: 24-25. Buenos Aires. Año 2005.
4 https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_de_la_nacion_argentina.pdf
5 Cuadernillo de divulgación. Introducción a las condiciones y el medioambiente de trabajo de las/los trabajadores del sistema sanitario. Año: 2019.

3-SISTEMAS DE SALUD:

Tal como lo conocemos, podemos definir al sistema de salud como una organización creada para proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar o rehabilitar el daño en salud (derecho a la salud), con carácter equitativo y solidario.[6]
Oscar Feo (2020) define que los sistemas de salud son respuestas que construye una sociedad, para satisfacer las necesidades de salud de su población.
Están determinados por los intereses y concepciones que predominan en esa sociedad.
La evolución de los sistemas de salud en el continente se ha dado con fuerte influencia de organismos internacionales y sus intereses económicos y políticos/ filantrocapitalismo.
Actualmente hay una fuerte confrontación entre dos concepciones contradictorias de los sistemas de salud, su organización y funciones.



6 Cuadernos para trabajadores de la salud. Fascículo 1: *La organización del sistema de salud en la Argentina*. IDEP AREA SALUD. Página 9. Año: 2013.

3.1 -El sistema de salud en la Argentina está compuesta por 3 subsectores:

- público
- privado
- seguridad social[7]

4-¿Qué es la Globalización?

La globalización es un proceso que se inicia a fines del siglo XX y se caracteriza por la influencia de varios cambios en la economía, la política y la cultura.

- Se produce la desterritorialización de la economía: el proceso de producción de un mismo producto o de un servicio puede llevarse a cabo repartido entre diferentes lugares del planeta y luego consumirse en cualquier otra. Las grandes empresas actúan en espacios cada vez más amplios y dispersos que no tienen en cuenta los límites territoriales.
- Los Estados se debilitan ante los poderes políticos y económicos supranacionales y actúan mas condicionados por la situación internacional. Las leyes que regulan la economía y el comercio, dictadas por el Estado, pierden fuerza frente a las nuevas leyes fijadas por organismos internacionales y a las leyes propias de la economía.
- Se forma una cultura global: personas de distintas partes del mundo comparten las mismas preferencias de consumo y los mismos hábitos culturales. Todas estas transformaciones están interrelacionadas.[8]

5- NEOLIBERALISMO Y SALUD:

¿Qué es el neoliberalismo?

Para el autor Vicente Navarro (2020)el neoliberalismo es la ideología, es un ataque frontal a la clase trabajadora que va a debilitar el mundo del trabajo.[9]

7 Cuadernos para trabajadores de la salud. Fascículo 1: la organización del sistema de salud en la Argentina. IDEP AREA SALUD. Página 25. Año: 2013.

8 Dossi Marina. Formación ética y ciudadana 9. 1ª ed.: Santillana. Página 99. Buenos Aires. Año 2005.

9 Módulo 5: Neoliberalismo y salud. Docentes a cargo: Oscar feo, Basile, Marinilda Rivera Díaz, Vicente

Este modelo neoliberal se caracteriza por presentar las siguientes características:

- 2/3 de la humanidad está viviendo el capitalismo
- Hubo una reducción del gasto público
- Reforma laboral
- El modelo biomédico impuso al neoliberalismo
- La falta de salud es la que ha generado desigualdades
- Privatización del sector público
- Desmantelamiento de los servicios públicos
- Los que garantizaban los derechos humanos pasan a ser privados y mercantilizados.
- Flexibilización del mercado de trabajo
- Pensamiento económico neoliberal (1989: consenso de Washington), promovido por organismos financieros internacionales (Stolkiner, 2010). Por ejemplo reforma de salud en los años: 80-90.
- Resultados: reducción significativa del papel del Estado, en el sector de salud y en áreas de S. Sociales.
- Privatización de instituciones sanitarias.
- Exclusión de miles de personas de cubiertas nacionales.
- Consecuencias: la globalización produce explotación de los seres humanos y la naturaleza.[10]
- Para autores como Bauman estamos en la era de la nostalgia, estamos en una epidemia de la nostalgia, frente a un liberalismo deshumanizante.[11]
- Diría Mario Testa (1989) hay que dejar de operar la tesis de los consensos hegemónicos, para pasar a la hegemonía de los consensos.[12]

Navarro. Aportes de la medicina social latinoamericana. Año: 2020.

10 Clase: Migraciones y Derecho a la Salud, Rivera Díaz Marinilda (en contexto globalización). Bertolt Brecht (1930).

11 Unidad 6, bases teóricas. Re fundación:Sistemas de Salud. Clase virtual del Diploma. Año. 2020.

12 Fragmento extraído nota de opinión: Dr. Daniel Godoy. Director del IDEP Salud de Ate. Enero 2021.

6-SE CONFORMÓ EL MOVIMIENTO POR EL DERECHO A LA SALUD.

Este movimiento fue creado en defensa de la salud pública, se denuncia el avance de la privatización en el Sistema de Salud que representa lo que el gobierno de Mauricio Macri proporciona engañosamente como una COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD**.** En este marco, desde el área de salud del instituto de estudios sobre Estado y participación de Ate Nacional se convocó a una reunión en la que se conformó el movimiento por el derecho a la Salud. "LA C.U.S ES UNA ESTAFA, LO PÚLICO ES DE TODOS".

Estuvieron presentes Daniel Godoy, coordinador del IDEP SALUD, otras autoridades del CDN, Jorge Yabrowski presidente de FESPROSA y representantes gremiales de juntas internas de Hospitales de distintos CDP (diferentes provincias) y de CTA A y regionales FESPROSA de otras provincias.

Dentro de las ponencias y resoluciones fue: impulsar una campaña de sensibilización para que la sociedad sepa como la CUS afecta su acceso a un sistema de salud gratuito, universal e integral.

El referente de FESPROSA manifestó:
"Macri no ha hecho más que tomar esta agenda de los organismos internacionales y con el dinero de las obras sociales lanzar una pretenciosa CUS que no es más que carnetizar a los pobres y limitar su acceso a la Salud como derecho."

6.1 -EL MOVIMIENTO POR EL DERECHO A LA SALUD MOVILIZÓ AL MINISTERIO

A través del intento del Gobierno Macrista de implementar la falsa cobertura Universal a partir del decreto de julio 2016 los referentes de ate nacional montaron un puesto de Salud frente al ministerio de Salud donde tomaron la presión y realizaron extracciones de sangre, entre otras prácticas.

Ante la presente iniciativa una trabajadora expresa:

"quisieron mostrar a la ciudadanía como trabajamos nosotros, con pocos insumos y poco personal, nos tenemos que comprar el material y la ropa para poder trabajar; los sueldos son bajísimo y la obra sociales, lamentables"

Ante el presente panorama el dirigente gremial de ate nacional: MarioMuñoz trabajador del h. Moyano reafirmó:

"no estamos de acuerdo con la CUS ni con las palabras lindas que usan para confundir"
"Dicen que van a implementar una CUS y es mentira, lo que van a hacer es dar certificados de pobreza para atendernos y desviar fondos del Estado para que llegue a la medicina privada", aclaró.
Asimismo muñoz denunció que:
"de Jujuy a Tierra del fuego hay precarización laboral y precariedad en la atención, a raíz de la falta de insumos y la falta de personal por el congelamiento de vacantes"

6.2-El M.D.S EN CAMARA DE DIPUTADOS, PROVINCIA DE BS AS. CONTRA LA MERCANTILIZACION DEL DERECHO A LA SALUD

La misma tuvo como el objetivo de poner en evidencia a la denominada CUS que intenta instaurar una nueva y peligrosa avanzada de los sectores del poder económico sobre un bien común, como lo es la salud pública, universal y gratuita.
La jornada puso en debate, también la necesidad de construir un gran movimiento de resistencia a esta avanzada que articule en las otras grandes luchas que no están dando los sectores populares en los distintos frentes.

"El negocio de la enfermedad por sobre el derecho a la salud no se tiene que consolidar. Por esto, hay y que construir consensos y mayorías para fortalecer el movimiento" señalo el diputado del movimiento Evita. Gustavo Di Marzio.
La llamada CUS fue creada por decreto en julio 2016 por el gobierno nacional con el visto bueno de un amplio espectro de la clase política, promovida por organismos internacionales (OMS, BM, BID, Fundación Rockefeller) y solventada por el complejo médico industrial.

Fernando Corsiglia titular de la CICOP, señaló que:

"Le decimos no a la reforma en salud que proponen desde el gobierno, ya que trae aparejado la lógica de mercado, en la estratificación de la sociedad, en el otorgamiento de un carnet de pobreza y que introduce la privatización como posibilidad cierta."
En este sentido, Corsiglia informó que:
"la reforma se asienta en las malas condiciones del servicio de salud, en el desfinanciamiento, en la fragmentación y en la pérdida de recursos humanos y económicos".
Otro de los expositores fue el referente del IDEP SALUD de Ate nacional, Daniel Godoy,
"estamos recorriendo el país en el marco de la avanzada neoliberal con respecto al sistema público de salud. La CUS es la privatización del sistema de salud, que bien en línea con una serie de reformas de este tenor que se intentan imponer como la reforma laboral.
Nos ponemos en guardia con una amalgama de organizaciones entre las cuales tenemos diferencias y debates en otros planos pero que cerramos fila contra estas reformas"[13]

7-LA REFUNDACION DE LOS SITEMAS DE SALUD:

En relación a la recuperación de los sistemas de salud podemos manifestar que la misma está en contra del modelo biomédico. Son 2 visiones confrontadas y totalmente opuestas.
-Para el autor Feo Oscar, (2020) existen aspectos centrales para una propuesta de refundación de los sistemas de salud:

1- Salud parte de sistemas de protección social integral. Nunca la salud es aislada.
2-Universalismo. Prestaciones para toda la población, sin distingos de ningún tipo.
3-carácter público y gratuito. No pagos ni copagos. Financiamiento vía impuestos.
4-integralidad de la atención. Viraje de la atención a la enfermedad, cuidado integral de la salud.
5-Amplia participación social. Humanización.

13 Cuadernillo por el movimiento en defensa de la salud. Información socio- sanitaria. información gremial. La otra gestión. Mapa de la Salud. No a la CUS. Año: 2017.

B-DESARROLLO TEMÁTICO:

1-El ESTADO

El Estado es la institución política a la que se la reconoce, dentro de un territorio determinado, la autoridad para mantener el orden y asegurar la libertad y el bienestar de las personas que viven allí.[14]

Comenzaremos el desarrollo de los ejes temáticosrealizando una reconstrucción histórica a grandes rasgos de la representación del Estado (rol) en la República Argentina en los años 1940 hasta la actualidad.

Podemos manifestar que las concepciones de la función del Estado fueron cambiando y que esté cambio se debió a las políticas de gobierno que caracterizó a cada momento de la historia en la Argentina.
En el año 1940 existió un Estado Garante, responsable y de Bienestar, luego vino la creación del Ministerio de Salud a cargo del Dr. Carrillo (1947), bajo la presidencia del gobierno de Perón.

En el transcurso de los años allá por el año 1950-60 nos agarra la dictadura militar, se inicia un proceso de descentralización estatal.
Por los años 60 y 80 el Estado comienza una política de fragmentación de los sistemas de salud.

En el periodo de los años 1980 y 2000 existieron reformas laborales que los argentinos no vamos a olvidar por el impacto negativo a la clase trabajadora. En los años 90 con la presidencia del gobierno de Carlos Menem (liberal) se desmantelaron los sistemas de salud, hubo privatizaciones, mercantilización y deshumanización, vulneración de los derechos laborales.
Después estuvo en la presidencia Néstor Kirchner, luego la precedió su esposaal gobierno Cristina Fernández (El estado en este entonces era un Estado de bienestar, un gobierno popular).En las eleccionesen donde vuelve a presentarse la Dra.

14 Dossi Marina. *Formación ética y ciudadana* 9. 1ª ed.: Santillana. Página 19. Buenos Aires. Año 2005.

Cristina Kirchner, Mauricio Macri (2015-2019) gana las elecciones.
Las políticas de gobierno que llevan adelante hacen que desaparezca el Ministerio de Salud creando la Secretaria de Salud (reducción de gastos públicos).
Esto trajo aparejado inconvenientes en diferentes sectores de la Salud del país porque se dieron de baja programas esenciales e importantes para la población más vulnerable como ser el programa: Remediar, VIH, entre otros.
En cuanto al tema del calendario de vacunación, en donde se contemplaban algunas vacunas y otras no estaban incorporadas al mismo. Esto trajo aparejado por parte del Gobierno Macristamenos presupuesto para el sector salud, educación, vivienda.
En este periodo aparecen los programas de seguros como la CUS (2016) en donde les proporcionaronun pasede identificación (carnetizar a los pobres).

Una de las críticas a la cobertura fueel Nomenclador de prestaciones iban a sufrir reducciones por parte de las provincias, las mismas eran de carácter considerables en materia de salud.

Con el retorno del gobierno de Alberto Fernández (2020), el rol del Estado vuelve a recuperar algunas premisas y cuestiones que no tenía el gobierno anterior. Vuelve el Ministerio de Salud, vuelven algunos programas como por ejemplo el calendario completo de vacunación, totalmente gratuito para todos los habitantes del territorio Argentino.

Este es el escenario que describimos en relación a los diferentes modelos de Estado y política que caracterizaron los diferentes gobiernos.
Hoy estamos atravesando la Pandemia, la misma es a nivel mundial, en Argentina comenzó alrededor del mes de marzo del año 2020, estamos atravesando la segunda ola pero con el privilegio de contar con la vacuna para el país.
En la provincia de Jujuy los trabajadores de la salud están siendo vacunados (Sputnik V) de manera progresiva.

2-SALUD

La salud es un derecho colectivo, público y social de raigambre constitucional, anclado en el artículo 42 de la Constitución Nacional que riza en lo pertinente, lo siguiente:
“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho en la relación de

consumo, a la protección de su salud, de seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de la elección y a condiciones de trato equitativo y digno.[15]

¿Qué es la salud?

Es considerada un derecho humano como muestra la Constitución Nacional Argentina en su artículo 42 o es un bien de mercado, el mismo es un tema de debate realizado en los últimos 70 años.
El debate ha tenido un desarrollo histórico, hegemónico. El concepto de la salud, nunca fue neutral expresa Martínez (2021).
El valor hegemónico siempre fue usado por las elites y clases dominantes (medicina biomédica).
En América Latina (1949) se instala a la salud como derechos humanos de todas las personas, eran universales, gratuitos, fue ligado a las políticas de libertades públicas.

3 – SISTEMAS DE SALUD

Oscar Feo (2020) define que los sistemas de salud son respuestas que construye una sociedad, para satisfacer las necesidades de salud de su población.
Están determinados por los intereses y concepciones que predominan en esa sociedad.
La evolución de los sistemas de salud en el continente se ha dado con fuerte influencia de organismos internacionales y sus intereses económicos y políticos/ filantrocapitalismo.
Actualmente hay una fuerte confrontación entre dos concepciones contradictorias de los sistemas de salud, su organización y funciones.[16]
La noción se tengo sobre los sistemas de salud se acerca a la noción de paradigma, el modelo o paradigma como manifiesta el autor: Feo O, aparecen para dar respuestas y necesidades de la población en un momento dado.

15 https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_de_la_nacion_argentina.pdf
16 Feo Oscar (2020), clase dictada en el Diploma Virtual.

Las mismas están determinadas por grupos hegemónicos de poder a nivel mundial, con gran influencia del BM, BID, F.OCKEFELLER.
Pensamiento económico neoliberal (1989: consenso de Washington), promovido por organismos financieros internacionales (Stolkiner, 2010).
El Modelo Biomédico capitalista está en debate (globalización, privatizaciones) debido a la Pandemia del covid-19 que nos atravesó de manera despiadada y cruel.
En tanto el modelo de cuidado Integral está convencido que hay que tomar las banderas para que el movimiento social y popular defienda la salud como derecho humano, universal, gratuito que apunte a trasformaciones institucionales en América Latina y el mundo.

3.1- El sistema de Salud en la Argentina está compuesta por 3 subsectores:

- público
- privado
- seguridad social[17]

En cuanto al sistema de salud que prevalece en la Argentina desde lineamientos gremiales apuntamos a reconstruir un sistema de salud unificado. Que exista un único sistema de Salud.

4- GLOBALIZACION

Los Estados se debilitan ante los poderes políticos y económicos supranacionales y actúan mas condicionados por la situación internacional. Las leyes que regulan la economía y el comercio, dictadas por el Estado, pierden fuerza frente a las nuevas leyes fijadas por organismos internacionales y a las leyes propias de la economía[18].
El mundo es uno solo, todas las transformaciones que ocurren en un país repercuten y se reflejan en todos lados, es una sola aldea mundial.

Lo que ocurre en un país repercute en otro país. Así lo expresa el autor Vicente Navarro (2020) cuando afirma:

---

17 Cuadernos para trabajadores de la salud. Fascículo 1*: La organización del sistema de salud en la Argentina*. IDEP AREA SALUD. Página 25. Año: 2013.

18 Dossi Marina. *Formación ética y ciudadana* 9. 1ª ed.: Santillana. Página 99. Buenos Aires. Año 2005

... “lo que está pasando en el sur impacta en el norte y viceversa”. [19]

En un momento dado por Pandemia no se podían conseguir algunos insumos y el E.P.P correspondiente para el personal de salud. Por ejemplo las farmacias vendían el alcohol sanitizante como si sería oro, incluso se llegaron a denunciar a farmacéuticas por tener insumos escondidos.

5- NEOLIBERALISMO Y SALUD:

Para el autor Vicente Navarro (2020) el neoliberalismo es la ideología, es un ataque frontal a la clase trabajadora que va a debilitar el mundo del trabajo.[20]

Con el gobierno de Macri (2015-2019) vivimos un Estado que tendió a ser cada vez menos cosas, que dejó a los particulares organizarse. En ese momento el rol del Estado se encargaba de la propiedad privada, del marco jurídico, era un Estado que dejaba hacer dejaba pasar.

Va a dejar a los particulares (empresarios) que se organicen, el Estado va a cumplir algunas funciones en relación a la salud, educación, seguridad y justicia pero a su vez va abrir el mercado para que empresas también tengan a cargo esas funciones pero obviamente cobrando.

El Estado se ocupa de la Salud pero en las condiciones mínimas, por ejemplo las condiciones de los Hospitales y centros de salud de toda la Argentina, los bajos sueldos de los empleados públicos, la falta de mantenimiento de los edificios, las personas que no tiene obra social no pueden pagar otro servicio y tienen que ir al Hospital.

Estas características no son de un Estado de Bienestar porque quieren tener menos funciones y obligaciones, por eso privatizan los servicios, por eso dejana los particulares organizarse, esto crea desigualdades obviamente porque van a acceder al sistema las personas que tienen dinero y los otros van a quedar en el camino o van a tener ese servicio deficiente.

6-SE CONFORMÓ EL MOVIMIENTO POR EL DERECHO A LA SALUD.

El referente de FESPROSA manifestó:

19 Módulo 5: Sistema de Salud y Sistema Social. Neoliberalismo y Salud. CLACSO .Diploma Superior. Año: 2020.

20 Módulo 5: Neoliberalismo y salud. Docentes a cargo: Feo Oscar, Basile, Marinilda Rivera Díaz, Navarro Vicente. Aportes de la medicina social latinoamericana. Año: 2020.

"Macri no ha hecho más que tomar esta agenda de los organismos internacionales y con el dinero de las obras sociales lanzar una pretenciosa CUS que no es más que carnetizar a los pobres y limitar su acceso a la Salud como derecho."[21]

Celebro estas iniciativas y propuestas que apuntan a defender los derechos de los seres humanos, gracias a este movimiento se logró frenar el avance de esta pretensiosa CUS.
Macri fiel a su política neoliberal de desguace del Estado en donde destruyo el sistema de Salud excluyendo a los menos favorecidos y favoreciendo a los grupos económicos dominantes de su gobierno.

6.1 - El movimiento por el derecho a la salud movilizó al Ministerio
Asimismo Muñoz denunció que:

"de Jujuy a Tierra del fuego hay precarización laboral y precariedad en la atención, a raíz de la falta de insumos y la falta de personal por el congelamiento de vacantes"[22]

El dirigente gremial expresó lo que viene pasando hace años en la provincia de Jujuy y en el resto de las provincias de la Argentina.

La precariedad laboral de los trabajadores, la falta de ropa de trabajo de los trabajadores de la Administración Pública, la falta de insumos, el deterioro de los hospitales y centros de salud en la provincia, la falta de inversión en cuanto las camasy colchones Nosocomio que nunca fueron cambiados, la falta de personal, la falta de capacitaciones al personal de salud, la apertura de concursos para el acceso a cargos, la planta permanente de los compañeros. Todas estas cuestiones afloradas develadas en la Pandemia.

21 Cuadernillo por el Movimiento en defensa de la Salud. Información Socio- Sanitaria. información gremial. La otra gestión. Mapa de la Salud. No a la CUS. Año: 2017.

22 ídem

6.2 - El M.D.S en cámara de diputados, provincia de BsAscontra la mercantilización del derecho a la salud.

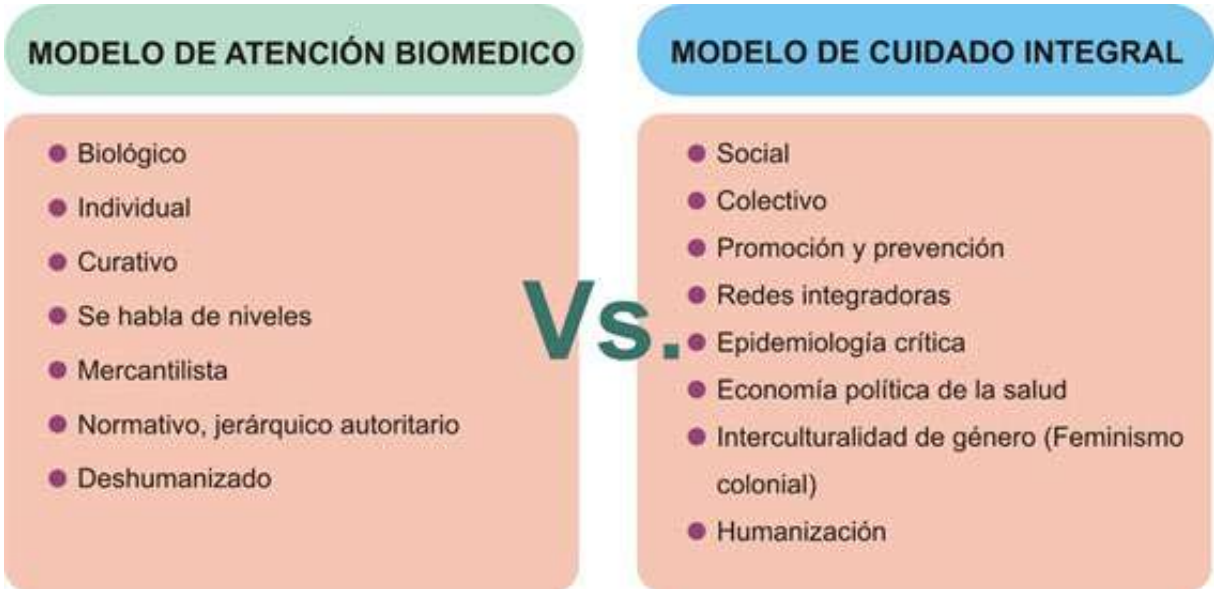
En este sentido, Corsiglia informó que:
"la reforma se asienta en las malas condiciones del servicio de salud, en el desfinanciamiento, en la fragmentación y en la pérdida de recursos humanos y económicos"[23].

Las privatizaciones de los diferentes servicios fueron moneda constante en el gobierno de Vidal, con el pensamiento que producían pérdidas y nada mejor que el sistema privado se haga cargo de los mismos. De esta manera se podía deslumbrar un sistema en crisis, fragmentado y totalmente golpeado ante políticas neoliberales que caracterizaban la gestión Macrista.

7-LA REFUNDACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD:

Para el autor Feo Oscar, (2020) existen aspectos centrales para una propuesta de refundación de los sistemas de salud por ejemplo mencionamos una de las características centrales:
Integralidad de la atención. Viraje de la atención a la enfermedad, cuidado integral de la salud.
Para el autor Marco Valencia (2020) la salud representa desde los principios filosóficos de la salud comunitaria intercultural como algo importante, es una armonía completa, con uno mismo y el todo lo que nos rodea.
La medicina actual es hegemónica y facultativa, centrada únicamente en el individuo.
En la visión comunitaria no partimos del "yo" sino del "nosotros".
La salud no se encierra únicamente en la atención hospitalaria, también tiene que ver con la vivienda, la alimentación, la productividad, el agua la energía, la comunicación, los caminos todo esto es salud.
[24]

23 ídem
24 Elaboración propia



CONCLUSIONES PRINCIPALES

En cuanto a los objetivos planteados en el ensayo considero que se han alcanzado de manera parcial.
En relación a las conclusiones generales hay cuestiones que se repiten en el cuerpo del desarrollo temático.
Considero a la Salud como un tema de debate político, filosófico, cultural y tremendamente económico.
La salud es un derecho humano, universal y gratuito.
La crisis sanitaria pone en evidencia desde la década de los 80, la mercantilización de lo público y coloca al Mercado como eje regulador de nuestras relaciones cotidianas.
La Pandemia (covid-19) ha agudizado el tema de la desigualdad y la brecha de género ante medidas insuficientes del Estado.
En Argentina los datos son de acuerdo al reporte semanal de covid-19 (20 al 26 de febrero 2021):
El total de casos desde el comienzo de la Pandemia es de 2.098.728, los decesos:

51.887 y los pacientes recuperados: 1.892.834. [25]
En la provincia de Jujuy,según el informe diario del COE organismo oficial, reporta en el día de hoy:

- Contagiados: 20.737
- Recuperados: 18. 223
- Fallecidos: 906

Los seres humanos debemos buscar nuevas formas de organización social del cuidado. Si queremos y creemos que priorizamos la vida en todas sus dimensiones.
En cuanto a la mirada de la Refundación de los Sistemas de Salud considero que apunta a un modelo holístico, ecléptico en donde se pone énfasis en la humanización de las personas.
Desde la consigna de la recuperación de los Sistemas de Salud, campaña: "volver a Carrillo"el objetivo es concretar un sistema único de Salud, con una paritaria nacional unificada en donde los trabajadores de Jujuy cobren lo mismo que un enfermero de Bs As.
Desde esa especificidad es que estudiamos la óptica SUR, plano regional y latinoamericano que apunta a la decolonializacion en todos los aspectos de nuestras matrices de aprendizaje.
El mundo es uno solo, todas las transformaciones que ocurren en un país repercuten y se reflejan en todos lados, es una sola aldea mundial.
Por eso apunto al Modelo Integral de cuidado para realizar las transformaciones que venimos esperando en esta nueva normalidad contexto Pandemia.

RECOMENDACIONES

A nivel personal el Diploma represento un gran desafío, hay cuestiones que desconocía como trabajador de la Salud y que me costó la modalidad de la virtualidad.
Tampoco domino la plataforma por lo cual esa es una cuestión que debo aprender y mejorar.

25 http:// www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicados

En cuanto a las implicancias que derivan del trabajo me esforcé muchísimo para terminarlo y no decepcionar a mis pares del CDP ATE JUJUY.
Agradezco el equipo de trabajo que integran y los felicito, ojalá algún día podamos integrar esos espacios y poder capacitar a grandes masas de trabajadores que necesitan estar preparados para el mundo del conocimiento. Gracias

REFERENCIAS:

Clase: Migraciones y Derecho a la Salud: Rivera Díaz Marinilda (en contexto globalización). Bertolt Brecht (1930).

Cuadernillo de divulgación. *Introducción a las condiciones y el medio ambiente de trabajo de las/los trabajadores del Sistema Sanitario*. Año: 2019

Cuadernillo por el Movimiento en defensa de la Salud. Información Socio- Sanitaria. Información gremial. La otra gestión. Mapa de la Salud. No a la CUS. Año: 2017.

Cuadernos para trabajadores de la Salud. Fascículo 1: *La organización del Sistema de Salud en la Argentina.* IDEPÁrea Salud. Página 9. Año: 2013.

Dossi Marina. Formación ética y ciudadana 9. 1ª ed.: Santillana. Buenos Aires. Año 2005.

Feo Oscar, clase dictada en el Diploma Virtual. Año: 2020.

Fragmento extraído nota de opinión: Dr. Daniel Godoy. Director:IDEP Salud de Ate Nacional. Año: Enero 2021.

http:// www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicados

https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_de_la_nacion_argentina.pdf

Manual de redacción de APA (6ta edición)

Módulo 5: Neoliberalismo y Salud. Docentes a cargo: Feo Oscar, Basile Gonzalo, Rivera Díaz Marinilda, Navarro Vicente. Aportes de la Medicina Social latinoamericana. Año: 2020.

Unidad 6, bases teóricas. Refundación Sistemas de Salud. Clase virtual del Diploma. Año. 2020.

20

Las Tecnologías informáticas aplicadas a la salud en contextos de Pandemia COVID-19 en José C. Paz, Provincia de Buenos Aires, 2020

| Cecilia Saux

Introducción

En América Latina y el Caribe (ALyC) la Pandemia Covid19 puso en alerta los Sistemas de Salud y sus modelos de atención, y los Estados debieron definir las mejores estrategias sanitarias para alcanzar rápidos y certeros resultados en la protección social de sus poblaciones. Argentina, en este proceso, inició su propio modelo federal de abordaje sanitario evaluando las estrategias sanitarias basadas en la evidencia clínica y en los modelos de atención más efectivos implementados por los Países del Norte global y los países del Asia.

Argentina presenta un sistema de salud que conjuga los intereses de los distintos actores que intervienen en los tres subsectores que la integran: seguridad social; público y privado. Esquema que se replica en cada una de las provincias que la integran, complejizándose localmente en base a la descentralización de competencias en salud de estos subsectores, a la puja de intereses económicos y a los valores ético-políticos que sustentan los diversos y múltiples sistemas de salud subnacionales.

En la Provincia de Buenos Aires, vive el 38,7[1] (17.541.141 personas) de la población total del país, distribuida en 135 Partidos. Está gobernada por el Frente de Todos[2], que impulsó esquemas diferentes y variados según la escala de urbanización de los territorios; la densidad poblacional; la movilidad de la ciudadanía vinculada a los procesos de la economía del mercado de trabajo formal e informal; y a la capacidad institucional instalada para la atención de la salud de los bonaerenses. Las medidas sanitarias impulsadas se basaron en la planificación estratégica situacional según la dinámica epidemiológica de la Pandemia Covid19 y la innovación de las tecnologías informáticas aplicadas al campo de la salud (TIAS).
Las nuevas tecnologías informáticas y la Telemedicina se han comenzado a implementar en marzo del 2020 en la Provincia de Buenos Aires (PBA) desde el

1 Proyecciones de población para el total del país, por sexo y grupos quinquenales de edad, basadas en los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, visto en https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-24.

2 La Provincia de Buenos Aires, es gobernada desde diciembre del 2019 por la Alianza política electoral para la gobernabilidad conformada por distintos sectores del Partido Justicialista y fuerzas sociales y políticas que integran el espacio del kirchnerismo.

Ministerio de Salud en el marco de las disposiciones nacionales de Salud Pública, en fases determinadas según el grado de desarrollo de los reportes epidemiológicos de la Pandemia Covid19 y se modulan según segmentaciones geográficas y disposiciones administrativas en cada una de las distintas localidades. Localidades que han pendulado desde un mayor o menor grado de restricciones de circulación de personas entre la Primer Fase de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) y la Tercera Fase de Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DIASPO). Tecnologías que arrojan significativos resultados que permiten sustentar las decisiones de la Política Publica de salud provincial incorporando nuevos actores en la gestión de la protección social de un modo convergente, instituyendo una nueva gubernamentalidad que potencia y transversaliza enfoques, estrategias, técnicas, recursos e intereses.

La tecnología digital en salud es la aplicación de conocimientos y habilidades organizados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida (OMS, 2007). Estas tecnologías digitales en salud se expresan en un conjunto bastante heterogéneo de dispositivos que abarcan desde Apps, líneas telefónicas, consultas por videoconferencias, chatbot, recetas electrónicas, resultados de exámenes a través de la red, entre otros. Si bien se habían empezado a implementar en el campo de la salud, la rápida propagación del SARS-COV-2 ha proporcionado la oportunidad para adoptar plenamente su uso en el diagnóstico, seguimiento, prevención, cuidado y vigilancia de la salud.

Los Centros de Telemedicina (CETEC), creados por el gobierno de la Provincia de Buenos Aires, son uno de estos dispositivos tecnológicos aplicados a la salud, por acceso telefónico de carácter gratuito para el contacto y seguimiento de personas con COVID-19, distribuidos por todo el conurbano bonaerense y que se administran con un modelo de gestión colaborativa entre los Estados Municipales y las Universidades Públicas Nacionales en un mismo territorio. Disponen de un desarrollo en línea de carga de datos para la evaluación y seguimiento sanitario de los casos sospechosos y sus contactos estrechos. Los CETEC compilan diariamente millones de datos cuantitativos sobre los usuarios bonaerenses,
El desarrollo de estas tecnologías por el gobierno provincial permite administrar, compilar y procesar datos descriptivos sobre los perfiles de los ciudadanos, de su condición y estado sanitario, e identificar situaciones de necesidades sociales y de

violencia domestica que se derivan a los equipos sociosanitarios en cada jurisdicción para rápida evaluación y desarrollo de medidas de protección social. Datos que se triangulan con la movilidad geolocalizada para facilitar la toma de decisiones de los equipos de gestión gubernamental interjurisdiccionales.

Estudiar los procesos que se despliegan a partir del desempeño articulado de estos CETECs en los territorios para el seguimiento y cuidado de las personas afectadas por la Pandemia, vislumbran potenciales modos de gestión de la protección social para todos los ciudadanos y en particular para las poblaciones más vulneradas. Los dispositivos que se combinan a partir de los CETECs, más allá de su objetivos de diseño, interpelan el modelo biomédico y dan apertura a pensar la salud incluyendo un dialogo con el contexto histórico social. Dialogo donde las propias experiencias de las clases subalternas, en su potencia creadora, cansadas de tanto disciplinamiento neoliberal a través de los procesos violentos de colonización, y aplanadas sus propias lógicas de identidad y organización territorial, oponen nuevas conceptualizaciones que se entretejen a modo de urdimbres (Lugones, 2008:9) para el autocuidado y el buen vivir en Pandemia.

Del análisis de estos nuevos dispositivos basados en tecnologías informacionales aplicadas en el campo de la salud pública desplegados en los distintos territorios, y la articulación entre la formalización de lógicas de administración gubernamental, las lógicas del sector de la Universidad y de las experiencias de los sujetos contactados, permite detectar indicios de una nueva ruptura epistemológica, que clama por la construcción de un nuevo sistema de salud para la Provincia de Buenos Aires y ofrece aportes desde los territorios para la innovación de Políticas de Protección Social.

En esta dirección, seleccionamos para el análisis uno de los primeros CETEC puesto en funcionamiento junto con la Universidad Nacional de José C. Paz en José C. Paz, localidad del 3er. cordón del Conurbano Bonaerense. El Partido de José C. Paz cuenta con una superficie de 50 km2, allí vive el 1.8 de la población urbana de la Provincia y limita con los partidos de Pilar, Moreno, San Miguel y Malvinas Argentinas. Se encuentra inserto dentro de una región de influencia caracterizada como el Noroeste del Conurbano en donde, se incluyen los municipios de Moreno, Malvinas Argentinas y San Miguel. Su población alcanza a 1.616.128 según datos del Censo 2010, lo cual corresponde al 10,3% del total de la provincia y al 16,3% de la población del Gran Buenos Aires (GBA). La Región que integra José C. Paz

se caracteriza por una alta vulnerabilidad social reflejada en algunos indicadores socioeconómicos cuyos resultados son desfavorables en relación con los promedios nacionales y de la provincia de Buenos Aires. La Tasa de Necesidades básicas insatisfechas (NBI) en la región promedia el 11,7%, mientras que en la PBA es de 8,15%. Esto implica un 43% más de población en situación de pobreza por NBI en la región sobre el total de la Provincia de Buenos Aires. El porcentaje de hogares con índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en José C. Paz llega al 12%, encabezando la lista de partidos en relación con este indicador, mientras que el promedio de NBI en AMBA (Area Metropolitana de Buenos Aires) afectaba al 4,1% de los hogares[3].

III. DESARROLLO

La Pandemia nos trajo a primer plano la discusión sobre los usos de la Epidemiología como ciencia para comprender este problema sanitario y poder actuar introduciendo las nuevas tecnologías informáticas aplicadas. Siguiendo el abordaje crítico que propone Breilh desde los años 70, la Epidemiología en tanto disciplina es un *"terreno de luchas de ideas, de disputas sobre como enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados"* (Breilh, 2013:4). Tomar decisiones en el ámbito de los sistemas sanitarios y su regulación supone una perspectiva teórica política en la que podemos encontrar las huellas y los nexos de intereses estratégicos entre los actores que intervienen regulando la situación problemática. Tienen una visión estratégica que da resultados en la gestión de la Pandemia, y que se sustenta en una mirada científica sobre la Epidemiologia que no analiza las relaciones de poder en el sistema social del capitalismo global donde se sustentan esas intervenciones sanitarias. En esas discusiones "científicas, técnicas y procedimentales" se rastrean las huellas paradigmáticas acerca de la salud y las responsabilidades sanitarias. Lógicas que se apoyan en la ciencia de la Epidemiología, pero en elementos de la Epidemiologia Clásica y su multicausalismo lineal y/o en la Epidemiologia de los Determinantes sociales de la Salud, y no consideran los aportes del análisis dialéctico para comprender los cambios en la

3 "Principales Características Sociodemográficas de la Provincia de Buenos Aires". Documento de trabajo. IESCODE 2020. UNPAZ. Buenos Aires.

Sociedad en el doble y opuesto movimiento entre los procesos de determinación individual (micro) y los de determinación social (macro).

Nos parece crucial incorporar para este trabajo la propuesta de la Epidemiología Crítica acerca de la determinación social de la salud porque permite explorar los nuevos conocimientos que se configuran dialécticamente en cada territorio con relación a la salud y no a los factores de riesgo de contraer la enfermedad COVID19. Analizarlos en los modos de vivir económicos, políticos y culturales de los sujetos sociales, en sus múltiples movimientos de reproducción social, en un espacio socio histórico político, permite captar como se va gestando esa praxis, donde los grupos, las clases y las comunidades pueden alcanzar una autonomía relativa alrededor de los procesos de acumulación del capitalismo global frente a la que podríamos considerar si allí se encuentra una génesis emancipatoria saludable, que muestra indicios de un nuevo modelo civilizatorio, implicando un nuevo metabolismo sociedad naturaleza (SN) protector y promotor de la vida (Breilh, 2013).

En el momento presente del desarrollo del capitalismo en América Latina (AL) y particularmente en Argentina, resulta interesante revisar las características centrales del Modelo Medico Hegemónico (MMH) sostenidas en la Biomedicina (BM) para analizar la institucionalidad sanitaria en materia de salud pública que se despliegan en torno a las medidas de diagnóstico, evaluación y seguimiento de la enfermedad del Covid19. La BM tiene entre una de sus principales características el constituirse en una ciencia sin considerar un dialogo con el contexto histórico social donde se inserta, y sin contemplar a los sujetos como activos de sus capacidades creadoras para el autocuidado y el buen vivir. La BM deja de lado el contexto de producción y reproducción de las fuerzas productivas, manifestándose a-históricamente como una ciencia que avanza constituyendo su saber medico como un conocimiento científico "objetivo", desconociendo su carácter ideológico, político y económico sobre el control de las poblaciones en el proceso de salud- enfermedad (Menéndez, 2004). Desde esta condición es que se piensan y accionan las prácticas curativas y de prevención donde las poblaciones son tomadas como conjuntos sociales con capacidad de controlarse, desconociendo el papel de agencia de los sujetos y la particularidad de cada territorio. La Biomedicina se consolida en el Modelo Médico hegemónico e interviene sobre el control de las poblaciones para garantizar el funcionamiento de un paradigma curativo, que se brinda como único con capacidad para el cuidado de la salud de los ciudadanos frente a la Pandemia Covid19. Es bajo

este MMH que los Gobiernos actúan, aplicando una Epidemiología Clásica/lineal y/o Funcionalista (DDSS), proponiendo una batería de acciones para controlar y mapear las condiciones de salud de los grupos poblacionales en Pandemia según los factores de riesgo, borrando/aplanando todas las realidades de los territorios donde se estarían gestando procesos críticos para la vida y la salud, indiciales de un nuevo modelo civilizatorio que podrían facilitar una nueva gubernamentalidad. Como pensar en una nueva gubernamentalidad, si Argentina integra la Región mundial de mayor desigualdad social (América Latina y el Caribe (ALyC)), donde el 10.7 de su población total vive en extrema pobreza (CEPAL, 2020). Desigualdad social que se expresa de modo diferente entre estos países y dentro de cada uno de esos países dependiendo del desarrollo histórico, económico y político de cada país y respecto a su posición dentro del sistema de producción global (Lima Parreto, 2017). Y que a pesar de los avances de la tecnología médica y el desarrollo de la biomedicina en el mundo y en Argentina, los grupos sociales más afectados por la desigualdad social en esta región no acceden a servicios de salud, están excluidos y presentan los peores resultados en salud (Rivera Díaz y Feo, apuntes de clase).

Recientemente un conjunto de estudios centrados en los riesgos de la privacidad se están llevando adelante como el del equipo de investigación dedicado a Apps y COVID-19 que está analizando algunas facetas como el mapeo de pedidos algorítmicos y curatoriales en tiendas de aplicaciones, el seguimiento de flujos de datos mediante la captura de conexiones de red, la descarga de aplicaciones para identificar a terceros y la realización de recorridos centrados en datos para considerar la mediación de la divulgación de información y el consentimiento, con el objetivo de evaluar los riesgos y los desafíos éticos que se plantean con el uso de aplicaciones COVID-19 (Dieter M y col). Otro estudio da cuenta del análisis de 50 aplicaciones relacionadas con COVID19, incluido su uso y su acceso a información de identificación personal, para garantizar que el derecho a la privacidad y las libertades civiles estén protegidos (Sharma, T y Bashir M, 2020). Algunos estudios de carácter más descriptivo de las tecnologías digitales hacen hincapié en los posibles obstáculos relacionados al diseño de las aplicaciones celulares, su usabilidad, funcionalidad, aunque sin perder de vista también las características de seguridad (Chidambaram S. y col., 2020). Es el caso de Alemania que está más enfocado en la evaluación de las tecnologías digitales en territorios concretos y que están evaluando el uso real de las aplicaciones oficiales de seguimiento de contactos (Munzert, S y col., 2020) y en el Reino Unido a partir de una encuesta de cómo las iniciativas digitales corren el riesgo de excluir a los grupos vulnerables, lo que

genera resultados de salud deficientes (Sounderajah V y col., 2020). Otro conjunto de estudios de revisión de la literatura sobre la diferentes temáticas ligadas a las tecnologías digitales en salud están ya disponibles como la revisión de Budd, J., y col. (2020) que tuvo como objetivo capturar la amplitud de las innovaciones digitales para la respuesta de salud pública al COVID-19 en todo el mundo y sus limitaciones y barreras para su implementación, incluidas las barreras legales, éticas y de privacidad, así como las barreras organizativas y laborales. También se puede mencionar la revisión de Golinelli, D. y col (2020) que describe en detalle qué soluciones digitales se pusieron en marcha a partir de una clasificación en función de necesidades específicas sanitarias como el diagnóstico, prevención, tratamiento, adherencia, estilo de vida y participación del paciente[4].

La Pandemia encontró en Argentina a su Sistema de Salud más fragmentado en su financiamiento y en su organización con paquetes mínimos de prestaciones de salud, con programas focalizados recomendados por los organismos multilaterales de crédito del Norte Global. La lógica del mercado mercantilizo el derecho a la salud y, los gobiernos de la Región de América del Sur implementaron una política de salud neoliberal sostenida en los lineamientos de la epidemiología funcionalista de los determinantes sociales de la salud según la OMS y la OPS. Se implementaron Políticas Sanitarias que validaron la apertura a la cooperación internacional y orientaron la gestión pública de salud hacia la protección de grupos vulnerados, sin realmente afectar el funcionamiento del sistema social que genera la desigualdad social y reproduce las relaciones de poder del capitalismo global (Breilh, 2011)[5].
En esta dirección el Grupo de Trabajo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), estudian como "*la geopolítica de las relaciones internacionales influyen en la agenda sanitaria y como la salud se inserta en las relaciones internacionales del actual sistema-mundo*" (Basile, 2018:8)[6]. A través de la genealogía y la deconstrucción de los procesos históricos

4 Revisión de estudios sobre las TIAS y su aplicación, elaborado en febrero 2021 por el equipo de investigación y docencia que integro de la Carrera Tecnicatura Informática aplicada a la Salud, UNPAZ, Bs. As.
5 Breilh, Capítulo de libro publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES); octubre, 2011. Fue presentado en reunión del Movimiento por la Salud de los Pueblos en Rio de Janeiro durante Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud.
6 Basile, G. Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018

estos pensadores analizan como se fueron configuraron dos corrientes: la Salud Internacional del Panamericanismo (SIP) y la Salud Internacional (SI) hoy llamada Salud Global Liberal (SGL)[7], instrumentos claves de la geopolítica internacional que particularmente desde el siglo XX[8] siguen incidiendo en la las agendas de la salud pública de los países de ALyC reproduciendo sus marcos ideológicos a través de todo tipo de acciones técnico-políticas.

La SIP con sus propuestas técnicas en los países de ALyC instala una agenda sanitaria que se sostiene por los acuerdos económicos y geopolíticos de los países centrales/desarrollados que integran el bloque de poder global. Define desde el enfoque de los procesos de salud-enfermedad cuales son estratégicos priorizar y direcciona las lógicas sanitarias locales por medio del financiamiento desde las agencias de cooperación al desarrollo (Aragón, 2006; Basile, 2018). Estos organismos y agencias, OMS, OPS, y la Fundación Rockefeller, efectivizan transferencias técnicas científicas a Organismos Públicos; Desarrollan campañas de vacunación; Apoyan y promueven el desarrollo de Servicios de Salud Pública y la formación de profesionales en el Programa de Líderes de Salud Internacional OPS. Tal es así esta configuración, que Basile señala que "*La irrupción del desarrollo como concepto estructurante de la geopolítica del poder y del conocimiento sanitario resultará primordial para comprender cómo, en el caso latinoamericano y caribeño, la relación entre salud y desarrollo tuvo gran impacto en la epidemiología de la clasificación de enfermedades; la transnacionalización de modelos de atención médica y hospitalaria; el diseño de políticas y sistemas de salud; la importación de tecnologías sanitarias; la compra y consumo de medicamentos; la economía del sector salud; la respuesta a epidemias y emergencias de salud pública, entre otras*"[9] (Basile, 2020:8).
Coincidiendo con Basile que la geopolítica del bloque de países del Norte Global en

7 Recuperamos el análisis de Birn A. que introduce críticamente el estudio de la configuración de la SI como SG, en el art. Publicado en la editorial del Rev. Panamericana de Salud Publica N 30(2), 2011, " Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina".

8 Etapa de este proceso se inicia cuando en 1948 posterior a la 2da guerra mundial, se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objetivo de regular el control sanitario y que reactiva el Reglamento Sanitario Internacional, que contiene las reglas de control de las enfermedades infecciosas, y ordena a los Estados Nación como atenderlas, buscando impactar reduciendo los efectos negativos que perjudicaban al comercio internacional de mercancías.

9 Basile, G. La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional, en: Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación, 2020. ISBN 978-84-1352-007-0.

los últimos años del Siglo XX incidió en las políticas de salud y en los modelos de atención de los sistemas sanitarios; y que aún hoy, a través de la SIP y la Escuela de Formación de Líderes "Edmundo Granda", condiciona las estrategias sanitarias de los países de ALyC en la atención de la Pandemia COVID19, resulta sumamente interesante para el caso de la Provincia de Buenos Aires de la República Argentina, analizar si estas nuevas tecnologías informáticas aplicadas a la salud, los CETEC son indicios para el hallazgo de políticas sanitarias que se resisten a los lineamientos del Panamericanismo y de la SGL y proponen un esquema propio de Salud Pública hacia la Soberanía Sanitaria.

IV. CONCLUSIONES PRINCIPALES

Para analizar si estos CETEC implementados pudieran estar inicializando el proceso de construcción de una Política sanitaria soberana en ámbitos subnacionales, recuperamos la matriz de análisis que propone Basile con sus diez ejes críticos para estudiar la configuración de las Políticas de Salud en relación a la incidencia de la SIP en los Estados de ALyC. Ejes que permiten el armado de una tipología para relevar datos de este caso, ya que nos permitiría considerar si esta Politica Sanitaria provincial se engloba en alguno de los perfiles y niveles de Estados con una Política de Salud totalmente globalizada y Estados con una Política de Salud Soberana. Los ejes son: a) Centralidad del enfoque de la perspectiva de la enfermología publica que pone el eje en las enfermedades que tienen mayor impacto sobre la salud de la población (Granda, 2000 y 2004); b) Centralidad en las enfermedades infecciosas y en control vertical basado en tesis de medicina tropical con escuelas de formación y oficinas de control y seguimiento de las enfermedades infecciosas y el control de las fronteras; c) Primacía de intereses comerciales y migratorios de los países centrales en la definición de medidas sectoriales; d) Biomedicalización de los problemas de salud, donde predominan de desarrollo de acciones sanitarias basadas en las nuevas Técnicas Biomédicas y en la cooperación médica internacional; e) Ayuda Técnica y científica (la SIP) a través de las misiones y/o expertos enviados por las relaciones de la cooperación internacional (N-S); f) Ayuda técnica y científica en capacitación y entrenamiento al personal de los organismos e instituciones de salud pública gubernamentales; g) Transferencias de recursos financieros para el desarrollo de Políticas de salud pública vía programas verticales vinculados a la expansión de sistemas de salud y de protección social basados en los parámetros del capitalismo industrial; h) Desarrollo de instrumentos de geopolítica de cooperación

desde la perspectiva Centro-Norte de corte vertical entre Estados; i) Salud como eje internacional del Modelo SIP en la Cooperación al Desarrollo (Basile, 2018:12-13).
A esta tipología deberíamos ponerla en contexto incluyendo la dimensión ético-política de los actores políticos que intervienen en el campo de la salud para estudiar por qué deciden lo que deciden cuando toman decisiones las gobernantes. Basta con estudiar la trayectoria de las alianzas políticas electorales en la Argentina y en particular en Provincia de Buenos Aires durante los primeros veinte años del SXXI. Los políticos que integran los gabinetes de gobierno administran medidas que por un lado avanzan y por el otro se contraponen y afectan directamente "el mandato constitucional de asegurar el derecho a la salud de todos los ciudadanos" (Ugalde y Homedes, 2007:2). Entre los años 2015/2019 muchas de las decisiones tomadas en el campo de las políticas sanitarias estuvieron ligadas a los intereses del complejo médico industrial, las organizaciones de profesionales de la salud y a los sindicatos de los trabajadores del sector salud. Jugadores muchas veces *"extra-sanitarios"* (Feo, 2004) que venían sumándose con intereses formateados por la geopolítica de la SGL, y que son agrupados por las instituciones internacionales que regulan el comercio internacional del Norte Global; las instituciones para la cooperación y el desarrollo (Banco Mundial; Banco Interamericano) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) convergiendo para influir en las decisiones de las reformas de los sistemas de salud (Armada, Muntaner y Navarro, 2001).

A través de las iniciativas para la reestructuración económica de los países de ALyC o de los paquetes programáticos de fortalecimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública estos organismos ingresaron al juego de la gobernanza local presionando para la biomedicalización del modelo de atención, poniendo en riesgo la salud y los derechos constitucionales de los ciudadanos, y direccionando las agendas sanitarias de los Estados con Políticas que responden al paradigma de la Salud Global neoliberal en detrimento de propuestas sanitarias con autonomía nacional y regional (Feo, 2004).

Sin embargo, proponer mayor autonomía sanitaria respecto del paradigma de la SGL, es complejo cuando los Estados de ALyC llevan siglos desde el colonialismo intentando con democracias liberales, conservadoras o populistas, reorganizar sus Estados y modificar esa lógica geopolítica. En este sentido interrogamos las medidas sanitarias que la política sanitaria de la Provincia de Buenos Aires impulsa en la gestión de medidas para la Pandemia. Por lo que estudiar estas experiencias

locales de aplicación de TIAS permitiría analizar si allí hay brechas que permiten profundizar el camino hacia Estados con mayor autonomía del NG en pos de la Soberanía Sanitaria.

Sousa Santos, nos permite analizar por qué es tan complejo el desarrollo de mayor autonomía en estos países. Y la clave está en comprender el carácter del Estado moderno capitalista (EMC) y los límites que trae aparejado. Propone analizar el despliegue de los diversos movimientos de reforma de los Estados a lo largo de la historia política del SXXI y así comprender que esos cambios sólo se pudieron o potencialmente se pudieran configurar si se producen de la mano de la refundación del Estado Moderno (Bolivia, Peru), y que en este proceso, el mayor desafío es la dificultad de concretarlo. No basta con cambiar la estructura política, institucional y organizacional de un Estado hay que sumar a este cambio las relaciones sociales, la economía con sus "articulaciones y relaciones". Siempre está en tensión lo nuevo y lo viejo y la mirada en estos procesos debe estar vinculada a observar las tramas para analizar (si). *"..... se puede transformar radicalmente una entidad cuando el objetivo último es, de hecho, mantenerla. Refundar el Estado no significa eliminarlo; presupone reconocer en el capacidades de ingeniería social que justifican la refundación. (Sousa Santos, 2010: 4).* Es también una lucha social y cultural por mayor autonomía en procura de una nueva hegemonía a través de relevar y transformar a decir de Sousa Campos esa "inconmensurabilidad" de las desigualdades presentes en nuestras comunidades, producto del carácter acumulativo de las múltiples desigualdades que están en la base de los Estados latinoamericanos y caribeños permeando toda posible emancipación y, que el enfoque del Panamericanismo y de la Salud Global neoliberal sigue desconociendo *aggiornándose* para continuar introduciendo en las reformas de los Sistemas de Salud la selectividad y la focalización con la Cobertura Universal de Salud ("CUS").

En ese escenario de construcción de nuevas hegemonías, campo de luchas sociales y políticas, el caso de la Provincia de Buenos Aires, recuperando a Sousa Campos, permite considerar si estamos frente al despliegue de un nuevo Estado con una Política de Salud Soberana. Hay aceptar que este nuevo Estado en su refundación va a tener un carácter experimental, sin orientaciones precisas y, no siempre acompañando el camino que la comunidad les delego con su participación electoral. Un Estado experimental es totalmente radical, que conlleva en sí mismo la transitoriedad, sea en sus prácticas políticas como en su cuestiones técnicas,

"suspende" la conflictividad entre los actores, construye una eficacia política instrumental para instalar a través de esta estrategia de Estado experimental un nuevo proceso constituyente con tensiones continuas entre lo constituido, el Estado Moderno Capitalista, y lo constituyente, la refundación del Estado en un Estado Experimental, que no va a poder ser transformador en todas sus medidas y que algunas serán contraproducentes. Basta ver el despliegue de los avances y retrocesos en las acciones sanitarias desplegadas interjuridisccionalmente en todos los municipios del conurbano en esta primera ola de la Pandemia. En ese proceso, el experimentalismo del gobierno de la Provincia en materia de las estrategias sanitarias se expresa de dos modos, reflexivo y no reflexivo. Si consideramos que responden al experimentalismo reflexivo debemos asumir la transitoriedad de las medidas, que las leyes tiene un periodo de validez en el corto plazo y que las instituciones creadas al fulgor de esta Pandemia son incompletas, que este proceso es abierto y se propone nuevas incorporaciones de actores e ideas para pensar la Pandemia y consolidar el nuevo Estado de carácter experimental con sus Políticas Públicas; y si analizamos que respondiesen al experimentalismo no reflexivo es porque aún conlleva prácticas políticas reiteradamente interrumpidas y contradictorias, que indudablemente la geopolítico marca fuertemente, influye a través de la participación de los actores e intereses y que la SIP y la SGL definen, influyen en las estrategias para la gestión de la Pandemia, y entonces el proceso de la refundación del Estado hacia un Estado Experimental Reflexivo queda truncado (Sousa Santos, 2010).

V. RECOMENDACIONES

La pandemia de COVID-19 ha causado una disrupción global en la sociedad y particularmente en sus sistemas de atención médica. En estos meses se ha acelerado el uso y análisis de la big data aplicada a la toma de decisiones en instituciones públicas y privadas, las universidades han creado paneles de control de salud que están recopilando datos de una gran variedad de fuentes, se aceleró la necesidad de una conectividad más rápida como el 5G, se crearon y/o mejoraron las plataformas de comunicación virtual que se utilizan con un sinfín de objetivos. Estas respuestas rápidas aprovechan miles de millones de teléfonos celulares, grandes conjuntos de datos en línea, dispositivos conectados y recursos informáticos de costo relativamente bajo.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en este ciclo de Pandemia

Covid19 impulso los nuevos dispositivos sanitarios en distintas localizaciones de la Provincia, los CETECs "experimentando reflexivamente" con tecnologías digitales aplicadas, sustentadas en nuevas estrategias y con nuevos actores en la gestión de la protección social de un modo convergente. Instituyen una nueva gubernamentalidad que potencia y transversaliza enfoques, estrategias, técnicas, recursos e intereses. Rasgos de un Estado de carácter experimental que incrementalmente busca autonomía frente a las recomendaciones de la SIP y la SGL.

Es altamente probable que convivamos durante mucho tiempo con el nuevo coronavirus enfrentando sucesivas oleadas, por lo que es necesario revisar el modelo de gestión de estas experiencias que se viene desarrollando desde los CETEC con las tecnologías digitales en salud y evaluar no solo su uso continuado a lo largo del tiempo para otro tipos de eventos de salud o en caso de brotes recurrentes del SARS-COV-2, sino si estos dispositivos están siendo útiles para proporcionar información que sustenta el diseño de políticas públicas en materia sanitaria para el gobierno de la Provincia de Buenos Aires en dirección a la discusión de los criterios que propone Basile (Basile 2018;2020;2021) y encontrar en su despliegue la plataforma necesaria hacia una política sanitaria soberana, que recupere la mirada crítica de estos procesos de metabolismo entre la S/N; y que en la identificación de casos, el rastreo de contactos, el seguimiento clínico de los pacientes, y la evaluación de intervenciones sobre la base de datos de movilidad y comunicación con la población encuentre las claves para comprender los modos de vida y articule las identidades en el armado de una Política Sanitaria Soberana, con un nuevo Sistema de Salud que refunde el modelo de atención de la salud.

Referencias bibliograficas

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, 18, 905-925.

Apuntes de clase (2020), Módulos 1 al 6, Diplomado Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, Clacso.

Basile, Gonzalo (2019). La Salud de la Integración regional: el caso de UNASUR Salud. ¿Soberanía o dependencia sanitaria? Ediciones GT Salud Internacional, Buenos Aires, Octubre 2019.

Basile, Gonzalo (2021). "Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: Apuntes

para repensar y descoloniar las Teorías y Políticas". En Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones del GT de Salud Internacional CLACSO, Enero 2021.

Basile, Gonzalo (2020). La Salud colonizada por el Desarrollo: América Latina y Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En Cap.10 de Medina, T. O., & Villamar, M. V. Libro "Pensamiento crítico latinoamericano en Desarrollo. Editorial Catarata (España) e Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid (IUDC-UCM).

Basile, Gonzalo. (2018). "Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico". En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.

Basile, Gonzalo. (2020). "Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y Caribe". Colección de los "Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano" N73, Buenos Aires.

Birn, A. E. (2011). Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. En Rev. Panam Salud Publica 30(2), 2011.

Birn, AE, Muntaner, C. y Afzal, Z. (2017). Cooperación Sur-Sur en salud: aportando teoría, política, historia y justicia social. Cadernos de saude publica, 33, e00194616.

Breilh Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

Breilh, Jaime (2011). Capítulo de libro publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana de

Xochimilco, México, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES); octubre, 2011. Fue presentado en reunión del Movimiento por la Salud de los Pueblos en Rio de Janeiro durante Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Breilh, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica) Ponencia presentada en: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia.

Budd, J., Miller, B.S., Manning, E.M. et al. (2020). Digital technologies in the public-health response to COVID-19. Nat Med 26, 1183–1192.

Champagne, F. et al. Apreciação Normativa. In: BROUSSELLE, A. et al. (Orgs.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b, p. 77-94.

Chidambaram S. y col. (2020). Observational study of UK mobile health apps for COVID-19. The Lancet, Digital Health, Vol 2: 8, E388-E390, AUGUST 01, Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589- 7500(20)30144-8/fulltext

De Sousa Santos, B. (2010). Refundación del estado en América Latina. Lima: Instituto Internacional de Derecho y Sociedad.

Dieter y col. (2020). COVID-19 App Store and Data Flow Ecologies ESRC COVID19 Rapid Response Grant. Disponible en: http://appstudies.org/2020/06/12/covid-19- app-store-and-data-flow-ecologies/ DOI: 10.2196/22280

Documento de trabajo (2020) "Principales Características Sociodemográficas de la Provincia de Buenos Aires". IESCODE. UNPAZ. Buenos Aires

Feo, Oscar. (2019). ¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? De la APS al Cuidado Integral de la Salud.

Fleury, S. (2006). Democracia, ciudadanía y políticas sociales.

Golinelli D, Boetto E, Carullo G, Nuzzolese AG, Landini MP, Fantini MP Adoption of Digital Technologies in Health Care During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review of Early Scientific Literature J Med Internet Res 2020;22(11):e22280

Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Revista Panamericana de Salud Pública, 17, 210-220.

Laurell, Asa Cristina, & Ronquillo, J. H. (2010). La segunda reforma de salud: aseguramiento y compra-venta de servicios. Salud colectiva, 6, 137-148.

Lima Barreto, Mauricio (2017). Desigualdades en Salud: una perspectiva global en Revista Ciência & Saúde Coletiva, 22(7):2097-2108.

Lorenzini, M. E. (2014). Pensando desde el Sur: Ideas, aportes y contribuciones teórico conceptuales de Helio Jaguaribe para comprender las realidades latinoamericanas.

Lugones, Maria (2008). Colonialidad y género. Tabula Rasa, (9),73-101.[fecha de Consulta 15 de Febrero de 2021]. ISSN: 1794-2489.

Menéndez, Eduardo L. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores, en Revista Salud Colectiva, La Plata, 1(1): 9-32, Enero - Abril.

Munzert, S., Selb, P., Gohdes, A. et al. (2021). Tracking and promoting the usage of a COVID19 contact tracing app. Nat Hum Behav 5, 247–255. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41562-020-01044-x
Organización Mundial de la Salud. Sexagésima Asamblea Mundial De La Salud, 2007

Proyecciones de población para el total del país, por sexo y grupos quinquenales de edad, basadas en los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, visto en https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-24

Quijano, A. (1999). Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. Dispositio, 24(51), 137-148.

Sanahuja, J. A. (2009). Del "regionalismo abierto" al regionalismo post-liberal. Crisis y cambio en la integración regional en América Latina y el Caribe.

Santos, Boaventura. D. S. (2011). Introducción: las epistemologías del Sur in CIDOB (org.), Formas-Otras. Saber, nombrar, narrar, hacer. Barcelona: CIDOB Ediciones.

Sharma, T y Bashir M (2020) Use of apps in the covid-19 response and the loss of privacy protection. Nature Medicine volume 26, pages1165–1167. Disponible en: http://appstudies.org/2020/06/12/covid-19-app-store-and-data-flow-ecologies/

Sounderajah V, Clarke J, Yalamanchili S et al. (2020) Bridging the Digital Divide: A National Survey Assessing Public Readiness for Digital Health Strategies Against COVID-19 within the United Kingdom. Research Square. DOI: 10.21203/rs.3.rs78605/v1

Tejada de Rivero, D. A. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30, 283-287.

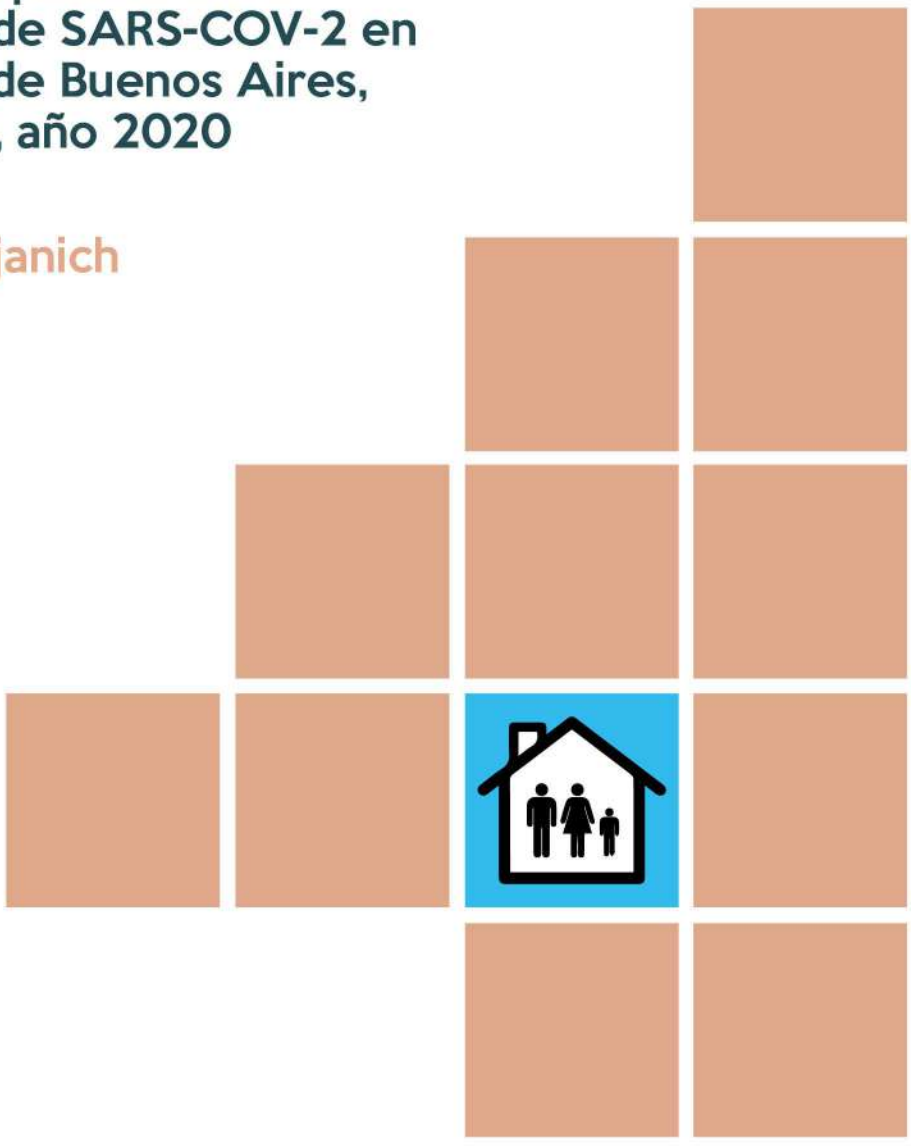
Ugalde, A., & Homedes, N. (2007). América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. Salud colectiva, 3, 33-48.

Ugalde, A., & Jackson, J. T. (1998). Las políticas de salud del Banco Mundial y documento de Invertir en Salud: una revisión crítica. Cuad Méd Soc (Santiago), 73, 45-60.

21

La política pública en la epidemia de SARS-COV-2 en provincia de Buenos Aires, Argentina, año 2020

| Laura Bojanich



Introducción

En el presente trabajo se realizará un análisis exploratorio-descriptivo, acerca de la política pública en la epidemia de SARS-CoV-2, en provincia de Buenos Aires (Argentina), en el año 2020, centrado en el enfoque de salud pública, rol del Estado y su vinculación con la sociedad. Teniendo en cuenta lo anterior, nos preguntamos ¿Qué características tiene la política pública en la epidemia de SARS-COV-2 en provincia de Buenos Aires (Argentina) de acuerdo a enfoque de salud pública, rol del estado y su relación con la sociedad?. En este sentido nos planteamos entonces como objetivo general: Analizar la política pública llevada a cabo en provincia de Buenos Aires, en epidemia de SARS-COV-2 durante 2020 de acuerdo a enfoque de salud pública, rol del estado y su relación con la sociedad. Teniendo en cuenta dicho objetivo, formulamos cuatro objetivos específicos: a) Explorar las características de normativa nacional (decretos y ley) referida a Emergencia Sanitaria por pandemia mundial de SARS-COV-2; b) Explorar las características de normativa de provincia de Buenos Aires (resoluciones) referida a epidemia de SARS-COV-2; c) Caracterizar la relación entre la política pública sobre salud pública del Estado provincial y el sector privado d) Caracterizar la relación entre Estado y Sociedad, teniendo en cuenta lo planteado a nivel provincial en Comité de Crisis y situación en Conurbano Bonaerense.

Justificación:

La política pública implica principios de acción normativos emitidos desde el estado, las cuales poseen una determinada intensionalidad y direccionalidad. En este sentido, de acuerdo al tema de investigación, observar sus características en función del enfoque de salud pública y la relación entre Estado y Sociedad resulta vital en tanto los posibles efectos y consecuencias de dichas políticas en la población que corresponden a un determinado territorio. En el marco de la existencia de un Estado Capitalista, la consideración de los distintos niveles, (internacional, nacional y provincial) que se articulan, en el marco de la Emergencia Sanitaria, por SARS-COV-2, implica explorar y analizar la política pública llevada a cabo en provincia de Buenos Aires (Argentina) en su complejidad.

Reelevancia:

El tema de investigación resulta relevante, en tanto responde a la historia reciente, y en función de que este estudio pueda resultar un aporte para analizar y repensar políticas públicas existentes, en función de construír salud colectiva.

Marco normativo nacional por Emergencia Sanitaria por SARS-COV-2: algunos puntos de partida

Para poder analizar la política pública en provincia de Buenos Aires, en epidemia de SARS-COV-2, es preciso en primer lugar explorar las características de marcos normativos nacionales, que constituyen puntos de partida fundamentales.
Ahora bien, para hacer referencia al caso argentino, en primer lugar es preciso mencionar la Ley 25.541 de emergencia pública en materia sanitaria y tomar como referencia los primeros decretos aprobados en el mes de marzo 2020. ¿Qué observamos en los mismos? Al respecto, resulta interesante mencionar lo dispuesto en el Decreto 260 del 12 de marzo 2020, un día después de la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En primer lugar, se resalta como "zonas afectadas" países de la Unión Europea, Estados Unidos, Japón, China, Corea e Irán. Respecto a lo mencionado, consideramos pertinente preguntarnos: ¿qué relación existe entre la declaración de pandemia y los países que pertenecen a dichas "zonas afectadas"?.

Al respecto, resulta inevitable explorar la historia mundial reciente en tanto momentos de declaración de pandemia, o bien sobre problemáticas de salud que suscitaron "interés internacional" o de respuesta inmediata de la OMS. En relación a esta cuestión observamos, de acuerdo a los estudios de Basile (2020) por ejemplo en 2014 la problemática del ébola en África fue comprendida como un problema que fue olvidado y específicamente africano y no como una cuestión que constituya una amenaza internacional, lo cual, por causa del desfinanciamiento de la oficina regional de la OMS, se produjo una lenta respuesta de la misma (Basile, 2020). Por tanto, de acuerdo al autor no resulta descabellado corroborar que la actuación internacional respecto a situación sanitaria del SARS-COV-2 en cuanto a políticas de seguridad sanitaria a nivel global hayan sido pensadas y diseñadas para defender los intereses de Estados occidentales que corresponden al llamado Norte

Global (Basile, 2020). De ahí nuestro énfasis en las "zonas afectadas", las cuales se encuentran estados de la Unión Europea, Estados Unidos y es preciso mencionar también Japón. Respecto a esto último, resulta interesante mencionar, que en el decreto en cuestión se explicita el cambio de denominación y conformación de la "Unidad de Coordinación General del Plan Integral de Pandemia de Influenza" por la "Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional". En este sentido entonces nos preguntamos: ¿qué es lo que se considera de importancia internacional? ¿Por qué algo se considera importante y otra cuestión no? ¿Qué y quiénes inciden en la configuración de la agenda de salud internacional? Estos interrogantes, entendemos refieren a lo mencionado más arriba, lo cual implica a nuestro entender la incidencia de la posición geopolítica de los países a nivel mundial, que dividen un Norte-global, de un Sur- global, en un sistema-mundo desigual en que el sistema económico se integra a nivel mundial pero de raíz polarizada (Wallerstein, 1979. Citado por Martínez Martín, 2011: 217).

Ahora bien, la presencia de Estados Unidos y Europa en lo anteriormente expuesto, resulta relevante si consideramos, de acuerdo a nuestra hipótesis de trabajo, la influencia del "Panamericanismo Sanitario" (Basile, 2020), que se encuentra detrás de la fundamentación de sus postulados.¿Cómo podemos observar esta cuestión en lo establecido en la normativa nacional sobre emergencia sanitaria por SARS-COV-2?

En relación a esta cuestión, en primer lugar consideramos relevante mencionar que en el decreto 260 observamos la mención de la disposición de la actuación conjunta de "Ministerios de Seguridad, del Interior, de Defensa y de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto" en la emergencia sanitaria en articulación con el Ministerio de Salud que constituye la autoridad sanitaria principal en tanto medidas, recomendaciones y aplicación de las mismas. ¿Qué relación tendría lo anterior con la "defensa de los intereses de países del centro"?. Al respecto, interpretamos e hipotetizamos por ejemplo que la vinculación entre la salud y el comercio internacional, en tanto Argentina responde a un país que no pertenece al centro o Norte Global, los vínculos comerciales establecidos con Europa y Estados Unidos tiende a favorecer mayormente a estos últimos, lo cual va en línea con los presupuestos del Panamericanismo Sanitario.

También, la articulación con Defensa y Seguridad entendemos marca la relación entre "seguridad y salud". De allí, la centralidad en buscar "casos sospechosos" y la "sanción penal" como medida establecida ante el incumplimiento del aislamiento obligatorio y a su vez la disposición que establece que el Ministerio de Defensa ponga a disposición unidades habitacionales que tenga disponibles para quienes deban estar aislados.

A su vez, vinculado a lo anterior, en decreto 297/20, se considera central el "tratamiento antiviral efectivo" y "vacunas", por lo cual si no se cuenta con estos elementos resulta preciso el "distanciamiento y aislamiento social obligatorio". Respecto a todo lo anteriormente expuesto, intepretamos se vincula estrechamente a una concepción tradicional epidemiológica que de acuerdo a los estudios de Breilh (2003) se centra en la "vigilancia convencional" con foco en la "enfermedad" del individuo y en la "evidencia científica", con un sentido empirista (Basile, 2020) , es decir con evidencia en la realidad palpable. Se trata entonces de detectar casos de manera individualizada, como se menciona en el decreto 260/20. Respecto a lo anterior, resulta pertinente entonces mencionar el dispositivo "Detectar" (Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino) que comprende, en primer lugar, a "una búsqueda casa por casa de los contactos estrechos de casos confirmados y de todas las personas con síntomas compatibles con COVID-19". Se trata de "establecer estrategias especiales para el abordaje territorial en los Barrios Populares o en áreas definidas donde se detecta o estima un incremento en el número de casos" (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Si nos remontamos a los "antecedentes históricos del Panamericanismo Sanitario" de acuerdo a estudios de Basile (2020), lo anterior respondería al modelo de organización médica y política bajo un plan de cuarentena (aislamiento) referido al "esquema de la peste" en el que no se aplica un agrupamiento e internación fuera de la ciudad o de áreas urbanas sino el análisis detallado y minucioso de la ciudad y al registro permanente de casos, luego aislarlos y por ende individualizarlos y vigilarlos, y así poder verificar su estado de salud. Todo lo anteriormente mencionado, entendemos es acorde y coherente con lo establecido en el decreto 297/20 que cita en uno de sus puntos que "el campo de acción de la policía de salubridad es muy amplio (...) en especial la lucha contra las enfermedades de todo tipo, a cuyo efecto se imponen mayormente deberes preventivos , para impedir la aparición y difusión de las enfermedades, por ejemplo aislamiento o cuarentena". En este sentido, en-

tendemos refiere a lo que se denomina Policía Médica, que de acuerdo a los estudios de Basile (2020) implica llevar a cabo un nuevo órden urbano en el cual, entendemos a partir de la lucha contra las enfermededades, se pretende eliminar la degradación física y también moral del ciudadano para que sea un individuo sano y disciplinado (Basile, 2020).Es interesante destacar que en el mencionado decreto se menciona: "que las medidas que se establecen en el presente decreto resultan imprescindibles, razonables y proporcionadas con relación a la amenaza y al riesgo sanitario que enfrentamos". En este sentido, interpretamos e hipotetizamos , considerando especialmente la afirmación en el decreto de medidas "razonables", refiere, de acuerdo a los estudios de O'Donnell (1978) a la pretensión de racional un tanto superior por parte del Estado Nacional en este caso, y de sus instituciones como objetivación de la realidad de éste y se exponen las medidas como las únicas posibles. En concordancia con los estudios del autor, dicho Estado refiere a un Estado Capitalista, y en este sentido, resulta relevante mencionar lo referido al artículo 42 de la Constitución Nacional mencionado en el decreto 287/20. En este sentido, resulta interesante destacar el punto en que se menciona "Que el gobierno nacional debe garantizar el acceso sin restricciones a los bienes básicos, especialmente aquellos tendientes a la protección de la salud individual y colectiva", que, si bien tendría una intensionalidad a favor si se quiere del bien común, nos llama la atención de que en el decreto se menciona el artículo 42 de la Constitución Nacional, que entendemos se vincula a lo anteriormente expuesto, en las cuestiones referidas a "la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados y al control de los monopolios naturales y legales", y que "los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos". Al respecto, interpretamos e hipotetizamos la existencia de la relación entre salud y consumo, que de acuerdo a los estudios de Iriart y Merthy (2017), el consumidor puede ejercer poder a partir de ese acto de compra, diferente a la concepción de usuario/ciudadano en que el poder se ejerce a través de la salud como derecho social. Por tanto, pacientes/usuarios se transforman en clientes/consumidores informados de la oferta de servicios, etc y de esta forma pueden tomar decisiones racionales en términos de costo y beneficio, en un mercado de la salud. También, observamos que en el decreto 260/20 se menciona, entre las facultades de la autoridad sanitaria, "efectuar la adquisición directa de bienes, servicios o equipamiento que sean necesarios para atender la emergencia en base a evidencia científica y análisis de información estratégica sin sujeción al régimen de contrataciones de la administración nacion-

al". Al respecto, nos preguntamos, ¿a qué refiere a sin sujeción de contrataciones de la administración nacional? ¿Implica la vinculación entre lo público y lo privado? ¿Qué tipo de vinculación? Entendemos e hipotetizamos, de acuerdo a los estudios de Fleury (2001) que en la "emergencia sanitaria" desde el Estado Nacional está implícita la idea de que el Estado debe confiar (¿o confiar más?) en socios privados para hacer el trabajo público para proveer ya sea un servicio, bien o equipamiento necesario para la población.

La Política Pública en epidemia de SARS COVID en la provincia de Buenos Aires: Normativa (resoluciones)

Si tomamos en cuenta las resoluciones elaboradas en este contexto actual, y otros marcos normativos vigentes, podemos observar, e hipotetizar que desde el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, el enfoque de salud pública y su vinculación con lo internacional, tiene características de salud internacional Panamericana. Si vemos por ejemplo la resolución 393 de 9 de marzo 2020, se explicita: que en la Ley (provincial) N° 15.164 la vigilancia epidemiológica implica monitorear brotes y contribuir al conocimiento de las enfermedades, complicaciones y secuelas de las mismas, con la finalidad de respaldar medidas de prevención, asistencia y rehabilitación en sus diversas manifestaciones. Respecto a lo anteriormente mencionado, se focaliza en la enfermedad respecto a los problemas poblacionales de salud y el Reglamento Sanitario Internacional, en este caso promovido por la Organización Mundial de la Salud, entendemos es el horizonte, cuyo " ideario del control sanitario promueve un conjunto de reglas para controlar las enfermedades infecciosas buscando disminuir la afectación al comercio y las migraciones de mercancías" (Basile, 2020).

La centralidad de la Organización Mundial de la Salud y el Reglamento Internacional Sanitario, se observa por ejemplo en la resolución 394/2020 cuando se expresa: "que la rápida propagación a nivel mundial del nuevo Coronavirus (COVID-19) ha motivado la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en el marco del Reglamento Sanitario Internacional".A su vez, se focaliza en el indivíduo en lo que refiere a la salud y de alguna manera se apela a la responsabilidad individual , es decir si una persona no puede cumplir, la responsabilidad es del individuo y por ende se lo castiga. Al respecto, podemos ilustrarlo con lo que se menciona en el

Decreto-Ley 8841/77 aún vigente que fuera elaborado en período de la última dictadura militar argentina. En dicho decreto se menciona: " las penas de multa por infracción a las leyes y reglamentaciones provinciales sobre seguridad, salubridad o higiene cuya fiscalización le compete al Ministerio de Bienestar Social, se regirán por la presente ley".Se manifiesta de acuerdo a nuestra interpretación la idea de "biomedicalización" donde la salud aparece como un mandato moral que internaliza la vigilancia, el autocontrol, y la transformación personal, como así también se regula a través de la reconstrucción del discurso hegemónico en el campo sanitario, al que se presenta como la nueva verdad científica (Iriart y Merhy, 2017). En este sentido, de acuerdo a Breilh (2003) el monitoreo no es participativo desde lo comunitario sino que el mismo está centrado en "factores de salud" entendemos cuando en lo anterior se menciona "conocimiento de enfermedades, sus complicaciones y secuelas". Este monitoreo, a nuestro entender de acuerdo a Basile (2020) refiere a una perspectiva (neo)higienista, verticalista donde la racionalidad empírica y legal que se construye desde los aparatos , organismos del Estado separa a éste de la ciudadanía o de la sociedad, donde vigilar y castigar se justifica para cuidar. Esto entendemos e hipotetizamos, de acuerdo a los estudios de O'Donnell, (1978), que emplica una relación de dominación entre el Estado y la sociedad que se presenta asimétrica, y que a través del control de ciertos recursos por parte del primero, resulta factible lograr el ajuste de los comportamientos e incluso de las abstenciones del dominado a la voluntad del dominante, en este caso a través del "control de los medios de coerción física" (O'Donnell, 1978: 3).

La focalización en la salud como algo individual que se conjuga con la "sospecha, a partir de detectar "casos sospechosos", podemos observarlo por ejemplo en Resolución 476/2020.Por otro lado, observamos a nuestro entender una perspectiva de tipo evolutivo, referida a la necesidad de atravesar "fases" , como se explicita en los informes por fase expuestos en página web del Ministerio de Salud y en el documento sobre "recomendación del comité de crisis respecto al cambio de fase de cuarentena" para afrontar la situación sanitaria actual. De alguna forma es exportado conocimiento técnico occidental, de países específicos considerados "desarrollados" o del centro acorde con la perspectiva de Salud Internacional Panamericana (Basile, 2018), que a nuestro entender son elaborados en contextos determinados por lo cual son parte de formas de pensar, sentir y de actuar determinados. Desde esta perspectiva, de alguna forma se trata de copiar o de tener como espejo las experiencias que tienen o han tenido esos países.

Ahora bien, resulta pertinente indagar acerca de las resoluciones emitidas por el Ministerio de Seguridad, de acuerdo a lo mencionado en el primer apartado, en que visualizamos en uno de los decretos la mención de la actividad del Ministerio de Salud junto a otros ministerios, en el que, hipotetizamos implica una articulación directa. En ese sentido, a nivel provincia de Buenos Aires, observamos que el Ministerio de Seguridad de dicha provincia emitió algunas resoluciones, pero en ninguna de ellas entendemos aparece explícitamente la vinculación directa entre salud y seguridad, por ejemplo alguna mención de algún "operativo" que implicara control y vigilancia. Pero lo que sí aparece en la Resolución 217/2020 de dicho ministerio es la excepción al aislamiento social, preventivo y obligatorio de personal del ministerio " que desempeñen actividades administrativas de apoyo a las fuerzas de seguridad de la provincia de Buenos Aires", en tanto todos son considerados trabajadores esenciales. Si bien la vinculación entre salud y seguridad aparece de manera implícita, se infiere, de acuerdo a la normativa mencionada más arriba, que el rol de las fuerzas de seguridad puede vincularse por ejemplo al Decreto-Ley 8841/77 y a la sanción penal mencionada en el primer apartado.

Por otro lado, si tomamos en cuenta lo explicitado en el primer apartado en que la salud también aparece vinculada a intereses económicos, podemos decir en primer lugar, que el comercio internacional llevado a cabo desde Argentina se vincula especialmente a exportación de productos agroindustriales. En este sentido, consideramos apropiado, observar resoluciones emitidas por el Ministerio de Desarrollo Agrario de la provincia de Buenos Aires, teniendo en cuenta que dicha provincia es un actor muy importante en la provisión de estos productos. Al respecto, podemos decir que no encontramos referencias directas a la protección de la exportación de estos productos por ejemplo, pero sí podemos decir alguna referencia indirecta: por ejemplo en la resolución 69/2020 se aprueba "protocolo para transporte de la cadena agroalimentaria y operaciones vinculadas a la logística de carga, descarga y distribución", que fue emitido el 5 de mayo 2020.

La Política Pública sobre salud pública en provincia de Buenos Aires y su vinculación con el sector privado

En tanto Estado capitalista, de acuerdo a los decretos nacionales, en que se cita la necesidad de que la autoridad sanitaria prescinda de las formas de contrataciones llevadas a cabo por el Estado, en lo que refiere al Estado de la provincia de Bue-

nos Aires, entendemos e hipotetizamos habilita a otras formas de contrataciones o de adquisición de bienes y servicios necesarios para llevar a cabo política pública sanitaria. Por tanto, resulta relevante indagar en las normativas, aquellas referidas a autorizaciones de licitaciones privadas, para la provisión de diferentes insumos específicos para epidemia de SARS-CoV-2 para instituciones públicas como son el Instituto Biológico Tomás Perón, dependiente de Subsecretaría de Planificación y Contralor Sanitario, que se encuentra dentro del Ministerio de Salud de provincia de Buenos Aires, algunos hospitales públicos sobre todo interzonales.

En este sentido, en primer lugar llama la atención la cantidad de licitaciones privadas mencionadas en el compendio normativo (2020) ya que las mismas implican que sólo participan aquella/s empresa/s que se invita y por ende no es un concurso abierto público. Esta situación, a nuestro entender e interpretación, es acorde a que la Ley Nacional de Promoción de la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas e Insumos Médicos , aún es de implementación débil en el país (Basile et.al, 2019). Entonces nos preguntamos ¿Qué criterio/s se tienen en cuenta al momento de las invitaciones para licitaciones privadas?. Por lo pronto, podemos decir de acuerdo a nuestra interpretación que las empresas beneficiarias de tales licitaciones como Wiener Laboratorios S.A.I.C, WM Argentina S.A, responden a una lógica de mercado de la salud donde se apela a los estándares internacionales (Wiener Laboratorios SAIC, 2020), y a importación y comercialización (WM Argentina S.a, 2020) ligados entendemos a países del centro o del Norte. Aquí entendemos se expresa de manera explícita la primacía de intereses comerciales de países centrales, en línea con la perspectiva de Salud Internacional Panamericana (Basile, 2018 y 2020). Al respecto observamos también que lo que refiere a vinculación con países de Latinoamérica responde también a una lógica de mercado, por ejemplo cuando empresa Wiener Laboratorios S.A.I.C menciona que se constituye en una “compañía lider en Latinoamérica con distribuidores en toda la región y empresas asociadas en Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú, Uruguay, República Dominicana y Venezuela”. Lo expuesto, obviamente resulta contrario a la propuesta de Cooperación Internacional Sur Sur, donde, si bien se manifiesta en la práctica de manera imperfecta, sus bases radican en “un entramado de relaciones y de intercambio cooperativo y complementario con objetivos de desarrollo entre actores del Sur” (Ojeda y Etchart Muñoz, 2019).

Es pertinente resaltar, que la compañia mencionada, cuenta actualmente con empresa asociada en la Unión Europea. Además, si bien la empresa en Argentina tiene Planta Industrial, y desarrolla sus lineas de productos en su mayoría a través de investigadores, técnicos de su centro de investigación, muchos de dichos productos los han desarrollado en forma conjunta con "centros de renombre internacional". Aquí hipotetizamos se reafirma la idea de ayuda técnica y científica con la dinámica de expertos de dichos centros de renombre internacional, provenientes de países industrializados centrales, acorde con el Panamericanismo Sanitario. Además, entendemos e hipotetizamos que estos procesos responden a que la globalización se ha profundizado, y al respecto, de acuerdo a lo anteriormente mencionado, el Norte socioeconómico se fue instalando en el Sur geográfico. En este sentido las élites y las clases medias en el Sur defienden proyectos parecidos y sinérgicos a los de las élites y clases medias en el Norte confundiendose y aliándose con ellas (Llistar, 2003. Citado por Llistar, 2009).

¿Estado relación sociedad o Estado vs Sociedad?. Comité de Crisis y algunas apreciaciones sobre el Conurbano Bonaerense

Para referirnos específicamente a algunas cuestiones que implican la relación entre Estado y Sociedad, consideramos apropiado considerar algunas observaciones respecto a las sesiones del Comité de Crisis Central coordinado por Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires , y algunas observaciones respecto a informes llevados a cabo por el Instituto del Conurbano. En primer lugar nos preguntamos ¿que refiere un comité de crisis?, ¿qué implicacias tiene esta cuestión en el rol del Estado y su vinculación con la sociedad? Teniendo en cuenta los estudios de O'Donnell (1978), una "crisis" en principio, de acuerdo al autor, podemos definirla así porque algo aparece políticamente como ruptura del orden; "algo por alguna razón es percibido , como que anda mal, y que alguna institución estatal se encarga de solucionar" (O'Donnell , 1978: 15-16), -en este caso el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires-, en contraposición a la "normalidad". Ahora bien, ¿cómo está conformado dicho comité de crisis? ¿Qué cuestiones son enunciadas y deliberadas allí? Al respecto, referido al Comité de Crisis Central, promovido desde el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, observamos que está conformado por representantes de dicho ministerio y por representantes de sindicatos de trabajadoras/es de la salud de la provincia, que de acuerdo a los estudios

de O'Donnell (1978) interpretamos responderían a mediaciones que conforman identidades que se ubican en lo público, "como parte de los fundamentos y referentes colectivos del Estado" (O'Donnell , 1978: 22).

Ahora bien, las cuestiones enunciadas y deliberadas en dicho comité (en sesiones de mayo y junio que fueron encontradas en página oficial del ministerio), observamos refieren por un lado, a las "condiciones laborales de los/as trabajadores/as de la salud", con los componentes específicos de situación sanitaria actual. Las mismas refieren a reclamos y acuerdos respecto a provisión de materiales e insumos en hospitales, sobre solicitudes de licencias a trabajadores/es por pertenecer a grupos de riesgo y por tener que cumplir aislamiento preventivo y obligatorio, subsanar descuentos en sueldos de trabajadores/as por haber tenido que cumplir aislamiento preventivo y obligatorio, capacitaciones en lugares de trabajo sobre normativa vigente, reclamos por régimen de ART (administración de riesgos del trabajo), etc. Por otro lado, observamos que aparecen elementos que legitiman marcos conceptuales de la salud pública emitidos desde los decretos nacionales referido a instalación de cuarentena. Al respecto, lo observamos por ejemplo cuando se solicita que desde el comité se realice un comunicado por "flexibilización de cuarentena", y la necesidad de mejorar el plazo de testeos por PCR y realizar test diagnósticos a trabajadoreas/es de la salud, incluido asintomáticas/os. A su vez, en esto último aparecen vinculados salud y seguridad, en tanto la necesidad de buscar "casos sospechosos" en las/os trabajadoras/es de la salud al interior de los hospitales. También, se menciona en una de las sesiones, buscar "casos sospechosos", en los conformados "Comités Mixtos de Salud y Seguridad".Resulta interesante mencionar lo referido a las recomendaciones del Comité de Crisis Central, respecto a la conformación de comité de crisis en los municipios de provincia de Buenos Aires. ¿Por qué lo consideramos así? porque propone un Comité de Crisis Sanitario que sea integrado por equipo especializado compuesto por todos los actores de la gestión sanitaria y para ello considera que la interdisciplinariedad e intersectorialidad son fortalezas para los aportes en las decisiones finales tomadas por la autoridad máxima del comité. En este sentido, propone integrar en las reuniones a representantes de servicios locales sobre derechos de niños/as y adolescentes, educación y justicia.

Ahora bien, sin embargo, la intersectorialidad, no implica que se lleven a cabo instancias por ejemplo de participación comunitaria. Al respecto, consideramos, desde el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires lo comunitario aparece

disociado de la gestión y no se lo convoca a participar en la realización de las políticas públicas en este contexto. Al respecto, la cuestión comunitaria, en la página oficial del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (Ministerio de Salud, 2020), aparece sólo como "acción comunitaria" donde se difunden algunos datos de contacto para la comunidad referidos a salud mental, la Administración Nacional de Seguridad Social, obra social PAMI (para personas mayores), linea de atención telefónica para situaciones de violencia de género, etc.Si bien lo anterior entendemos es información útil para la comunidad, está supeditado a la voluntad individual, y a nuestro entender lo comunitario en tanto colectivo activo queda invisivilizado. Esto lo podemos observar en lo que refiere a lo epidemiológico, donde se enfatiza el "número" , y por ende lo cuantitativo, y no se expresan informaciones de tipo cualitativas, en una suerte de oposición entre ambas, y no en una búsqueda de combinaciones, composiciones o complejos entre las mencionadas metodologías (De Almeida Filho, 2007). Tal es así que en la parte de página web de Ministerio de Salud de provincia de Buenos Aires donde se coloca información sobre "situación del Coronavirus en la provincia de Buenos Aires" (Ministerio de Salud, 2020), aparecen "números" referidos a "confirmados", "recuperados", "fallecidos", "internados", "cuidados intensivos".

De acuerdo a nuestra interpretación, no aparecen entonces informaciones referidas por ejemplo a, ¿de qué partes del territorio urbano de la provincia de Buenos Aires provienen esos números? ¿qué hay detrás del número?, ¿Qué incidencia tienen las condiciones sociales de la población en la situación sanitaria actual?. Es decir, considerar la "determinación social de la salud", que de acuerdo a la perspectiva de la Epidemiología Crítica, (Breilh, 2010) considera a la salud humana y los ecosistemas como elementos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinado; es decir que poseen una historicidad y se manifiestan en relación a los procesos sociales. Por tanto, la salud urbana entonces se manifiesta en un espacio social urbano, que de acuerdo a la perspectiva de la geografía crítica que toma el autor, como las de Lefevbre (1976), se presenta dialéctico y contradictorio, contrario a nuestro entender al enfoque de salud pública del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, que estaría más orientado a la noción de "lugar" de tipo empírico y racional. De acuerdo a lo expuesto, es importante resaltar que el espacio urbano donde se aplica este enfoque de salud pública, es desigual; por lo cual, de acuerdo a Basile (2020), la instalación de una cuarentena obligatoria, lavado de manos, distanciamiento social que apelan a cambios de comportamien-

tos individuales pretenden vender una tranquilidad y seguridad con características falaces en comunidades desiguales, inequitativas y excluyentes (Guereña, 2012; citado por Basile, 2020).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, resulta pertinente preguntarnos: ¿Hay algún indicio desde la política pública desde el Ministerio de Salud, que haga referencia a esa desigualdad? Observamos al respecto, que lo anterior, aparece mencionada hipotetizamos en tanto "vulnerabilidad social". Es decir, por ejemplo una mención a la población vulnerable la visualizamos en la "recomendación del comité de crisis respecto al cambio de fase de cuarentena", donde se explicita: "en función de resguardar a la población más vulnerable, es necesario limitar la ocupación de camas de terapia intensiva y respiradores para los pacientes COVID-19 positivos, considerando el aumento de la demanda hospitalaria que podría provocar la prevalencia de otras infecciones respiratorias en esta estación". Ahora bien, mencionar que existe vulnerabilidad social ¿hace visible y explícita la existencia de desigualdad? Al respecto, hipotetizamos que no la hace visible, ya que entendemos e interpretamos, que si bien por parte del Estado provincial , - y en este caso a través de política pública elaboradada desde el Ministerio de Salud-, hipotetizamos no se ingnore la evidencia de las desigualdades, las niega en todo caso como si fueran contradicciones (O'Donnell , 1978).

En relación a lo anteriormente expuesto resulta pertinente mencionar algunas cuestiones sobre el rol de las fuerzas de seguridad en barrios populares del conurbano bonaerense, -donde residen familias en situación de "vulnerabilidad" teniendo en cuenta la ya mencionada en otro apartado sobre vinculación entre salud y seguridad. Al respecto, de acuerdo a informes de Instituto de Conurbano (2021), podemos mencionar los reclamos que en distrito de Quilmes se produjeron a raíz del "vallado del barrio Villa Azul". En este sentido, cabe preguntarnos ¿por qué un vallado?. Hipotetizamos e interpretamos que se vincula a los lineamientos del operativo "Detectar", que explícitamente, como fue mencionado en el primer apartado, está dirigido a "barrios populares", dejando de manera vaga la presencia de otros barrios de clase media, o media-alta. Es decir, observamos que esta situación ilustra de forma clara cierta focalización en la política pública, y en este sentido hipotetizamos, que detrás se encuentra la perspectiva de higienizar, sanear zonas, territorios, en los que viven personas en situación de pobreza o vulnerabilidad, como si la enfermedad fuera exclusivamente de estos barrios.

Estas cuestiones, referidas a "detectar" casos, a su relación con la "seguridad", entendemos e interpretamos, se entrecruzan con situaciones de "hostigamiento" por parte de fuerzas de seguridad, "amenazas", situaciones de "gatillo fácil", "allanamientos violentos sin orden judicial", que dieron origen a diferentes reclamos por parte de vecinos, familiares y organizaciones de los barrios (ICO, 2021). A nuestro entender estas cuestiones denotan, de acuerdo a los estudios de O'Donnell (1978), "la articulación desigual y contraditoria de la sociedad en clases sociales", (O'Donnell, 1978: 4). donde la clase social es el gran diferenciador en terminos de acceso a recursos e incluso de posibilidades de ser escuchado, de influir ideológicamente, etc. Por último, resulta pertinente señalar que, a nuestro entender, la vinculación entre salud y seguridad, entendemos que de alguna forma aparece legitimada en resúmen ejecutivo de informe de Instituto del Conurbano (2021), cuando se menciona que en la coordinación de actores al interior de cada distrito "las fuerzas de seguridad (...) ocuparon un rol preponderante en articulación con otras áreas estratégicas (...) principalmente salud (....), brindando apoyo logístico y aportando recursos, y velando por el cumplimiento de las medidas de aislamiento" (ICO, 2021: 15).

Conclusiones

De acuerdo a todo lo expuesto en este trabajo, podemos establecer las siguientes conclusiones:

-Teniendo en cuenta lo expresado en los decretos nacionales, con acuerdo de los ministerios, la pandemia de SARS-COV-2 constituye una "cuestión de Estado", la cual implica un asunto de "seguridad hacia adentro" y de "seguridad respecto a las fronteras". De allí la relación entre salud y seguridad, y la correspondiente articulación directa entre Ministerio de Salud de la Nación con Ministerio de Seguridad y Ministerio de Defensa. Esto se combina, en el atravesamiento del Panamericanismo Sanitario, con una tendencia a la centralidad de países del Norte Global en la configuración de la agenda internacional en salud que podemos decir se traduce a nivel nacional en la conformación de la "Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional", y que entendemos también detrás se encuentra la preservación de los intereses económicos de dichos países.

-En la política pública (resoluciones) de la provincia de Buenos Aires se observan características que van en línea con estos puntos de partida, en lo referido a la relación entre salud y seguridad (seguridad hacia adentro) que replica la búsqueda de "casos sospechosos" de manera individualizada , la vigilancia epidemiológica convencional, y el atravesamiento del Panamericanismo Sanitario en los procesos de biomedicalización.

-En lo referente a la vinculación entre la política pública sobre salud en provincia de Buenos Aires y el sector privado, se encuentra atravesado por el Panamericanismo Sanitario en relación a la convocatoria de laboratorios privados para la provisión de insumos, que se encuentran vinculados en sus procesos de producción e investigación con otros "centros de renombre internacional " lo cual da cuenta de la necesidad de acudir a la ayuda técnica y científica de estos centros cuyos expertos son provenientes de países centrales. Ahora bien, resulta interesante mencionar que la convocatoria a dichos laboratorios privados, se llevaron a cabo a través de "licitaciones privadas", en donde se convoca a un solo laboratorio, dejando de lado la "libre competencia", acorde con la suspensión de contrataciones específicas llevadas a cabo por las entidades públicas. Estas cuestiones entendemos, son acordes a lo planteado a nivel nacional, en tanto "efectuar la adquisición directa de bienes, servicios o equipamiento que sean necesarios para atender la emergencia en base a evidencia científica y análisis de información estratégica".

-En relación a todo lo anterior, en la vinculación entre Estado y Sociedad, en lo referente el Comité de Crisis Central, está conformado por representantes de colectivos de trabajadores/as de la salud, los cuales plantean diversas demandas en relación a condiciones laborales, pero se observa legitimación de enfoque de salud pública promovido desde el Estado Nacional y Estado provincial en vinculación a búsqueda de "casos sospechosos", "aislamiento preventivo y obligatorio". A su vez, de manera concreta podemos observar en provincia de Buenos Aires a partir de algunas consideraciones sobre el Conurbano Bonaerense, cómo la búsqueda de "casos sospechosos" no solo implica llevarlo a cabo de manera individualizada sino también a la tendencia a ser de forma "focalizada", de acuerdo a los lineamientos nacionales del "Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus" (Detectar).Esto refiere a la mención explícita de "barrios populares" en Detectar pero a otras zonas de manera no explícita y vaga, y que se traducen por ejemplo en "vallado" de un barrio. Todo esto aparece combinado con la conflictiva relación entre salud y seguridad, que trae aparejado situaciones de violencia por parte de las fuerzas de

seguridad en los barrios populares. Estas cuestiones se relacionan con la consideración de la "vulnerabilidad" o "población vulnerable" promovida desde normativa del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires que entedemos reconoce situaciones de desigualdad pero las niega en tanto responden a contradicciones. De allí entendemos la legitimación de la diferenciación en tanto clases sociales. Lo comunitario aparece disociado de las problemáticas de salud, no se lo convoca a la participación, sino solo la difusión de algunas informaciones, por lo cual, entedemos desde el Estado sólo se espera "acatamiento" a la norma. No obstante, la intersectorialidad propuesta desde el Comité de Crisis Central para la conformación de comités de crisis a nivel municipal, deja abierto a pensar alternativas de apertura a la participación comunitaria, aunque primero entendemos lo intersectorial debería ser institucionalizado y tener una acción vinculante en el cual se amplíe la posibilidad de propuestas, marcos conceptuales, etc. En este sentido, por ejemplo, en relación a participación comunitaria nos preguntamos, ¿pueden ser las mesas territoriales donde participan referentes de desarrollo social, educación, recreación, cultura, etc instancias desde donde se pueda plantear una lectura territorial, que acerque lo comunitario a la gestión pública en pos de construír política pública con un enfoque integral de salud colectiva? ¿Qué aportes podrián realizar?

En vinculación al rol de investigadores de ciencias sociales, y de acuerdo a lo observado en informes de Instituto del Conurbano ¿Es posible comenzar a plantear nuevas preguntas de investigación desde una lectura territorial previa que considere los saberes y conocimientos comunitarios y que constituya un punto de partida para pensar política pública?

En relación al rol del Estado, ¿Cómo podrían rescatarte otras trayectorias sobre política pública en salud que discutan con el modelo médico hegemónico, por ejemplo las trayectorias de la Medicina Social en Argentina? ¿Cómo podría ser resignificado?

Bibliografía

Basile, G. (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018. Leer: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf

Basile, G; Peidro, R; Rodríguez, E. Angriman, A. (2019). "Caracterización del Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero en siglo XXI: concentración de mercado, fusiones nacional-multinacional y su impacto en el acceso a medicamentos y en las fuentes de trabajo del Sector" . Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO, Abril, 2019. Leer: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20191219033726/Estudio-1-OMySC.pdf

Basile, Gonzalo. (2020). La Salud colonizada por el Desarrollo: América Latina y Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En Cap.10 de Medina, T. O., & Villamar, M. V. Libro "Pensamiento crítico latinoamericano en Desarrollo. Editorial Catarata(España) e Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid(IUDC-UCM). Leer: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20200804040601/la-salud-colonizada-por-el-desarrollo.pdf

Basile, G. (2020). La triada del higienismo público, cuarentenas y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética del panamericanismo sanitario. En Biblioteca Editorial CLACSO, Junio, 2020. Leer: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20200529070501/Neohigienismo-y-cuarentenas-verticales.pdf

Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. Ciência & Saúde Coletiva, 8, 937-951. Leer: https://www.scielosp.org/article/csc/2003.v8n4/937-951/es/

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud colectiva, 6, 83-101. Leer: https://www.scielosp.org/article/scol/2010.v6n1/83-101/

De Almeida Filho, N. (2007). Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. Salud Colectiva, 3(3), 229-233. Leer: https://www.scielosp.org/article/scol/2007.v3n3/229-233/es/

Fleury, Sonia. (2001). Reforma del estado. Revista de Administração Pública, 35(5),7-48. Leer: http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6403/4988

Instituto del Conurbano (2020). Prevención y monitoreo del COVID 19 en municipios del Conurbano Bonaerense desde una perspectiva multidimensional. Segunda etapa. Resumen ejecutivo. Universidad de General Sarmiento, diciembre 2020. Leer: https://www.ungs.edu.ar/wp-content/up-

loads/2020/09/Informe-COVID19-UNGS-Dic-2020-01-resumen-ejecutivo.pdf

Instituto del Conurbano (2020). Prevención y motinoreo del coronavirus en municipios del Conurbano Bonaerense. Habitar el conurbano: Problemas, conflictos y estrategias en contexto de pandemia. Universidad de General Sarmiento, diciembre 2020. Leer: https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/09/Informe-COVID19-UNGS-Dic-2020-02-condiciones-de-vida-1.pdf

Iriart, C., & Merhy, E. E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 21, 1005-1016. Leer: https://www.scielosp.org/article/icse/2017.v21n63/1005-1016/

Lefebvre, H. (1976). Espacio y política; el derecho a la ciudad, II (No. 04; HT153, L4.).

Llistar, D. (2009). Anticooperación: Interferencias Norte-Sur. Los problemas del Sur Global no se resuelven con más ayuda internacional.

Martín, A. F. M. (2011). Reflexiones en torno al sistema mundo de Immanuel Wallerstein. Revista Historia y memoria, 2, 211-220. Ver: https://www.redalyc.org/pdf/3251/325127478010.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2020). Portal Coronavirus. Situación del Coronavirus en la Provincia de Buenos Aires. Leer: https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2020). Portal Coronavirus: normativa. Leer: https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/es/normativa

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2020). Comité de Crisis Central. Leer : https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/organismos

O'Donnell, G. (1978). Apuntes para una teoría del Estado. Revista mexicana de sociología, 1157-1199.

Ojeda, T. y Echart Muñoz, A. (2019). La cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe balance de una década (2008-2018). CLACSO, 2019. ** Ver: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190905075044/Cooperacion_SURSUR.pdf

Wiener Laboratorios SAIC https://www.wiener-lab.com.ar/ES/SitePages/HomePortal.aspx?pais=Argentina

WM Argentina S.A http://wmargentina.com/empresa-2/

22

Aportes desde la ecología política para la refundación de los sistemas de salud

| Gabriel Keppl

Introducción

Dentro del sistema mundo actual, se ha configurado una relación de poder asimétrica colonial que coloca a los países del sur global en una situación de subordinación respecto a los países del norte. En las últimas décadas, la emergencia de Brasil y China como potencias ha generado un aumento en las necesidades de materias primas (granos, hidrocarburos, litio, etc). Esto condujo a que los países de América Latina adopten una matriz extractivista para sus economías, impulsado por una asociación entre empresas transnacionales y gobiernos.

Los procesos extractivistas buscan extraer la mayor cantidad de materias primas en el menor tiempo posible, en una lógica contraria a los ciclos de la vida y la naturaleza. Para ello emplea tecnologías que tienen un fuerte impacto negativo sobre el ambiente y sobre la salud humana. Esta situación condujo a una profunda crisis socioambiental y sanitaria.

Frente a estas crisis, los sistemas de salud de la región, debilitados por los ciclos de reformas neoliberales, cuyo funcionamiento permanece fuertemente condicionado por el modelo médico hegemónico y la salud pública funcionalista, han demostrado sus limitaciones para acompañar a las comunidades y aún, para incorporar en sus lógicas las cuestiones socioambientales.

Mientras tanto, desde los márgenes del sistema mundo actual se han configurado propuestas, saberes, y modelos que proponen otras formas de sociedades a partir de las experiencias de los sujetos postergados de la modernidad: les campesines, las comunidades originarias, las mujeres.

El objetivo del presente ensayo es revisar algunos de los aportes que surgen del campo de la ecología política para la refundación de los sistemas de salud en sistemas de cuidado.

El Sistema mundo

Wallerstein plantea el concepto de sistema mundo a partir de una crítica a los presupuestos desarrollistas, ya que no resultaba posible comprender la realidad social al considerar como unidad de análisis los Estado-nación. Se hacía necesario

la comprensión de un sistema social, y no es posible pensar un sistema social que no abarque la compleja red de relaciones del mundo globalizado: por lo tanto, todo sistema social es necesariamente un sistema-mundo (Martínez Martín, 2011).

El sistema mundo descripto por Wallerstein, ha estado dominado en los últimos doscientos años por una ideología liberal. Tomando a los Estados-nación como su unidad de análisis, la ideología liberal se basa en la idea de progreso, en la que el mundo se mueve teleológicamente hacia un mayor progreso de la mano de la ciencia y la tecnología; y en la ideología desarrollista, donde cada país es considerado autónomo de los demás y atraviesa una serie de estadios en una línea ascendente, que implica distintos fines de acuerdo a las teorías políticas de izquierda o de derecha (Grosfoguel, 2006).

El actual sistema mundo se inaugura, según Wallerstein, hacia fines del siglo XV con la expansión colonial europea. A partir de ese momento se establece una división internacional de trabajo que hace posible el surgimiento de la actual economía mundo capitalista. Sobre la base de estas premisas, se ha configurado una geopolítica de países capitalista-centrales, que concentran la capacidad técnico-científico-económica y países periféricos-subdesarrollados. Se establece entre ellos una relación jerárquica de poder, bajo una lógica colonial que se actualiza periódicamente en ciclos de expansión y retracción.

El Extractivismo en el sistema mundo actual

En las últimas décadas, la emergencia de países como Brasil y China como nuevas potencias generó un aumento en la demanda de materias primas. Ante esta situación, los países del sur global se convierten en los territorios a partir de los cuales se van a extraer hidrocarburos, metales, y productos agroindustriales a través de la implementación de nuevas tecnologías, con un potencial contaminante y destructivo nunca antes visto.

El extractivismo es entonces, un proceso de acumulación por despojo, con apropiación de recursos naturales a alta intensidad, que principalmente se exportan con ningún o casi ningún procesamiento industrial (Gudynas, 2017). Los emprendimientos que se instalan son capital-intensivos y están en manos de empresas transnacionales, aunque existen casos de participación de los gobiernos

locales. Otra de las características de este modelo es la escasa o nula participación democrática, con un fuerte autoritarismo ejercido por los gobiernos o los sectores privados, que se refleja en la multiplicación de conflictos por la tierra.

Para comprender la imposición del modelo extractivista en América Latina, Svampa y Viale analizan la transición del Consenso de Washington al Consenso de los Commodities. Señalan que entre los dos existen ciertas líneas de continuidad: se mantienen las condiciones normativo-jurídicas que garantizan a las empresas seguridad jurídica y una alta rentabilidad; el rol periférico y subordinado de los países de América Latina respecto a los países capitalistas centrales (a pesar de los discursos de soberanía sostenidos por los gobiernos progresistas); y finalmente, la visión productivista del desarrollo que privilegia la relación del capital con el trabajo, y pretende ignorar las reivindicaciones de movimientos sociales y ambientales en defensa de los territorios.

Sin embargo, también es posible identificar líneas de ruptura entre uno y otro. Mientras el consenso de Washington desplazaba a los Estados a una función de reguladores, con poca autonomía en la toma de decisiones, el Consenso de los Commodities admite mayor flexibilidad en el rol del Estado. Es así que la matriz extractivista puede insertarse tanto en países con gobiernos progresistas (como los casos de Bolivia, Argentina, Ecuador) como en aquellos de corte neoliberal (Perú, México, Colombia) (Svampa & Viale, Maldesarrollo, 2014).

Numeroses autores/as han documentado los importantes impactos negativos que los proyectos extractivistas han generado sobre la salud socio-ambiental. Principalmente, los impactos del modelo agroindustrial con la incorporación de transgénicos, fertilizantes químicos y agrotóxicos (Verzeñassi, 2019) (Rossi, 2018) (Souza Casadinho, 2019); la megaminería a cielo abierto (Solíz, Lo que la mina se llevó, 2016); y las nuevas técnicas de fractura hidráulica empleadas en la extracción de hidrocarburos (Concerned Health Professionals of NY; PSR, 2020).

De esta forma, el modelo extractivista configura verdaderas zonas de sacrificio (Svampa & Viale, Maldesarrollo, 2014), en las que es imposible que coexistan otros proyectos de desarrollo económico o subsistencia, con comunidades que padecen diversas enfermedades (cáncer, malformaciones, abortos, etc...), o que son desplazadas de sus territorios convirtiéndose en refugiados ambientales.

Los sistemas de salud frente al extractivismo

Los sistemas de salud en Amércia Latina y el Caribe se han visto profundamente afectados por las oleadas de reformas al Estado impuestos por organismos internacionales en las últimas décadas. En primer lugar el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, a través del ya mencionado Consenso de Washington, introdujeron políticas neoliberales que se basaron en disminuir el gasto público y crear condiciones favorables para las empresas privadas en salud, con la idea de que fomentar la competencia mejoraría la oferta de servicios. Estas modificaciones llevaron al colapso a sistemas de salud que ya presentaban vulnerabilidades, y no se observaron mejoras ni en la situación económica de los Estados, ni en sus indicadores de salud (Ugalde & Homedes, 2007).

A partir del fracaso de las reformas introducidas en las décadas del 80 y 90, se planteó una segunda reforma en el sector salud, que esta vez sí recupera al Estado como garante de derechos sociales, pero solo para garantizar la cohesión social y la gobernabilidad, y permitir así al sector privado un mercado más rentable (Laurell & Herrera Ronquillo, 2010). Esta vez, son la Cobertura Universal de Salud y la Nueva Salud Pública las iniciativas que se pretenden imponer, impulsadas por la OMS y la Fundación Rockefeller como principales actores.

Es importante considerar que los sistemas de salud en América Latina y el Caribe se construyeron bajo los paradigmas del modelo médico hegemónico y la Salud pública funcionalista, que Granda denomina “Enfermología pública”. El primero es un modelo que se caracteriza por su reduccionismo biológico, su a-historicidad y su concepción individualista de los procesos salud enfermedad (Menéndez, 2005). Mientras tanto, la enfermología pública se ocupa de trabajar sobre la sociedad para evitar que los cuerpos enfermen. Su punto de partida es por lo tanto, la enfermedad y la muerte; su enfoque es eminentemente positivista; y su intervención es llevada a cabo desde el Estado, al que reconoce como fuerza privilegiada para prevenir la enfermedad en el cuerpo social (Granda, 2000).

No es de extrañar que estos sistemas de salud, positivistas, dependientes de la órbita estatal, verticalistas, y eminentemente asistencialistas, pero además fragilizados por las sucesivas reformas, se limitaran en el mejor de los casos a brindar atención a los crecientes casos de patologías que presentaban los sujetos

que vieron afectada su salud y su modo de vida por la imposición de los modelos extractivistas.

Esto se refleja en los numerosos casos de comunidades organizadas para frenar o erradicar emprendimientos extractivistas, y que denuncian al mismo tiempo la inacción o complicidad de los servicios de salud locales frente al incremento en la frecuencia de enfermedades relacionadas a la contaminación ambiental.
Jaime Breilh denuncia los límites de la epidemiología clásica y el paradigma del riesgo:

"Con este tipo de herramientas no es comprensible un orden social que mercantiliza la naturaleza, ni el rico movimiento dialéctico que se da entre lo natural-biológico y lo social, pues el molde estático y rígido de la ecología empírico funcional reproduce la cosmovisión positivista, que separa al sujeto de un mundo de objetos que lo rodean, y convierte las relaciones sociedad-naturaleza y social-biológico en meras externalidades entre factores" (Breilh, La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), 2013)

Frente a este panorama, resulta indispensable pensar una refundación de los sistemas de salud, desde una Salud Internacional Sur Sur, que incorpore las bases del pensamiento de la medicina social y salud colectiva, junto con la propuesta de las epistemologías del Sur, y el feminismo decolonial (Basile, La Salud colonizada por el Desarrollo: América Latina y Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional., 2020) con el horizonte de la soberanía sanitaria, entendida esta como "la capacidad de un país o alianzas de países, para proveerse con cierta autonomía los conocimientos, saberes, sistemas, tecnologías e insumos necesarios, para satisfacer las necesidades de salud de la población garantizando su derecho a la salud" (Feo Istúriz, 2020).

En este proceso, deben estar presentes los aportes de la ecología política, ya que permiten comprender y construir alternativas sustentables en la intersección entre producción y salud-enfermedad-atención.

La ecología política

Martínez Alier (2004) señala tres grandes corrientes dentro del ecologismo, que pueden diferenciarse en función de sus orígenes, modelos de análisis y propuestas de intervenciones.

En primer lugar, el **Ecologismo conservacionista** parte de la concepción de considerar al ser humano como una entidad distinta del resto de la naturaleza y cuyas acciones van a generar en esta, impactos negativos. Por lo tanto, sus intervenciones apuntan a limitar el daño que el accionar de los seres humanos puedan generar sobre los entornos naturales. Un clásico ejemplo de este tipo de intervenciones puede verse en la creación de áreas protegidas y reservas ecológicas, donde se mantienen áreas naturales libres de la acción humana.

En esta concepción, se valoriza a la naturaleza pura, intocada, pero siempre en función de un beneficio para la vida humana. Entre estos, se puede mencionar: su valor para estudios científicos; sus valores estéticos; e incluso, la capacidad de extraer de ella futuros recursos (Martínez Alier, 2004).
Las limitaciones de esta corriente resultan evidentes: no cuestiona los modelos de sociedad que originan las crisis ambientales, y por lo tanto, no es capaz de generar propuestas transformadoras.

Una segunda corriente, el **Ecologismo ecoeficientista** propone una visión mercantilista de la naturaleza. En su discurso, promociona los mecanismos de desarrollo limpio, las tecnologías de eficiencia energética y, la tecnología social y ambientalmente responsables (Solíz, ¿Por qué un Ecologismo Popular de la Basura?, 2017). Al referirse a la naturaleza se emplean términos que reflejan su lógica economicista, como “recursos naturales”, “servicios ambientales” y “capital natural”.

Sus intervenciones van en línea con el modelo de desarrollo hegemónico. Las respuestas que brinda a las problemáticas ambientales están basadas en nuevos desarrollos tecno-científicos. De esta manera, no solo no se discute el modelo de sociedad y las relaciones de poder dentro del sistema mundo, si no que esas desigualdades se profundizan cada vez más.

Las tecnologías propuestas para superar las consecuencias generadas por el cambio climático constituyen un claro ejemplo del accionar de esta corriente de ecologismo. A pesar de reconocer que los cambios en las temperaturas medias globales están relacionadas con la actividad industrial y el modelo de producción y consumo imperante, las propuestas del sector empresarial no contemplan la posibilidad de transformar esos modelos. Antes bien, se proponen nuevas tecnologías con grandes márgenes de incertidumbre respecto a sus posibles impactos socio-ambientales, para que el sector industrial siga funcionando sin interrupciones. Un ejemplo se encuentra en la intervención sobre la atmósfera terrestre a partir de técnicas de geoingeniería (Klein, 2015).

A diferencia de las anteriores, el **Ecologismo popular o ecología política** nace desde abajo, de las comunidades en resistencia que experimentan en sus territorios la deuda ecológica generada por la economía mundo extractivista (Goebel Mc Dermott, 2010). Se trata, por lo tanto, de un movimiento que presenta un carácter local y contextualizado, puesto que se construye a partir del avance del capital sobre las posibilidades materiales concretas de sobrevivencia de las comunidades. Pero además de una disputa material concreta, entran en disputa proyectos históricos, cosmovisiones. La ecología política de plantea desde un paradigma biocéntrico, que comprende a los seres humanos como parte de la naturaleza, y nutrido de las tradiciones indígenas y campesinas, reconoce la posibilidad y la necesidad de un metabolismo sociedad naturaleza sustentable. Al identificar a los modelos societales y las relaciones de poder como los determinantes de las crisis ambientales-civilizatorias, su accionar es profundamente transformador. En la ecología política se encuentran y funden aportes de nuevas disciplinas: la economía ecológica, el derecho ambiental, la sociología política, la entropología de las relaciones cultura-naturaleza, la ética política (Leff, La ecología política en América Latina. Un campo en construcción, 2006).

Dentro de esta corriente es posible ubicar a los movimientos ecofeministas del sur, que plantean que el orden patriarcal ha ejercido una explotación análoga entre la naturaleza y las mujeres, a través de la instauración de relaciones socioeconómicas específicas de las sociedades industriales. Según esta línea de pensamiento, la posibilidad de transformar las sociedades y evitar así la crisis ecológica radica en desmantelar el orden social patriarcal y revalorizar el trabajo reproductivo. En palabras de Leff: “La ecología política enlaza así el orden de la naturaleza, el

lenguaje, la cultura y el género como agentes conjugados en la construcción de las relaciones cultura-naturaleza" (Leff, Ecofeminismo: el género del ambiente, 2012).

	Ecologismo conservacionista	Ecologismo ecoeficientista	Ecologismo popular
Paradigma	Antropocentrista	Antropocentrista mercantilista	Biocentrista
Intervenciones	Conservación de áreas naturales	Basadas en desarrollo tecnocientifico	Recuperación de las relaciones de poder
Potencial transformador	No contempla las relaciones de poder	Profundiza las relaciones de poder existente	Transformación de las relaciones de poder

A continuación, se presentan y analizan una serie de aportes provenientes del campo de la ecología política que permitan incorporar la intersección entre ambiente y salud a la refundación de los sistemas de salud.

Repensar la definición de salud. La propuesta del Sumak Kawsay

En 1948 la OMS adopta la definición de salud que sería determinante en las décadas siguientes para las políticas públicas: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Esta definición ha sido objeto de numerosas críticas y objeciones que señalan su reduccionismo, su carácter medicalizante, utópico, y normalizante. Podemos leer también los términos que esta definición no enuncia. Para los fines de este trabajo, se señalan dos grandes ausencias: la salud como derecho humano, y la relación de la salud humana y la salud ambiental.

En su enunciado de "bienestar físico, mental y social" se delimitan las tres esferas en las que se desenvuelve la salud humana: la esfera corporal, la esfera mental, y

la esfera de la vida social. Este pensamiento se sustenta en una lógica claramente antropocentrista. No hay lugar allí para la cuestión ambiental. El hombre y la naturaleza corresponden a órdenes distintos, que no se relacionan ni se influyen mutuamente.

En años más recientes, la OMS ha promovido una definición con pretensión de mayor integralidad entre la vida humana y otras formas de vida, la denominada Una Salud. Las esferas de trabajo que se proponen en este enfoque son: la inocuidad de alimentos, el control de zoonosis, y la lucha contra la resistencia a los antibióticos (OMS, 2017).

Este enfoque, con pretensiones de integralidad, se enmarca en la corriente de la ecología ecoeficientista: la preocupación central pasa por preservar la salud humana frente a la amenaza que representan los microorganismos y los animales. Persiste la conceptualización de la naturaleza y la vida humana como dos espacios separados, claramente definidos. Las relaciones entre uno y otro importan solo en la medida en que pueden representar amenazas para el desarrollo humano: la naturaleza es algo externo y amenazante, que hay que dominar. Los encargados de llevar a cabo este trabajo de protección son los equipos profesionales de distintas áreas a través de intervenciones tecno-científicas en coordinación con el sector sanitario de cada Estado, o cooperación de diferentes Estados.

En los contextos actuales, en que los procesos extractivistas se han constituido como uno de los principales procesos de determinación de los procesos salud enfermedad cuidado, es necesario una redefinición del objeto salud que refleje su complejidad y recupere aquellos aspectos que han sido dejado de lado por la medicina hegemónica.

Como señala Breilh, “la salud es un objeto polisémico en tanto objeto real, objeto pensado (de modo intersubjetivo) y campo de praxis” (Breilh, La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), 2013). Por lo tanto, reflexionar y buscar nuevas definiciones implica al mismo tiempo abrir nuevas posibilidades teóricas y materiales para problematizar la realidad e intervenir sobre ella.

En América Latina y el Caribe el concepto del Sumak Kawsay, perteneciente a las cosmovisiones indígenas de la región andina puede brindarnos algunas pautas para

repensar la relación entre las sociedades, la naturaleza y la salud. Este concepto ha sobrevivido en la memoria histórica de las comunidades, luego de la persecución y avasallamiento sufridos con la conquista europea. En los últimos años, fue retomado como perspectiva ética civilizatoria para enfrentar las políticas neoliberales y el concepto de desarrollo propuesto por el sistema mundo capitalista.

El concepto de Sumak Kawsay "hace referencia a la consecución de una vida plena, un vivir bien; pero, para que esto sea posible, la vida de la naturaleza y de la sociedad deben regirse bajo el principio de la armonía y el equilibrio: *en armonía con los ciclos de la Madre Tierra,... de la vida y de la historia, y en equilibrio con toda forma de existencia*. Esto involucra la dimensión social, cultural, económica, ambiental, epistemológica, política, como un todo interrelacionado e interdependiente, donde cada uno de sus elementos depende de los otros; la vida humana no puede pervivir sin la naturaleza. Por eso, dentro del Sumak Kawsay subyace el concepto de Pachamama, que hace referencia al universo, como la madre que da y organiza la vida. Por lo tanto, garantizar el Buen Vivir de la sociedad implica considerar a la naturaleza como "sujeto" (Simbaña, 2011).

El enfoque del Sumak Kawsay ha sido incorporado en los marcos jurídico-normativos de países como el Estado Plurinacional de Bolivia y Ecuador, que reconocen a la Madre Tierra como sujeto de Derechos. Sin embargo, algunos autores señalan que la adopción del Sumak Kawsay por parte del aparato estatal han operado en un vaciamiento del concepto y lo han puesto al servicio de un discurso idealizado pero funcional a los objetivos desarrollistas (Arteaga-Cruz, 2017).

Otro ejemplo de cómo se incorpora el Sumak Kawsay en los marcos jurídico-normativos estatales lo constituye la sentencia T-622 de la Corte Constitucional de Colombia en el 2016, que reconoce al río Atrato (Chocó) como sujeto de derechos y garantiza así su protección y conservación. Entre los argumentos del fallo se vislumbra un nuevo enfoque jurídico: el de los derechos bioculturales (Svampa & Viale, Conceptos, horizontes y narrativas relacionales, 2020).

En lo que respecta al campo de la salud, el Sumak Kawsay presenta varios giros en relación a la definición de 1948 de la OMS y a la más reciente de Una Salud. En primer lugar, se centra en un sujeto colectivo y establece valores y principios que deben guiar la vida en sociedad y en relación a la naturaleza. En segundo lugar, la

naturaleza y los ciclos naturales son el eje en torno al que deben estructurarse los procesos de la reproducción social y económica. La vida humana pasa a constituirse como un elemento más en interacción con las demás formas de existencia. El sujeto de la modernidad, el hombre blanco europeo, se diluye entre todas las formas de ser humano, y entre todas las formas de vida que habitan el planeta. Finalmente, los campos de acción que se derivan de esta definición, involucran la participación de toda la sociedad y las transformaciones de las formas actuales de producción y consumo.

Para los sistemas de salud actuales, pensados y organizados desde la "enfermología pública", el Sumak Kawsay representa una invitación a desplazar su objeto de estudio clásico: la enfermedad. La refundación de los sistemas de salud en sistemas de cuidado, implica correr el centro de la enfermedad y la muerte para ocuparse de la salud y la vida. Así, deberán asegurarse todas aquellas condiciones individuales y colectivas, que permitan un buen vivir, en la comprensión de que la vida humana no puede pensarse por fuera de la salud de la naturaleza, a quien se le reconoce un valor en sí mismo.

El territorio: la dimensión espacial para la ecología política

Con base en las premisas positivistas, clásicamente se ha concebido al espacio-territorio como un área delimitada en donde un grupo humano interactúa con ciertos elementos geográficos del medio. En salud pública, ello se ha traducido en espacios-territorios delimitados como áreas administrativas dentro de las cuales se miden y se comparan determinados indicadores que darán cuenta del bienestar o las problemáticas que enfrenta el grupo humano que en él habita. En el mejor de los casos, se realiza un abordaje desde una mirada contextual donde se definen los determinantes que operan al interior de ese espacio-territorio, pero asumiendo los procesos biológicos y los procesos sociales como entidades separadas conectadas por relaciones lineales. Se producen mapas donde se geo-referencian variables y determinantes cuya finalidad central es la asignación de recursos o la intervención sobre variables o determinantes puntuales.

El giro territorial latinoamericano actualiza el debate en torno a la dimensión espacial. Así, retomando a la geografía crítica, se supera la a-historicidad de la visión clásica del espacio-territorio. Se comprende al espacio como producido por las relaciones sociales y de poder que operan en él. Además, se incorpora la tríada territorio-territorialización-territorialidad. Esta conceptualización recupera los procesos

históricos de constitución de los territorios pero también contempla tanto sus dimensiones materiales como simbólicas: todo territorio existe por un proceso de territorialización, y al mismo tiempo coexisten diferentes formas de ser, estar, sentir, y vivir ese territorio (Borde, 2017).

En América Latina este enfoque permite visibilizar la disputa entre el proyecto histórico de la economía mundo capitalista extractivista (empresas y gobiernos) y el proyecto histórico de las comunidades. Se contraponen dos formas de territorialidades: mientras que para los primeros, el territorio es interpretado en términos de recursos disponibles para su explotación, asumiendo en el mejor de los casos, los costos ambientales y humanos como meras externalidades; para las comunidades, lo que está en juego es no solo su subsistencia material si no su forma de ser, estar, sentir y vivir en el mundo, un mundo natural que tiene un valor en sí mismo.
Como ya se mencionó, el proceso de territorialización por el que se impuso el modelo extractivista fue llevado a cabo por una alianza empresarial-estatal, de forma autoritaria, muchas veces recurriendo a la violencia física, sin ningún tipo de consulta previa.

Las corrientes ecofeministas, tanto en su concepción esencialista como constructivista, avanzan un paso más en la relación del territorio con los procesos salud-enfermedad, llevándolo a una relación directa con la corporalidad:

"Pensamos el cuerpo como nuestro primer territorio y al territorio lo reconocemos en nuestros cuerpos: cuando se violentan los lugares que habitamos se afectan nuestros cuerpos, cuando se afectan nuestros cuerpos se violentan los lugares que habitamos.

Estas enseñanzas nos las mostraron compañeras de muchas partes de Latinoamérica sobre todo del mundo rural e indígena." (Colectivo Miradas críticas del Territorio desde el Feminismo, 2017)

Una mirada histórica sobre las diferentes guerras, y la conquista de América en particular, permite advertir que el cuerpo de las mujeres en la historia del patriarcado fue siempre conquistado, marcado, violado, apropiado, "en afinidad semántica con esos territorios y sus cuerpos territorios mismos" (Segato, 2016).

Son numerosos los ejemplos del rol de las mujeres en la lucha contra los procesos de

territorialización del extractivismo. En Argentina pueden mencionarse: las madres del barrio Ituzaingó anexo en contra de las fumigaciones del modelo agroindustrial, las mujeres de la asamblea de Chilecito y Famatina contra la megaminería, la resistencia de mujeres mapuches contra el fracking en Neuquén (Svampa & Viale, Conceptos, horizontes y narrativas relacionales, 2020).

Asimismo, también es necesario reconocer la violencia de la que han sido objeto en el contexto de la defensa de sus territorios: "Según el Registro Mesoamericano de Agresiones a Defensoras de Derechos Humanos, entre 2012 y 2014 las defensoras de la tierra, el territorio y los recursos naturales fueron el grupo de defensoras de derechos humanos más agredido, sufriendo 525 ataques, que representan 31% de un total de 1688 agresiones a las mujeres defensoras. Así mismo, se ha sistematizado el continuo e in creciente asesinato de defensoras en la región..." (Pineda & Moncada, 2018).

Esta identificación del cuerpo territorio nos propone el desafío de pensar un sistema de cuidado que deje de preocuparse única y centralmente por el cuerpo biológico individual. Ese objeto de estudio por excelencia para el saber médico hegemónico ahora se desplaza hacia el "exterior", deja de ser un objeto aislado para convertirse en una red de relaciones con otras formas de vida y su contexto. El trabajo territorial de los sistemas de cuidado tiene el desafío de generar redes con los diferentes actores que en él participan y fortalecer aquellos procesos que fortalezcan la trama de la vida.

Los bienes comunes y la soberanía alimentaria en la ecología de saberes

El concepto de comunes se registra por primera vez en 1968, empleado por el biólogo estadounidense Garret Hardin. Lo emplea para referirse al cercamiento que en el siglo XVIII, en Inglaterra y Gales, impidió a los campesinos la posibilidad de pastorear, cultivar y cazar en las tierras de la nobleza. Silvia Federici, en su libro Calibán y la Bruja traza un paralelo entre este proceso de cercamiento como acumulación originaria para separar a los campesinos y trabajadores de los medios de producción, y el nuevo rol que les sería impuesto a las mujeres en las sociedades capitalistas (Federici, Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria, 2010).

Actualmente se entiende que los bienes comunes no refieren únicamente a los bienes materiales compartidos y sostenidos por una comunidad, si no que incluyen además otros elementos inmateriales como los conocimientos y la cultura (bienes

comunes como relación social), o las redes que esa comunidad mantiene, sus formas de organización (bienes comunes como propuesta política) (Gutiérrez Espeleta & Moraga, 2011).

Estos aspectos aparecen sintetizados en la siguiente definición:

"Los bienes comunes son las redes de la vida que nos sustentan. Son el aire, el agua, las semillas, el espacio sideral, la diversidad de culturas y el genoma humano. Son una red tejida para gestar los procesos productivos, reproductivos y creativos. Son o nos proporcionan los medios para alimentarnos, comunicarnos, educarnos y trasportarnos; hasta absorben los desechos de nuestro consumo." (Helfrich, 2008).

Según la autora Silvia Federici, el proceso de acumulación originaria no se dio únicamente al inicio del sistema mundo capitalista, si no que se actualiza cíclicamente con cada una de las crisis del capital (Federici, Acumulación originaria, globalización y reproducción, 2020). De esta forma, podemos comprender la avanzada del extractivismo como una nueva forma de acumulación originaria. Esto puede verse reflejado en el intento de las empresas transnacionales agroindustriales de separar a los productores de las semillas a través de su patentamiento, impidiendo prácticas milenarias como el acopio o intercambio.

En la lucha por la defensa de los bienes comunes, la defensa de la soberanía alimentaria ha jugado un rol central. El concepto es acuñado en la "Cumbre de los Pueblos", desarrollada en el año 1996 como una respuesta a la "Asamblea Mundial de la Alimentación" promovida por la FAO. En esta se planteaba la Seguridad Alimentaria como respuesta a la crisis del hambre. Sin embargo, la propuesta de la Seguridad Alimentaria no pone de relieve las causas profundas de la crisis del sistema alimentario y las soluciones que plantea son de un orden más técnico que político. En cambio, en palabras de la Vía Campesina, la Soberanía alimentaria es entendido como "el derecho de cada pueblo y de todos los pueblos a definir sus propias políticas y estrategias de producción, distribución y consumo de alimentos, a fin de garantizar una alimentación cultural y nutricionalmente apropiada y suficiente para toda la población"; incluye la lucha por el derecho a la tierra de cada campesino y campesina, la lucha contra los organismos genéticamente modificados, el reconocimiento del agua potable como alimento básico para la producción y la

vida, el apoyo a la agroecología, la lucha contra el cambio climático, y la crítica a la expansión de los biocombustibles (Carballo, 2018).

La soberanía alimentaria nos permite pensar el íntimo vínculo que existe entre la alimentación, la salud humana y la salud de los ecosistemas. Numerosas culturas a lo largo de la historia han reconocido la importancia terapéutica que existe en los alimentos como medicinas para tratar diferentes tipos de desórdenes (Sivaraman, 2018). Estos mismos principios han sido reconocidos por la farmacología occidental moderna, y es lo que ha permitido su reciente incorporación como terapéutica validada oficialmente en los sistemas de salud de distintos países.

Este es un ejemplo de cómo la refundación de los sistemas de salud en sistemas de cuidado puede ser una oportunidad para descolonizar el pensamiento hegemónico en salud y construir una ecología de saberes, que reconozca una "pluralidad de conocimientos, más allá del conocimiento científico" (De Sousa Santos, 2010).

En los actuales sistemas de salud opera una lógica unicultural que practica intervenciones disruptivas sobre los modos de vida de las comunidades, y al mismo tiempo es incapaz de entender y acompañarlas en las problemáticas socio-ambientales que atraviesan. Estas intervenciones son por supuesto medicalizantes y se basan en tecnologías desarrolladas por el complejo médico industrial farmacéutico. La cuestión alimentaria en los sistemas de salud actuales es abordada desde una perspectiva nutricional individual, más cercana al paradigma de la seguridad alimentaria. Así, sus acciones se basan en la prescripción de suplementos alimentarios o la entrega de determinados productos a grupos poblacionales específicos (por ejemplo, la provisión de leche en polvo a niñes en su primera infancia).

Para que los nuevos sistemas de cuidado puedan pensarse como bienes comunes será necesario generar un proceso de ruptura con la tradición imperante de la salud pública y una apertura hacia un diálogo de saberes. Como bien común, producido y sostenido por las comunidades, los sistemas de cuidado no pueden ser definidios verticalmente desde la órbita estatal. Deberá producirse un giro hacia un sistema intercultural construido con una ecología de saberes.

Al mismo tiempo, la refundación de los sistemas de cuidado tiene el desafío de incorporar entre sus ejes centrales la soberanía alimentaria y la defensa de los bienes comunes.

Conclusiones

El pensamiento hegemónico en salud mostró desde sus inicios una ceguera epistémica respecto a la cuestión ambiental, propia de su paradigma positivista. La incapacidad para asumir y trabajar en la intersección salud-ambiente se profundizó con la aceleración de la economía mundo extractivista y las crisis ecológicas asociadas. En los contextos actuales es importante discutir la necesidad de la refundación de los sistemas de salud en sistemas de cuidado, y para ello, los aportes provenientes de la ecología política abren posibilidades para transformar las relaciones de poder y construir sociedades que desarrollen un metabolismo sociedad naturaleza más sustentable, y por lo tanto, más saludable.

La redefinición de la salud como objeto es uno de los principales puntos en el debate. La propuesta del Sumak Kawsay nos brinda elementos para superar el reduccionismo y la fragmentación positivistas e incorporar las miradas y las construcciones de los sujetos subalternos de la modernidad.

Repensar la categoría de territorio desde la conceptualización tríada territorio-territorialidad-territorialización y desde el cuerpo territorio resignifica la relación de los procesos socio-ambientales con los procesos corporales.

Unido a esto, el planteo de la soberanía alimentaria, la alimentación como medicina y bien común nos invita a reflexionar sobre el rol que van a desempeñar los sistemas de cuidado en relación a los sistemas alimentarios y el resto de los bienes comunes. La refundación de los sistemas de salud se presenta como una oportunidad histórica para avanzar hacia el objetivo de una auténtica soberanía sanitaria. Para ello, debe deconstruirse la hegemonía científica para generar un diálogo de saberes profundo que recupere las experiencias de las comunidades que han sido postergadas a los márgenes del sistema mundo actual. Aquí, se han presentado algunos de los aportes provenientes desde la ecología política para abrir y desarrollar ciertos debates necesarios. Debates sobre la relación de la salud humana con la salud del resto de la naturaleza. Debates urgentes para reconstruir la salud de los territorios en tiempos de crisis ambientales ecocidas.

Bibliografía

Ley 26.639. (Septiembre de 2010). *Regimen de presupuestos mínimos para la preservación de los glaciares y del ambiente periglacial*. Argentina.

Arteaga-Cruz, E. L. (2017). Buen vivir (Sumak Kawsay): definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador. *Saúde debate*, 907-919.

Basile, G. (2020). La Salud colonizada por el Desarrollo: América Latina y Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En T. Medina, & M. V. Villamar, *Pensamiento crítico latinoamericano en Desarrollo* (págs. 203-221). Madrid: Editorial Catarata.

Basile, G. (2020). SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3557-3562.

Borde, E. (16 de Abril de 2017). El territorio en la Salud Pública. Hacia una comprensión histórico-territorial de la determinación social de los procesos salud-enfermedad y las desigualdades en salud. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 13-27.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 13-27.

Carballo, C. (2018). Soberanía alimentaria. En C. Carballo, *Soberanía alimentaria y desarrollo. Caminos y horizontes en Argentina* (págs. 19-25). Buenos Aires: Mónadanomada.

Colectivo Miradas críticas del Territorio desde el Feminismo. (2017). *Mapeando el cuerpo-territorio. Guía metodológica para mujeres que defienden sus territorios.* Quito: CLACSO.

Concerned Health Professionals of NY; PSR. (16 de Diciembre de 2020). *Compendium of Scientific, Medical, and Media Findings Demonstrating Risks and Harms of Fracking* . Recuperado el 02 de Febrero de 2021, de Observatorio Petrolero Sur: https://opsur.org.ar/2020/12/16/un-analisis-de-2-000-estudios-sobre-fracking-encontro-graves-impactos-en-la-salud-el-ambiente-y-el-clima/

De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder.* Montevideo: Ediciones Trilce.

Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria.* Buenos Aires: Tinta Limón.

Federici, S. (2020). Acumulación originaria, globalización y reproducción. En S. Federici, *Reencantar el mundo* (págs. 37-50). Buenos Aires: Tinta limón.

Feo Istúriz, O. (2020). Breves notas sobre Economía Política de la Salud. CLACSO.

Fleury, S. (1999). Reforma del Estado en América Latina. *Nueva sociedad*, 58-80.

Goebel Mc Dermott, A. (2010). Ecologismo de los pobres y marginalidad social: vehículos de complementariedad y puentes dialógicos. *Reflexiones*, 127-142.

Granda, E. (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 83-100.

Grosfoguel, R. (2006). Del final del sistema-mundo capitalista hacia un nuevo sistema-histórico alternativo: la utopística de Immanuel Wallerstein. *Nómadas*, 44-52.

Gudynas, E. (2017). Neo-extractivismo y crisis civilizatoria. En G. Ortega, *América Latina: avanzando hacia la construcción de alternativas* (págs. 29-54). Asunción: BASE IS.

Gutiérrez Espeleta, A. L., & Moraga, F. (2011). El grito de los bienes comunes: ¿Qué son? y ¿Qué nos aportan? *Revista de Ciencias sociales*, 127-145.

Helfrich, S. (2008). Bienes comunes y ciudadanía: una invitación a compartir. En S. Helfrich, *Genes, bytes y emisiones: Bienes comunes y ciudadanía* (págs. 21-26). Fundación Heinrich Böll.

Klein, N. (2015). *Esto lo cambia todo.* Munro: Paidós.

Laurell, A. C., & Herrera Ronquillo, J. (2010). La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, 137-148.

Leff, E. (2006). La ecología política en América Latina. Un campo en construcción. En H. Alimonda, *Los tormentos de la materia. Aportes para una ecología política latinoamericana* (págs. 21-39). Buenos Aires: CLACSO.

Leff, E. (22 de Octubre de 2012). *Ecofeminismo: el género del ambiente.* Recuperado el 10 de Febrero de 2020, de Polis: http://polis.revues.org/7248

Martínez Alier, J. (2004). *El ecologismo de los pobres.* Barcelona: Icaria Antrazyt- Flacso.

Martínez Martín, A. F. (2011). Reflexiones en torno al sistema mundo de Immanuel Wallerstein. *Revista Historia y Memoria*, 211-220.

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 9-32.
OMS. (Septiembre de 2017). *WHO.* Recuperado el Febrero de 2021, de https://www.who.int/features/qa/one-health/es/

Pineda, G., & Moncada, A. (2018). Violencias y resistencias de las mujeres racializadas en los contextos extractivistas mineros de América Latina. *Revista Observatorio Latinoamericano y Caribeño*, 2-16.

Rossi, E. (4 de Mayo de 2018). *Antología toxicológica del glifosato.* Recuperado el 01 de Febrero de 2021, de Biodiversidad LA: http://www.biodiversidadla.org/Documentos/Antologia_toxicologica_del_glifosato2

Segato, R. (2016). *La Guerra Contra las Mujeres.* Traficantes de sueños.

Simbaña, F. (2011). El Sumak Kawsay como proyecto político. En M. Lang, & D. Mokrani, *Más allá del desarrollo* (págs. 83-118). Quito: Fundación Rosa Luxemburgo.

Sivaraman, S. (2018). Los alimentos como medicina. En A. Quizhpe, S. Sivaraman, & M. Murray, *Los alimentos como medicina y la cocina como farmacia* (págs. 40-45). Cuenca: ReAct Latinoamérica; INSSA; Universidad Nacional de Mar del PLata.

Solíz, M. F. (2016). *Lo que la mina se llevó.* Quito: Ediciones La Tierra.

Solíz, M. F. (2017). ¿Por qué un Ecologismo Popular de la Basura? En M. F. Solís, *Ecología política de la basura* (págs. 21-52). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.

Souza Casadinho, J. (Marzo de 2019). *Informe sobre los plaguicidas altamente peligrosos en la Argentina.* Recuperado el 24 de Enero de 2021, de Huerquen: http://huerquen.com.ar/wp-content/uploads/2019/06/Informe-RAPAL-Mar2019.pdf

Svampa, M., & Viale, E. (2014). *Maldesarrollo.* Buenos Aires: Katz.

Svampa, M., & Viale, E. (2020). Conceptos, horizontes y narrativas relacionales. En M. Svampa, & E. Viale, *El colapso ecológico ya llegó* (págs. 197-228). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.

Ugalde, A., & Homedes, N. (2007). América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales. *Salud Colectiva*, 33-48.

Verzeñassi, D. (2019). *Transformaciones en los modos de enfermad y morir en la región agroindustrial de Argentina.* Rosario.

NÚCLEO ARGENTINA GT SS y SI CLACSO

+info

IDEPSALUD.ORG.AR
CTAA.ORG.AR

ief@ctanacional.org

Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, CLACSO
Instituto de Estudios sobre Estado y Participación IDEP Salud ATE Argentina | Instituto de Estudios y Formación CTA Autónoma