

RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas
Vol 12, Año 12 | octubre 2018 - marzo 2019. Argentina.

ISSN: 2250-5555 | ISSN-L 1852-6586

Editor: [UNSJ] - FaCSO -IISE]

Formato: Digital [PDF] [HTML]

Plataforma: [OJS]

url: www.reviise.unsj.edu.ar

Fecha de publicación 01/10/2018

Ilustración de la Tapa: Arq. Fernando Giudici

Dibujo de la serie *América*

Diseño de tapa: Matías Molina Quijano. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Indexación y Catálogo

Directorios:

- ◇ Latindex (Directorio)
- ◇ Portal de publicaciones científicas y técnicas
- ◇ ROAD
- ◇ BINPAR
- ◇ LatinREV

Bases de datos:

- ◇ DIALNET
- ◇ REDIB
- ◇ BASE
- ◇ Vlex

Indizaciones:

- ◇ C.I.R.C.
- ◇ Latindex (Catálogo)
- ◇ MIAR
- ◇ ERIH PLUS
- ◇ Núcleo Básico
- ◇ DOAJ
- ◇ Sherpa Romeo
- ◇ DIALNET
- ◇ REDIB
- ◇ MALENA

Contacto Principal Comité Editorial

Instituto de Investigaciones Socio-Económicas

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad Nacional de San Juan

Av. Ignacio de la Roza 590 (oeste) | Complejo
Universitario *Islas Malvinas* | CPA: J5402DCS |
Rivadavia | San Juan | Argentina

Teléfono: +54 - 0264 - 4231949

Email: reviise@unsj-cuim.edu.ar

Nota de copyright



RevIISE by [Departamento de publicaciones IISE](#)
is licensed under a [Creative Commons Recono-
cimiento 4.0 Internacional License](#).

Directorio

Director

Leonardo Drazic. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Editor

Gerardo Larreta. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). San Juan, Argentina.

Directorio del Consejo Editorial

Victoria Galoviche. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). San Juan, Argentina.

Margarita Moscheni. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). San Juan, Argentina.

Editores Adjuntos

Cindy Carrizo. Instituto de Enseñanza Superior (IES). Chubut, Argentina.

Eliana Funes. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Guadalupe Seia. Instituto de Investigaciones *Gino Germani*. Buenos Aires, Argentina.

Marina Campusano. Universidad Nacional del Nordeste. Chaco, Argentina.

Nadia Esther Moreno Rodríguez. Universidad Iberoamericana. Puebla, México.

Paula de Büren. Universidad de Buenos Aires (UBA). Buenos Aires, Argentina.

Rafael Villanueva. Universidad Tecnológica de Bahía de Banderas. Puerto Vallarta, México.

Corrección, diseño de interiores y diagramación

Damián López. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina

Traducciones

Inglés: Mariana Olivares. Louisiana State University (LSU). Luisiana, Estados Unidos.

Martha Nélide Ruiz. Universidad de Tijuana. Tijuana, México.

Portugués: Lucas Pinto. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). São Paulo, Brasil.

Consejo Científico Externo

Alejandro Rofman. Centro De Estudios Urbanos y Regionales (CEUR). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Alicia Itatí Palermo. Universidad Nacional de Luján (UNLu). Buenos Aires, Argentina.

Ana María Pérez Rubio. Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). Chaco, Argentina.

Ángela Tapia. Universidad de Texas en Austin (UT). Austin Texas, EE.UU.

Carlos Reboratti. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Diana Manrique. Universidad Federal de Río Grande del Sur. Porto Alegre, Brasil.

Eder Carneiro. Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). São João del-Rei, Brasil.

Eduardo Gudynas. Centro Latinoamericano de Ecología Social (CLAES). Uruguay.

Ernesto Meccia. Universidad de Buenos Aires (UBA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Ernesto Selva. Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA). San Salvador, El Salvador.

Frédérique Langue. Centre National de la Recherche Scientifique. Francia.

Isabella Margerita Radhuber. Fondo Austríaco para la Ciencia: University of Cambridge. Universidad Autónoma de Barcelona. University of Vienna. Viena, Austria.

Izaskun Álvarez Cuartero. Universidad de Salamanca. España.

José Luis Jofré. Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo). Mendoza, Argentina.

Juan Jesús Morales. Universidad Bernardo O’Higgins. Chile.

Julio César Gambina. Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC). Córdoba, Argentina.

Lucrecia Wagner. Instituto Argentino de Nivología, Glaciología y Ciencias Ambientales (IANIGLA). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Mendoza, Argentina.

Mabel Manzanal. Universidad de Buenos Aires (UBA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Mabel Thwaites Rey. Universidad de Buenos Aires (UBA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Mario Pecheny. Universidad de Buenos Aires (UBA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Martín Ferreyra. Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo). Mendoza, Argentina.

Mirta Antonelli. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Córdoba, Argentina.

Natalia Fischetti. Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Mendoza, Argentina.

Nora Fernández Mora. Universidad Técnica de Ambato. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Ambato, Ecuador.

Pedro Ochoa George. Universidad de Cienfuegos. Cuba.

Silvia Castillo. Paris-Sorbonne University, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Vignale, Silvana Paola. Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo), CONICET. Mendoza, Argentina.

Rafael Villanueva. Universidad Tecnológica de Bahía de Banderas, México.

Consejo Científico Interno

Universidad Nacional de San Juan

Alicia Beatriz Naveda. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Delia De la Torre. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

José Casas. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Laura Garcés. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Mabel Guevara. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Marcelo Lucero. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

María Griselda Henríquez. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Pablo Rodríguez Bilella. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Sara Mabel Valenzuela. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Susana Montañez. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Temática y alcance

RevIISE, Revista de Ciencias Sociales y Humanas del Instituto de Investigaciones Socio-Económicas, es una revista editada en soporte electrónico del Instituto de Investigaciones Socio-Económicas de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan. Tiene por objetivo general constituirse como un espacio de debate e intercambio en las Ciencias Sociales y Humanas desde una perspectiva crítica.

Su **área temática** abarca a todas las disciplinas de las Ciencias Sociales y Humanas y publica artículos científicos inéditos y originales, sometidos a un doble proceso de revisión por pares.

RevIISE tiene como **público objetivo** investigadores de las Ciencias Sociales y Humanas, académicos, estudiantes, organizaciones sociales y la comunidad en general.

Su **periodicidad** es **semestral** (abril-septiembre y octubre-marzo), con recepción abierta y permanente todo el año, una vez que sean aceptados se añadirán inmediatamente en el volumen en curso con el objeto de ser ágiles y eficientes en la difusión de los trabajos.

Código Ético

RevIISE, Revista de Ciencias Sociales y Humanas del Instituto de Investigaciones Socio-Económicas es una publicación de corte académico, y como tal, se halla comprometida con la observancia y aplicación de las mejores prácticas para publicaciones académicas, por todas las partes implicadas en el proceso editorial de publicación de los resultados de la investigación científica, entre las que, además de la propia empresa editorial, se encuentran los editores, los pares o revisores y los propios autores.

A tal efecto, se ha dotado de un conjunto de normas y principios, que conforman su *Código Ético*, y que se inspiran y asumen en buena medida los desarrollados y publicados por la *Association of Scientific, Technical and Medical Publishing* (STM) y por el *Committee on Publication Ethics* (COPE)

Código Ético disponible en <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/about/editorialPolicies#custom-1>

Estadísticas de envíos Periodo de recepción: abril 2018 - septiembre 2018

- ◇ Recibidos: 16
- ◇ Aceptados: 15
- ◇ Rechazados: 1

Índice | octubre 2018 - marzo 2019

Artículos Libres

El final del péndulo en Argentina

Alfonsín y el proceso de destitución autoritaria

End of the pendulum in Argentina

Alfonsín and the authoritarian destitution process

Juan Russo (Argentina)

[15]

De clientes a “varones prostituyentes”

Una aproximación al proceso de construcción de un sujeto repudiable

From clients to *prostituyentes*

An approach to the construction process of a repudiable subject

Estefanía Martynowskyj (Argentina)

[27]

Ensayo

Notas desde los feminismos del sur

Justicia y subversión semiótica-epistemológica-política

Notes from southern feminisms

Justice and semiotic-epistemological-political subversion

Mariana Noel Guerra Pérez (Argentina)

[39]

Nota de interés

Diálogos sobre Educación Social

Entrevista a Eduardo Ribó, Director de la Tecnicatura Universitaria en Educación Social de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza

Dialogues on Social Education

An interview with Eduardo Ribó, Director of the Undergraduate Degree in Social Education from Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza

Mariana Noel Guerra Pérez (Argentina)

[51]

Dossier La salud y la política en tiempos de restauración conservadora

Presentación

Presentation

Mario Pecheny | Hernán Manzelli (Argentina)

[63]

¿Qué significa Neoliberalismo en salud?

O que o Neoliberalismo significa em saúde?

Cecilia Molina (Argentina) | Federico Tobar (Panamá)

[65]

Trayectorias de pensamiento, integración regional y soberanía sanitaria en Suramérica

Intellectual trajectories, regional integration and health sovereignty in South America

Marcela Beatriz Belardo | Jorgelina Loza | María Belén Herrero (Argentina)

[75]

Del Fuera Valencius al Fuera Quirino

La restauración conservadora
en la Política Nacional de Salud Mental de Brasil (2015-2018)

Do Fora Valencius ao Fora Quirino

A restauração conservadora
na Política Nacional de Saúde Mental do Brasil (2015-2018)

Felipe Sales Magaldi (Argentina)

[91]

Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud

Un análisis ético y político sobre lo “universal” en salud
en “tiempos de restauración conservadora”

Universal Healthcare Program -CUS- vs. The right to Healthcare

An Ethical and Political Analysis about what “Universal” Healthcare is
in “Conservative Restoration Times”

María Graciela de Ortúzar (Argentina)

[103]

Llueve sobre mojado

Desigualdades sociales y vulnerabilidades en salud en la adolescencia y juventud

It never rains but it pours

Social inequalities and health vulnerabilities in adolescence and youth

Alejandro José Capriati (Argentina)

[117]

**La genética en el discurso biomédico contemporáneo
sobre determinación sexual**

Nuevas tecnologías ¿Viejos relatos?

**Genetics in contemporary biomedical discourse
about sexual determination**

New technologies, old speeches?

Luciana Hadid (Argentina)

[135]

La salud de las mujeres y sus trabajos

Convergencias entre la medicina social latinoamericana y la teoría feminista

Women's health and their work

Convergences between Latin American social medicine and feminist theory

María Florencia Linardelli (Argentina)

[147]

Aborto medicamentoso

Transferencias militantes y transnacionalización de saberes
en Argentina y América Latina

Medical abortion

Activist transfers and knowledge transnationalization in Argentine and Latin America

Sandra Salomé Fernández Vázquez | Lucila Szwarc (Argentina)

[163]

La salud sexual y reproductiva en el ámbito municipal**Sexual and reproductive health on municipal environment**

Valeria Roxana Veinticinque (Argentina)

[179]

**La prevención del cáncer cervicouterino
analizada desde la investigación evaluativa**

Valoración multi-actoral sobre el alcance de la política en el Gran San Juan

**Cervical-uterin cancer prevention
analyzed through evaluative research**

Multi-actoral assesment of policie's scope in Gran San Juan

Mariana Gema Audisio | María Alejandra Lucero Manzano

Vanesa Castro | Cecilia Vanesa Luna (Argentina)

[189]

Silencio y conocimiento en Enfermería
Silence and knowledge in Nursing

Liliana Edith de Vita | Andrea Benavidez (Argentina)

[203]

Relato de Resistencia

Organización y resistencia puteril

Puteril organization and resistance

AMMAR San Juan (Argentina)

[215]

Editorial

Estimadxs lectores:

Hoy nos encontramos ante a la necesidad de defender un Modelo de Educación Superior articulado por la Universidad Pública y asociado a mecanismos que permiten garantizar tanto la producción como la socialización del conocimiento. Un conocimiento emancipador que habilita la construcción de una sociedad más justa, con equidad e inclusión.

El debate está planteado entre nuestra defensa de la Educación Superior como un bien público social, un derecho humano universal y un deber del Estado, y los constantes embates por imponer la mercantilización de la educación.

Nuestra respuesta está a la vista. Continuamos afianzando este espacio de divulgación científica para llegar a un mayor número de lectores en toda Iberoamérica.

Al respecto queremos celebrar y compartir con ustedes que la **RevIISE** superó satisfactoriamente el proceso de evaluación para incorporarse a **Redalyc** (Red de Revistas de América Latina y el Caribe). Este nuevo paso nos permitirá integrar uno de los Catálogos de Revistas Científicas más importantes de la actualidad.

Leonardo Drazic
Director

Proceso de revisión por pares

Los envíos realizados a *RevIISE* son sometidos a un proceso de evaluación por pares. [Ver procedimiento en <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/about/editorialPolicies#peerReviewProcess>]

Lista de Evaluadores

Artículos Libres:

Matías de Stefano Barbero. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

Agueda Gómez Suárez. Universidad de Vigo. España.

Santiago Morcillo. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

Diana Manrique García. Universidad Federal Río Grande Del Sur. Brasil.

Natalia Fischetti. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

Sebastian Barros. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

José Casas. Universidad Nacional de San Juan. Argentina.

Araceli González Vázquez. Institución Milà i Fontanals, CSIC. España.

Artículos Dossier:

Coordinadores

Mario Pecheny. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Buenos Aires, Argentina.

Hernán Manzelli. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Buenos Aires, Argentina.

Evaluadores/as:

Diana Reartes. Instituto de Pensamiento y Cultura en América Latina (IPECAL). México.

María Cecilia De los Ríos. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Agustina María Edna D'Agostino. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

Gabriela Bard Wigdor. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina

Natalia Luxardo. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

Sabrina Yáñez. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

Graciela Biagini. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

Mónica Petracci. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

Marta Molina. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). San Juan, Argentina.

Oscar Feo Isturiz. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Venezuela.

Maria Mercedes Di Virgilio. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

Josefina Brown. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina.

| **Artículos**
Libres

El final del péndulo en Argentina

Alfonsín y el proceso de destitución autoritaria

End of the pendulum in Argentina

Alfonsín and the authoritarian destitution process

Juan Russo | ORCID: orcid.org/0000-0001-5294-7472

juan_russo@hotmail.com

Universidad de Guanajuato

México

Recibido: 07/09/2018

Aceptado: 27/09/2018

Resumen

El presente trabajo analiza el rol de los procesos de deslegitimación del orden autoritario que precedió a la democratización. Tal proceso constituye la destitución autoritaria como el reverso de la instauración democrática y es un concepto útil para casos como el de Argentina, en el que la democratización consistió en quebrar rutinas que implicaban el círculo vicioso de un eterna rotación entre regímenes políticos in consolidables y de corta duración. La destitución política (simbólica y legal) de los órdenes autoritarios fue una condición histórica necesaria para quebrar el péndulo que rigió la vida política argentina durante 50 años. En el trabajo también se analiza el rol de los liderazgos en estos procesos, en particular se presta atención el caso de Raul Alfonsín en el período de instauración democrática.

Palabras clave: Destitución autoritaria, Instauración democrática, Democratización, Liderazgo, Deslegitimación.

Abstract

This paper analyzes the role of the delegitimation processes of the authoritarian order that preceded democratization. This process constitutes the authoritarian dismissal as the reverse of the democratic establishment and it is a useful concept for cases such as the one in Argentina; in which the democratization consisted in breaking routines that implied the vicious circle of an eternal rotation between unconsolidable and short duration political regimes. The political (symbolic and legal) destitution of the authoritarian orders was the condition to break the pendulum that governed the Argentine political life for 50 years. The role of leadership in these processes is also analyzed, in particular the Raul Alfonsín case is analyzed in the period of democratic establishment.

Keywords: Authoritarian Dismissal, Establishment democratic, Democratization, Leadership, Delegitimation.

Introducción

El proceso de **destitución autoritaria** es analíticamente importante en aquellos casos que, como Argentina, se han caracterizado por la frecuente alternancia de regímenes políticos diversos. Esta situación supone que los actores relevantes se han *habituado* a participar o a cooperar con distintos regímenes, y que sus lealtades son *fácilmente* condicionadas por ciertos incentivos. Es decir, se trata de actores políticos con una cultura de deslealtad. El campo de opciones y de oportunidades es muy laxo para los actores, pues en ocasiones les resulta más económico formar parte de o apoyar una alianza anti régimen en vez que esforzarse en negociaciones difíciles con un gobierno dado fiel a un régimen dado. La posibilidad (conciente para los actores) de cambiar conjuntamente gobierno y reglas de juego, se traduce en una permanente amenaza para el régimen político; y los actores adquieren la capacidad de *extorsión* convirtiendo al orden político más en una condicionada fuente de recursos que en un sistema de reglas con costos y beneficios predistribuidos.

A fin de precisar la aplicación del concepto que nos ocupa, debe distinguirse entre dos procesos simultáneos pero de significados radicalmente distintos. Me refiero a la **instauración democrática** y lo que denomino **proceso de destitución autoritaria**. El análisis de la herencia autoritaria en las nuevas democracias ha sido sin dudas instructivo y ha permitido enfocar, tanto la instauración democrática como el proceso de consolidación, desde una óptica más integral¹. En lo que sigue se identificará conceptualmente este proceso, y luego se ilustrará con el caso argentino, en particular en relación al rol central de Alfonsín. La destitución autoritaria resulta insoslayable para explicar cómo se superó el círculo vicioso de cincuenta años de deterioro que hizo inviable la democracia en Argentina: el llamado *péndulo cívico militar*. Como se expondrá, esta ruptura implicada en el proceso de destitución autoritaria dio sentido y permite dar cuenta de la centralidad de Alfonsín en el proceso de democratización.

El gobierno, y los actores institucionales, encuentran, desde los primeros momentos de vida democrática, dos problemas vinculados con la construcción del nuevo régimen político: por una parte deben diseñar las nuevas instituciones y poner en práctica un determinado marco jurídico,

por otra parte deben decidir si conservan o por el contrario eliminan estructuras heredadas del régimen autoritario. En este sentido, la instauración democrática y la destitución autoritaria constituyen el anverso y el reverso de un proceso político simultáneo.

Entiendo por **destitución autoritaria** el proceso caracterizado por

- ◇ la derogación de las estructuras que caracterizan el régimen autoritario precedente
- ◇ la deslegitimación de estas estructuras y actores o funciones desempeñadas en el régimen precedente.

En el proceso de destitución autoritaria pueden identificarse tres dimensiones:

- ◇ una **dimensión de orden simbólico**, que se refiere al proceso de deslegitimación, en la cual tanto los intelectuales como los líderes de opinión, y los movimientos políticos (como las organizaciones defensoras de los derechos humanos en Argentina) desempeñan un importante rol;
- ◇ una **dimensión de orden normativo**, que se refiere al proceso de derogación de normas jurídicas existentes en el régimen autoritario (por ejemplo la ley de amnistía de los militares argentinos) y a aquellas prerrogativas jurídicas que los militares preparan en los últimos momentos de gobierno autoritario; y
- ◇ una **dimensión referida al rechazo de los actores con el régimen político anterior**, que tiene que ver con el compromiso, por parte de los actores pro régimen, de no aliarse con actores anti régimen que fueron relevantes en el precedente régimen autoritario. Esta última dimensión se refiere a la lealtad-deslealtad de los actores políticos.

Si bien es cierto que la instauración democrática implica un proceso de destitución autoritaria, no lo es menos que este último puede variar en su profundidad. Así, cuando se cumplen las tres dimensiones entonces el *proceso de destitución autoritaria* es *fuerte*. Mientras que, si se cumple la tercera dimensión, y en menor medida, las primeras dos, entonces se trata de un *proceso de destitución autoritaria débil*. El tipo de destitución fuerte corresponde generalmente a los procesos de transición democrática discontinua, mientras que el proceso de destitución débil a aquellas transiciones, relativamente más continuas.

¹ Me refiero especialmente a los trabajos de Leonardo Morlino (1988), Ralf Dahrendorf (1988) y Karl Remmer (1985).

El proceso de destitución autoritaria resulta de relevancia porque, si es exitoso, aumenta enormemente los costos de ciertas alianzas antisistema. Pero además, la diferencia entre instauración y destitución resulta de relevancia si se considera el problema de la legitimidad del régimen político. Como se ha señalado (Przeworski 1986), la legitimidad no es una condición necesaria para la persistencia de un

régimen político. Para que un régimen persista se requiere más bien la ausencia de alternativas a ese régimen². El caso de Argentina parecería ser paradigmático. En apariencia correspondería a un régimen político que “sobrevive” sólo por que no se han producido alternativas anti régimen.

² Véase Adam Przeworski (1986) cap. 2 de *Transitions from Authoritarian Rule. Comparative Perspectives*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Legitimación democrática- deslegitimación autoritaria

¿La democracia argentina sólo sobrevivió o por el contrario se consolidó como orden político? Evidentemente una respuesta afirmativa a la hipótesis de la sobrevivencia no hace más que trasladar el problema principal, es decir no resuelve la cuestión de por qué no se han formado alianzas fuertes que propongan el reemplazo del régimen democrático. A mi juicio parte de la respuesta se encuentra no en el análisis del proceso de instauración democrática sino en la particularidad del proceso de destitución autoritaria. Difícilmente pueda atribuirse la persistencia de la democracia argentina sólo a la legitimidad de sus principales instituciones (al menos en sus primeros momentos). En cambio la deslegitimación autoritaria ha sido bastante profunda y ha jugado un rol importante en la consolidación. En este país la instauración democrática no fue novedosa, a lo que contribuyó la ausencia de un debate constituyente. La novedad en cambio radicó en el proceso de destitución autoritaria.

A modo de hipótesis se puede establecer que hay una relación entre proceso de destitución autoritaria y el carácter cooperativo o conflictual de la consolidación democrática. Existe una relación entre consolidaciones consensuales y procesos de destitución autoritaria débil. Esto sucede en los casos de transiciones democráticas de relativa continuidad. La explicación de este hecho se basa en, por lo menos, dos razones: la primera es que los actores de la oposición democrática que aceptan realizar acuerdos con los actores del régimen autoritario muestran una mayor disposición al acuerdo que aquellos que no lo hacen, y se puede esperar de ellos al menos una actitud similar respecto de los miembros de otros partidos pro régimen. En

segundo lugar, si los partidos están dispuestos a conducir negociaciones con los grupos del régimen autoritario, es por que estos últimos poseen recursos suficientes para condicionar el proceso político sucesivo. Se trata entonces de una situación que los partidos perciben como amenazante y que les orienta hacia una mayor cohesión y disposición a pactar entre sí. Ejemplo de ello es España entre 1977 y 1979. Pero además, la destitución autoritaria puede influir en modo decisivo sobre la centralidad del liderazgo político. Ello resulta de la relación entre destitución autoritaria y costos políticos.

Prestaré ahora atención al aporte de Alfonsín al reforzamiento de la democracia argentina, y en segundo lugar a precisar los factores que influyeron sobre la mayor o menor centralidad de Alfonsín sobre el proceso democrático argentino. Ambas problemáticas, si bien claramente diferenciables, están estrechamente vinculadas entre sí, en razón de que una mayor centralidad política aumenta tanto los beneficios como los costos de decisiones adoptadas. Al respecto afirmo en primer lugar que la distribución de costos y de beneficios sobre un líder, partido o gobierno, guarda relación con la *dimensión del proceso de cambio* que un gobierno privilegia en su acción política. Las siguientes dos afirmaciones (hipótesis) guardan relación con la conjetura precedente y en cierto modo pueden considerarse dos casos particulares de esta. En la Hipótesis 1 sostengo que

H1. Si el esfuerzo mayor del gobierno o de los actores relevantes se dirige hacia la instauración-consolidación democrática, entonces los costos serán más bajos para este.

Por el contrario en la Hipótesis 2 se afirma que

H.2. Si el esfuerzo del gobierno se orienta, en modo privilegiado, hacia el proceso de destitución autoritaria-consolidación democrática entonces los costos serán muy altos.

La diferencia central entre ambas actividades gubernativas es que en el primer caso se contribuye a *legitimar* el nuevo orden político, mientras que en el segundo caso las energías son empleadas fundamentalmente en *deslegitimar* el viejo régimen autoritario. Antes de seguir, dos aclaraciones:

- ◇ la hipótesis primera debe ser entendida en el contexto del proceso de consolidación democrática; y
- ◇ considero como dimensiones del proceso de cambio democrático la instauración democrática y la destitución autoritaria.

Por **instauración democrática** entiendo el proceso de puesta en funcionamiento de las instituciones que caracterizan un régimen democrático (elecciones libres, funcionamiento del Parlamento, admisión de las instituciones de la oposición), y otras características de las poliarquías (Dahl 1971). El proceso de **destitución autoritaria** sucede en un momento contemporáneo a la instauración democrática, aunque puede prolongarse hasta la consolidación democrática, y consiste en el proceso de derogación de estructuras heredadas del régimen autoritario. Mientras la instauración democrática ha sido tratada por diferentes autores (Baloyra 1982, 1987; Morlino, 1987a, 1987b, 2003; Delich 1988, Zielonka 2001, Dobri 2000, Mazzei 2011); la destitución autoritaria ha recibido en cambio una atención menos sistemática por parte de los estudiosos del cambio de régimen político, y por ello resulta útil precisar este concepto.

Creo que un caso confirmatorio de la segunda hipótesis es la Italia post fascista de los años cincuenta, en la que el proceso político está orientado fundamentalmente a construir la democracia, si bien de modo extremadamente conflictual (Spriano 1986). Por su parte la tercera hipótesis sería confirmada por el caso argentino. El liderazgo de Alfonsín debe ser analizado en el contexto de la consolidación democrática conflictual³. Se trata de situaciones políticas críticas en las que predomina un intenso conflicto entre adversarios políticamente relevantes. Los procesos de consolidación conflictual se caracterizan por

- ◇ la recurrente tensión e incompatibilidad entre actores de oposición y gobierno, refe-

³ Sobre el rol del conflicto en los procesos de cambio de régimen ver A. Przeworski (1986); y sobre el conflicto en la democracia argentina ver J.C. Portantiero (1986).

ridas a objetivos y estrategias;

- ◇ la deslegitimación recíproca entre oposición y gobierno sobre cursos de acción y decisiones adoptados y
- ◇ la adopción de “no decisiones” sobre cuestiones claves (Lukes 1974).

Se trata entonces de un tipo de liderazgo que se construye *en oposición a o en confrontación con* otros actores. Si bien toda construcción de identidad política implica la proximidad y la diferencia con otros (lo que amo y lo que odio me identifica), en los procesos de consolidación conflictual el acento está puesto en las diferencias. Por el contrario, en casos de consolidación basados en el acuerdo o la negociación (España, Brasil) *lo que une* a los actores relevantes es la disposición consensual como fundamental de las identidades.

La anterior referencia a Italia y Argentina trae a colación un aspecto de interés⁴. Y es que no obstante que en ambos casos se trata de procesos de consolidación democrática conflictual⁵, los resultados en términos de costos para el gobierno son muy diferentes. Ello se debe a que mientras la consolidación democrática italiana es excluyente, en cuanto la oposición comunista quedó excluida del gobierno, y que el proceso de consolidación democrática, incluso puede identificarse con la consolidación de la cláusula *ad-excludendum*; el proceso de consolidación democrática argentina es incluyente respecto de la oposición peronista, la cual, al legitimarse como alternativa, tendrá una efectiva capacidad para aumentar la erosión del gobierno.

Naturalmente la importancia de un líder es relativa a contextos determinados. En este sentido es necesario clarificar que cuando pregunto sobre la relevancia del gobierno hago implícita referencia a los efectos de su gestión sobre la consolidación de la democracia argentina. ¿Por qué? Pues, porque uno de los mayores problemas del sistema político de este país ha consistido, durante este siglo, en cómo consolidar un régimen político con participación ampliada y tolerancia de la oposición⁶. Al respecto los

⁴ Casos que pueden ser considerados siguiendo una estrategia de casos most different (Przeworski y Teune 1970).

⁵ Una caracterización detallada de los modelos de consolidación democrática conflictual y consensual se encuentran en Juan Russo (1992, 1995, 2018).

⁶ Si analizáramos la evolución de la democracia argentina siguiendo las coordenadas del clásico esquema de Robert Dahl (1971) se observa que Argentina no tuvo dificultades en pasar desde la hegemonía cerrada a la oligarquía competitiva, mientras que el pasaje desde esta última a la poliarquía ha sido problemática y una constante frustración desde 1930, fecha del primer golpe de estado. Se ha mencionado como una posible causa de las dificultades para consolidar la democracia en Argentina, la celeridad con que se accedió a la democracia de masas (1912-1916) en comparación con casos en los que este proceso llevó siglos (naturalmente el caso ejemplar es Gran Bretaña), la razón sería que los grupos económicos y sociales dominantes se vieron sobrepasados por el acceso de las masas a la representación política y ello

diferentes diseños institucionales que se han

habría generado una respuesta autoritaria por parte de ellas. Según mi opinión este tipo de análisis resulta insuficiente a la hora de precisar las relaciones entre clases dominantes y fuerzas armadas, así como la homogeneidad de estas clases y en consecuencia la unidireccionalidad de su respuesta política, y por último no hay por parte de gobiernos radicales ni de los peronistas, evidencias relativas a una ruptura con las relaciones económicas dominantes. Sobre el rol de los militares en las crisis de las democracias ver Robert Potash (1981). También para el análisis de la década de los años sesenta ver Eugenio Kvaternik (1987) y Catalina Smulovitz (1988). Una serie de trabajos importantes sobre la quiebra de la democracia argentina y la relación de las clases sociales es la obra de Guillermo O'Donnell (1976, 1981, 1982)

La relevancia de Alfonsín

Si se compara la realidad política argentina antes del gobierno de Alfonsín con la que existe luego de su mandato, es decir el lapso 1983-1989, es claro que su influencia ha sido enorme. Basta pensar que durante ese periodo, por primera vez en la historia argentina, se juzgó y condenó a las juntas militares por violaciones a los derechos humanos, se aumentaron como jamás los costos políticos de cualquier intento anti régimen, se evitaron las intervenciones del gobierno nacional a las administraciones provinciales, y se propusieron desde el gobierno reformas estructurales que implicaban una profunda transformación del estado. La centralidad de Alfonsín también puede medirse a través del éxito de lo que constituyó su principal objetivo político: lograr que el presidente que le sucediera resultara de las urnas y no de un golpe de estado.

De este modo, la influencia global de Alfonsín fue de una enorme magnitud y especialmente respecto del régimen político, hecho que suele quedar oscurecido por el desenlace de su gobierno. Un final caracterizado por la impopularidad del gobierno, los asaltos a los supermercados, la hiperinflación, las crisis militares y la derrota electoral. En suma, un final caracterizado por la ingobernabilidad política de los actores sociales y económicos. El último tramo de ejercicio gubernamental resultó el exacto reverso de la primera fase (caracterizada por las altas expectativas y un gran apoyo de la sociedad). Las contrastantes imágenes del inicio y del fin del gobierno de Alfonsín resultan un indicador insustituible de los altos costos que este debió pagar. ¿En que momento se sitúa el punto de inflexión de su centralidad? Ese momento puede ubicarse en las elecciones para legisladores y para renovación de gobernadores, que se llevaron a cabo en 1987. En estas elecciones el partido de

utilizado propusieron formas políticas que fueron desde regímenes ampliados con déficit de tolerancia, a órdenes políticos con exclusión de los partidos mayoritarios. Sin embargo, ninguno de estos intentos de "ingeniería política" pudo consolidarse y entonces el problema consistió no solo en construir la democracia, sino más ampliamente, en implantar instituciones que pudieran consolidarse. Ello conduce al problema relativo al sentido en que un líder político puede contribuir a la consolidación democrática. Pero antes de considerar esta cuestión despejemos la pregunta más elemental ¿Fue relevante Alfonsín para la política argentina?

gobierno es derrotado, pierde la mayoría de los escaños en Diputados y casi todos los gobiernos provinciales. De este modo, el periodo 1983-1986 puede definirse como una etapa de alta centralidad para Alfonsín, mientras que el lapso 1987-1989 se corresponde con su declive.

Como afirmamos, el contexto político en el que actúa Alfonsín es estructuralmente conflictual, y además se corresponde con un tipo acción basada en una lógica de suma cero⁷. Es decir que el aumento de la fuerza del gobierno está en relación directa con la debilidad de los otros actores políticos: mayor centralidad del gobierno, menor centralidad de la oposición. En esta dirección el liderazgo de Raúl Alfonsín debe ser analizado en el contexto de la consolidación democrática conflictual. Pero volvamos ahora sobre un problema pendiente: ¿En qué sentido puede un líder político contribuir a la consolidación democrática?

Si atendemos a la noción teórica de **consolidación democrática** (Morlino 1986a y b, Schmitter 1988)⁸ encontramos que las dos dimensiones claves de este proceso son la expansión de la legitimación sobre las estructuras del régimen político y el congelamiento de los regímenes parciales (sistema electoral, administración pública, etc.). ¿Sobre qué dimensión el gobierno de Alfonsín pudo desempeñar un rol de importancia?

⁷ Es decir, que el aumento de la fuerza de Alfonsín está en relación directa con la debilidad de los otros actores políticos: mayor centralidad de Alfonsín, menor centralidad de la oposición.

⁸ Estoy considerando fundamentalmente las posiciones que prestan mayor atención a las estructuras del régimen político sin incluir aquellas que enfatizan el proceso de legitimación como elemento central de la consolidación. Sobre esta última ver por ejemplo Giuseppe Di Palma (1988)

El congelamiento de las estructuras

Si prestamos atención a la estabilización de las estructuras de la democracia argentina resulta más que dudosa la influencia de Alfonsín sobre ella. Por el contrario el periodo 1983-1989 se caracteriza por la fluidez política. No hay estabilización en las relaciones entre actores políticos y sociales, tampoco se alcanzan acuerdos marco sobre las relaciones entre gobierno y sindicatos o empresarios. Si prestamos atención al nivel organizativo, por ejemplo de los partidos políticos, es verdad que el partido de gobierno no sufre modificaciones particulares, pero el principal partido de oposición actúa impulsado por la desestructuración interna (proliferación de fracciones, polarización interna, no reconocimiento de liderazgos ni acatamiento a las normas partidarias), hecho que posee consecuencias directas sobre la estabilización de las estructuras democráticas, en primer lugar por que se trata de un partido con fuerte implantación social en todo el país, por la privilegiada relación-identificación con la Central de Trabajadores (CGT) por su representación en los gobiernos de los estados provinciales y en el Congreso. Sin dudas, la desestructuración de los peronistas es uno de los factores que condicionan fuertemente la *fluidez* política a la que hice referencia: las dificultades para el alcance de acuerdos entre

oposición y gobierno, el no acatamiento de la CGT a los pactos llevados a cabo por la clase política, y el desencapsulamiento de actores institucionales.

Por otra parte, difícilmente puede corresponder a la acción de un líder la fijación o congelamiento de estructuras. Por el contrario esta resulta más bien de la interacción compleja de factores, de consecuencias políticas no previstas, así como de la mayor o menor fluidez de las estructuras, o relaciones entre estructuras, del régimen político. Es útil también observar el impacto de la gestión de Alfonsín sobre factores que contribuyen a la consolidación democrática. Me refiero a elementos del tipo mayor-menor encapsulamiento de los conflictos o mayor-menor lealtad de los actores políticos⁹. Esto es especialmente importante cuando se considera que en Argentina el conflicto constituye la modalidad más recurrente de relación política.

Antes de pasar a considerar el factor **legitimación democrática** (y deslegitimación autoritaria) haré una breve referencia a dos distinciones que permitirán entender con mayor precisión la relevancia de Alfonsín.

⁹ Sobre el concepto de encapsulamiento ver Amitai Etzioni (1964, 1980) y sobre lealtad política Albert Hirschman (1971, 1981) también Juan Linz (1978)

Consolidaciones por legitimidad - consolidaciones por congelamiento

Analíticamente es conveniente discernir si la consolidación democrática se fundamenta centralmente sobre la legitimidad (o deslegitimación autoritaria) o si en cambio lo hace sobre el congelamiento de las estructuras políticas. Las consolidaciones basadas en el congelamiento de las estructuras políticas se corresponden con casos como el de Italia, en el que hay fuertes condicionantes para el encapsulamiento de los conflictos. Pensemos en el escaso margen de acción que poseían los principales partidos políticos de Italia durante la guerra fría; así como en la configuración de un contexto de bloqueo político interno (Di Palma, 1978; Sartori, 1976, 1982). Se trata de consolidaciones débiles en las que la democracia es asegurada a la vez que posee

altos costos de legitimidad. Congelamiento amplio con déficit de legitimidad es la fórmula de las consolidaciones por congelación, mientras que en el caso de la consolidación por expansión de la legitimidad sucede que el déficit se encuentra en el congelamiento de las estructuras del régimen político. Se corresponde con casos como los de América Latina, y en particular Argentina, en los que no obstante que la democracia ha ganado apoyo (y fundamentalmente el régimen autoritario ha perdido apoyo) no ha sucedido lo mismo con la fijación de ciertas estructuras. Por el contrario se menciona la necesidad de reformas constitucionales, o en general del estado. El problema de las consolidaciones basadas centralmente en la legitimidad es que la

democracia es demasiado vulnerable al nivel de competitividad (rígida o flexible) entre los actores políticos. En este contexto el desempeño de los líderes políticos es de gran importancia, pues en buena medida depende de ellos el apoyo de la población a las normas del régimen político. También ellos pueden contribuir de modo decisivo a evitar la formación de actores anti régimen. Y este aspecto nos conduce a la segunda distinción.

Hipótesis alternativas

El factor institucionalización

Una respuesta que podría intentarse consiste en subsumir el caso de Alfonsín en una explicación teórica general del tipo que proponen los estudiosos de la institucionalización política. En este sentido puede suponerse una relación inversamente proporcional entre institucionalización política y centralización del liderazgo político, de tal modo que si los liderazgos fuertes se corresponden con órdenes políticos poco institucionalizados, se infiere que la alta centralidad de Alfonsín se deriva de la baja institucionalización.

Ahora bien, ¿Es pertinente en el caso argentino relacionar institucionalización política y centralidad del liderazgo de Alfonsín? Si se desea responder positivamente a este problema entonces resulta particularmente difícil determinar su valor de verdad. Ello debido a varias razones. En primer lugar es difícil no incurrir en la tautología cuando se habla de baja institucionalización en un estadio de transición política (Russo 2017). En segundo lugar el concepto de institucionalización, tal como ha sido analizado en la literatura¹⁰ denota transformaciones políticas profundas que ocurren en largos periodos de tiempo y que afectan al conjunto del sistema político. En este sentido hay consenso en considerar que un país como Argentina es institucionalmente débil, hecho que es corroborado por la inestabilidad política durante el último medio siglo. Si esto es así entonces la centralidad de un líder político de los años ochenta no puede ser explicada por esta variable. Otra alternativa metodológica es observar el *nivel de apoyo* que han recibido las estructuras del régimen político. Al respecto la participación electoral fue muy elevada (cerca del 90%) y más del 80% de la ciudadanía votó a los tradicionales partidos (UCR y PJ). La democracia argentina de los años 80 nació con una fuerte

A la hora de evaluar las causas de las fluctuaciones en la centralidad de Alfonsín esta relación es crucial. Volvamos ahora a la pregunta ¿Cuáles fueron los factores que condicionaron la centralidad de Alfonsín? Antes de retornar sobre la relación rol de Alfonsín- causa de su centralidad “descartaré” una hipótesis que suele utilizarse frecuentemente a la hora de explicar la emergencia y mantenimiento de liderazgos.

legitimidad. Sin embargo, estos altos índices de participación y apoyo a los partidos son normales en periodos de transición democrática, y poco tienen que ver con la fuerza de las instituciones. Prueba de ello es que en la Argentina de los años 70, es decir durante las elecciones de Cámpora y de Perón, la distribución de votos favorecía en sustancia a ambos partidos, y a la vez la participación electoral era alta. No obstante ello el gobierno fue derrocado, sin mayores resistencias en marzo de 1976, es decir a solo tres años de haber sido instaurado.

Para que el apoyo ciudadano pueda ser analizado adecuadamente es necesario precisar su significado contextual. Así, el apoyo obtenido por Perón durante 1973 simbolizaba para algunos sectores la posibilidad de una Argentina socialista, para otros la única forma de evitar esa posibilidad. En cambio el apoyo a Alfonsín durante 1983 se traducía en la necesidad de construir y consolidar un régimen democrático. El apoyo a Perón simbolizaba la posibilidad de alcanzar algunos objetivos sustanciales (la justicia social), mientras que el apoyo a Alfonsín simbolizaba la garantía de funcionamiento de las reglas de juego de la democracia. Por ello, mientras el apoyo a Perón no implicaba necesariamente un apoyo al régimen político, el apoyo a Alfonsín era a su vez un apoyo institucional. El reforzamiento de los partidos políticos y del bipartidismo, así como el sostén, expresado en manifestaciones de élite y de masa, a la naciente democracia no es acompañada con un debilitamiento de las instituciones. Sin embargo, si se presta atención al reforzamiento del parlamento entonces el resultado es diferente. La debilidad del Congreso queda de manifiesto durante la presidencia de Alfonsín. Como se ha señalado (De Riz 1991), el Parlamento se limita a cumplir la función de *caja de resonancia* de la sociedad. En la Cámara de Diputados la mayoría radical se limita a acatar la decisión presidencial y por ende el Parlamento no es una arena de negociaciones políticas. Ahora bien, tampoco resulta pertinente asociar la debilidad del Parlamento con la centralidad de

¹⁰ Ver el capítulo 1 del trabajo clásico de Samuel Huntington (1968) *Political Order in Changing Societies*, Yale University Press, New Haven and London.

Alfonsín, en cuanto el Congreso no aumenta su protagonismo cuando Alfonsín se debilita políticamente. Es decir, que mientras la debilidad del parlamento es estructural, la centralidad de Alfonsín tiene notables altibajos durante su gestión.

Se ha considerado que en las fases iniciales de la transición, la centralidad del liderazgo es mayor debido a que las instituciones y procedimientos aún no se han consolidado. Ello se refleja muy claramente si se considera que la etapa de mayor centralidad de Alfonsín se corresponde con la primera fase de su gobierno (1983-1986). El problema es que el *dato complementario* que se necesita para corroborar esta relación no es favorable. Es decir que los momentos de franco declive de la centralidad de Alfonsín, por ejemplo durante el período enero-julio de 1991, no se corresponden precisamente con un aumento de la fuerza de las instituciones democráticas. Por el contrario, se trata de un período caracterizado por una intensificación del conflicto político, creciente déficit de gobernabilidad y por la amenaza de desencapsulamiento militar, por actitudes de semilealtad de actores políticos, por el contexto económico de hiperinflación y por protestas sociales de alta intensidad. En resumen, el período señalado se caracteriza por la amenaza efectiva de la interrupción constitucional. Este último ejemplo nos conduce a considerar la segunda dimensión de la institucionalización que se ha considerado: la estabilidad. Es decir, la estabilidad aparece asociada inversamente con la centralidad del liderazgo. Al respecto, si se presta atención a momentos de inestabilidad como el mencionado durante los primeros meses de 1991, la relación no se cumple, mientras que durante otros períodos de amenaza al régimen democrático, como el de la rebelión militar durante Semana Santa del 87, sí se asocia a una mayor, aunque breve, centralidad de Alfonsín. Este último episodio político no puede interpretarse unívocamente como confirmando tal relación,

más bien el destacado rol de Alfonsín debe ser atribuido a la respuesta específica respecto de la amenaza de golpe de estado.

El desempeño democrático

¿Hasta qué punto la centralidad del liderazgo y la mayor o menor *performance* de tipo democrático están relacionados entre sí en el caso argentino? Para responder a este interrogante es necesario distinguir entre la democraticidad del líder en el contexto de la toma de decisiones, y la democraticidad del líder respecto del régimen autoritario.

En el contexto de las consolidaciones democráticas conflictivas es relativamente complejo determinar el grado de democraticidad de un gobernante. Ello obedece en gran medida a que el conflicto conduce a situaciones de suma cero, por lo que los actores políticos asocian negociar con perder. El acuerdo se traduce así en derrota para alguna de las partes. Cada vez que Alfonsín invita a la oposición al diálogo o incluso a compartir responsabilidades en el gobierno, esta sospecha que tal actitud obedece, de modo privilegiado, a la búsqueda de rédito político, y en tal sentido implica una velada intención de perjuicio a la oposición. Es en este contexto que la búsqueda de consenso resulta una modalidad de la situación de conflicto. Porque generalmente quien propone el acuerdo persigue no solo beneficiarse sino también perjudicar al adversario. El gobierno convoca a la oposición cuando se ve contrito a compartir decisiones muy costosas, mientras que la excluye cuando tiene éxito político. La oposición por su parte apuesta por el fracaso de las políticas implementadas. En tal sentido, la unilateralidad en la toma de decisiones por parte del presidente y la exclusión de las principales decisiones políticas de la oposición peronista, no fueron indicadores claros del carácter más o menos democrático del presidente.

La destitución autoritaria: rol y factor del liderazgo

La relación entre *performance* democrática y centralidad de Alfonsín en todo caso puede ser analizada desde la perspectiva de la defensa que el presidente hace de las instituciones democráticas. La centralidad de Alfonsín guarda relación con los momentos en que las instituciones del régimen democrático son percibidas como frágiles. Así, las situaciones en que el gobierno declara el estado de sitio para solucionar el problema de la violencia armada de derecha, las movilizaciones en apoyo al orden constitucional, las denuncias del presidente en la plaza sobre los intentos militares golpistas, coinciden con momentos de alta centralidad política. Prueba de ello es el apoyo, explícito o no, que la oposición otorga a Alfonsín en decisiones legislativas, como la de punto final o de obediencia debida, que se justifican en la situación de riesgo efectivo de quiebra democrática. Más allá de las declaraciones públicas de desacuerdo y de sospecha que naturalmente impone la permanente competencia entre radicales y peronistas, más allá de la desarticulación del peronismo, lo cierto es que los peronistas en la práctica, favorecerán la sanción de dichas leyes. Este aspecto de la democracia efectiva y percibida de Alfonsín se vincula con las razones de su génesis como líder. Su fervorosa defensa del respeto de la Constitución y de la consolidación de la democracia durante la campaña electoral hizo que su triunfo significara como con ningún otro presidente argentino, la plena conquista de las libertades políticas. La centralidad de Alfonsín se corresponde con crisis vinculadas a la suerte del régimen democrático. Pero este elemento tampoco resulta suficientemente explicativo a menos que agreguemos que su centralidad aumentará en los momentos de amenaza a la democracia, siempre y cuando haya ausencia de una oposición que sea percibida claramente como pro régimen. Por ello, cuando los peronistas renovadores logran legitimarse como oposición pro régimen, la centralidad de Alfonsín disminuye. Si bien la legitimidad de los peronistas como oposición responsable tiene relación con su propia actuación de apoyo al gobierno durante los hechos de Semana Santa, se debe considerar como factor importante, el prestigio creciente de la corriente renovadora y su actuación en el proceso de destitución autoritaria. Baste mencionar que el PJ apoya la derogación de la legislación militar, en particular la llamada ley de auto amnistía y también apoya el proyecto de defensa de la democracia que

establece severas penalidades para aquellos que intenten violar el orden constitucional y para los funcionarios que colaboren con ellos. También apoyó la derogación de quince leyes del régimen militar, entre estas la relativa a la pena de muerte y la ley 20.840, de seguridad del estado.

Factores presentes durante la transición y la primera parte de la instauración democrática tales como la debilidad de las Fuerzas Armadas, o la desestructuración interna del principal partido de oposición, potenciaron significativamente los recursos políticos que Alfonsín obtuvo mediante el plebiscitario triunfo electoral (50% de los votos emitidos) de 1983. En cambio el descenso de su centralidad se relaciona con déficit de eficacia económica, con las dificultades de consolidar una coalición dominante y con la existencia de problemas que se hacen insolubles y que ocasionan múltiples y crecientes costos.

Si la centralidad de Alfonsín guarda relación con la percepción de su capacidad fundamental de salvaguardar la democracia, entonces la centralidad no solamente está en función de la existencia de alternativas políticas que puedan satisfacer esa condición, sino también de los costos que el presidente debió pagar durante su gobierno. Y ello guarda relación con los costos del proceso de destitución autoritaria que llevó a cabo Alfonsín. Desde el punto de vista de la consolidación democrática el proceso fue exitoso, mientras que si atendemos a los efectos de este proceso sobre la centralidad de su *leadership*, estos fueron de alto costo. En efecto, la ausencia de alternativas autoritarias de relieve en la Argentina de hoy se corresponde con un profundo proceso de destitución autoritaria. Este proceso de deslegitimación ha comprometido a los actores de tal modo que las distintas rebeliones militares han encontrado el rechazo de los sectores políticos y sociales más relevantes. Hoy, casi tres décadas después de finalizado su gobierno, la continuidad del orden democrático no es cuestionada por ningún actor y la competencia de la oposición se basa en contestar políticas específicas¹¹. Es decir, el hecho de que no existan alternativas a la democracia no tiene que ver solo con la incapacidad de los grupos autoritarios de adquirir poder suficiente como para derribar un régimen democrático. Esto también se relaciona con la capacidad de los actores democráticos, como de condiciones que permitan a los actores relevantes obtener

¹¹ Sobre las políticas públicas de Alfonsín y el comportamiento de la oposición ver Golbert, L.(1992)

beneficios en un contexto democrático. Como se ha señalado, *aunque la eficacia probablemente es juzgada por los resultados, a veces el neutralizar enemigos potenciales del régimen es igualmente, o más, importante que la inmediata satisfacción de aquellos que han concedido legitimidad al nuevo régimen basándose en sus expectativas* (Linz 1978:48). Pero sin dudas el régimen político argentino afrontó el peso de algunos problemas insolubles, algunos derivados del contexto de crisis económica y de consiguiente insatisfacción por parte de la comunidad política. Y la *insolubilidad* de los problemas deriva del modo en que el gobierno afrontó ciertos problemas y también del modo en que los actores institucionales y la oposición respondieron a esas políticas. El caso ejemplar en este sentido fue el enjuiciamiento de los militares.

El proceso de destitución autoritaria fue exitoso a costa del desgaste político de Alfonsín pues ocupó una parte demasiado importante de sus energías y de su agenda política, comprometiendo su eficacia decisional respecto de otros problemas. Pero además los costos se distribuyeron

tanto para los actores peronistas conservadores, que vieron en la política de Alfonsín una política de divisiones y de conflicto, como para los sectores más claramente democráticos que criticaron su falta de transparencia en el tratamiento de la cuestión militar. Sus objetivos de democratizar la CGT y de juzgar a los militares implicaron para el gobierno la cristalización del conflicto con dos actores que podían provocar serios problemas. Por otro lado las leyes de Punto Final y de Obediencia Debida dieron a la oposición fuertes argumentos para mostrar a Alfonsín básicamente como un líder pragmático que estaba dispuesto a realizar concesiones aún sobre los aspectos que le resultaban más apreciados. Por ello, las dudas que desde la rebelión de Semana Santa pesaron sobre la innegociabilidad del presidente contribuyeron a la pérdida de su imagen como único garante de la nueva democracia. Si a esto agregamos la legitimación del peronismo renovador como alternativa, entonces contamos con las condiciones suficientes para la pérdida de la centralidad de Alfonsín.

Conclusión

La utilidad del concepto de **destitución autoritaria** consiste fundamentalmente en aportar una perspectiva no solo centrada en la legitimidad de un orden político, sino en la deslegitimación de las alternativas, en particular del orden autoritario del que se ha salido. Esto es conveniente en casos de consolidación democrática centradas en el conflicto. Como se ha analizado en este trabajo, el proceso de destitución autoritaria fue en Argentina una forma eficaz y necesaria para detener el péndulo cívico militar

de cincuenta años, y consolidar la democracia. En este proceso el liderazgo de Raul Alfonsín fue fundamental. A medida que la democracia se consolidaba y se convertía en un orden político incuestionable y con una oposición legitimada, su liderazgo disminuía y pasaba a depender de la eficacia de sus políticas públicas. El análisis anterior ha permitido mostrar el modo en que consolidaciones democráticas conflictuales no dependen tanto de la legitimidad inicial, sino del acuerdo en el no retorno al pasado autoritario.

Bibliografía

- Baloyra, E. (1982). "La transición del autoritarismo a la democracia en el sur de Europa y América Latina: problemas teóricos y bases de comparación". En Santamaría, J. (ed.) *Transición a la democracia en el sur de Europa y América Latina*, Vol. 49, pp.287-346. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- (1987). "Democratic transitions in comparative perspective". En Baloyra, E. (comp.) *Comparing new democracies: Transition and Consolidation in Mediterranean Europe and the Southern Cone*. Boulder Co., Wetview Press.
- Catterberg, E. (1989). *La consolidación de la democracia en la Argentina y el sistema de partidos políticos 1983-1989*, paper presentado al XV Congreso Internacional de LASA.
- Cavarozzi, M. (1986). "Political cycles in Argentina since 1955". En O'Donnell, G., Schmitter, Ph. y Whitehead, L. (comp.) **COMPLETAR**
- (2002). *Autoritarismo y democracia*. Buenos Aires: Eudeba.
- Dahl, R. (1971) *Poliarchy. Participation and Opposition*. Yale University.
- De Ipola, E. (1986). "La difícil apuesta del peronismo democrático". En Portantiero, J. C., *La consolidación de la democracia en la Argentina*. Buenos Aires: CLADE.
- Delich, F. (1988). "La democracia como orden posible, en Los problemas objetivos y subjetivos de la consolidación democrática". *Crítica y Utopía*, N° 16, Buenos Aires.
- Di Palma, G. (1978). *Sopravvivere senza governare*. Bologna: Il Mulino.
- (1988). "La consolidación democrática: una visión minimalista". *Revista española de investigaciones sociológicas*, N° 42, abril-junio.
- Dobry, M. (2000). *Democratic and Capitalist Transition in eastern Europe: Lessons for the Social Sciences*. Dordrecht-Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Etzioni, A. (1964). "On self-encapsulating conflicts". *Conflict Resolution*, Vol. II.
- (1980). *La sociedad activa*. Madrid: Aguilar.
- Golbert, L. (1992). *El arte de lo posible: las políticas sociales y la transición democrática*, manuscrito, Buenos Aires.
- Hirschman, A. (1970). *Exit, voice and Loyalty. Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge: Harvard University Press.
- (1981). *De la economía a la política y más allá*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Huntington, S. P. (1968). *Political order in changing societies*. New Haven: Yale University Press.
- (1994). *La tercera ola. La democratización a finales de siglo XX*. Buenos Aires: Paidós.
- Kvaternik, E. (1987). *Crisis sin salvataje*. Buenos Aires: IDES.
- Linz, J. y Stepan, A. (1978). *The breakdown of democratic regimes*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Lukes, S. (1974), *Power: A radical view*. Londres y New York: MacMillan.
- Mazzei, D. (2011). "Reflexiones sobre la transición democrática argentina". *Pol His*, vol. 4, N° 7, pp. 8-15.
- Morlino, L. (1986). "Consolidamento democratico: alcune ipotesi esplicative". *Rivista Italiana di Scienza Politica*, vol. 16, pp. 439-459.
- (1987a). "Crisis autoritaria y cambio de régimen en el Sur de Europa". En Huneeus, C. (comp.) *Para vivir la democracia*. Chile: Andante.
- (1987b). "Democratic establishments: a dimensional analysis". En Baloyra, E. (comp.) *Comparing new democracies: Transition and Consolidation in Mediterranean Europe and the Southern Cone*. Boulder Co., Wetview Press.
- (1988). *Democratic consolidation and non democratic legacy in Italy*. Paper presentado a ECPR. Rimini.
- (2000). "Consolidación democrática: la teoría del anclaje". *Revista Argentina de Ciencia Política*, N° 4, pp. 9-34.
- (2003). *Democrazie e democratizzazioni*. Bologna: Il Mulino.
- Nohlen, D. (1987). "Presidencialismo, sistema electoral y sistema de partidos políticos en América Latina". En AAVV (1987) *Elecciones y democracia en América Latina*: Costa Rica: CAPEL.
- O'Donnell, G. (1976). "Estado y alianzas en la Argentina 1956-1976". CEDES, *Documento de trabajo N° 5*.
- (1981). "Las fuerzas armadas y el estado autoritario del Cono Sur de América Latina, incluido". En Lechner, N. (comp.) *Estado y política en América Latina*. México: Siglo XXI.
- (1982). *El estado burocrático-autoritario: 1963-1973*. Buenos Aires: Belgrano.
- Portantiero, J. C. (1986a). *La consolidación de la democracia en la Argentina*. Buenos Aires: CLADE.
- (1986b) La consolidación de las democracias conflictivas, in Rama, G. Los escenarios...
- Potash, R. (1981). *Ejército y política en la Argentina 1945-1962*. Buenos Aires, Sudamericana.

- Przeworski, A. (1986a). "Some problems in the study of the transitions to democracy". En O'Donnell, G., Schmitter, Ph. y Whitehead, L. (ed.) *Transitions from authoritarian rule*. Baltimore-Londres: The Johns Hopkins University Press.
- (1986b). "La democracia como resultado contingente de los conflictos". *Zona Abierta*, N° 39-40.
- Przeworski, A. y Teune, H. (1970). *The logic of comparative inquiry*. New York: Wiley.
- Rama, G. (comp.) (1986). *Escenarios políticos y sociales del desarrollo latinoamericano*. Buenos Aires: CEPAL-UBA.
- Remmer, K. L. (1985). "Redemocratization and the impact of authoritarian rule in Latin America". *Comparative Politics*, vol. 17, N° 2, pp. 253-275.
- Russo, J. (1995a). *Conflicto y consenso en la consolidación democrática* (paper). Madrid.
- (1995b). "Consolidación democrática y oposición política. Argentina desde una perspectiva comparada". *Revista Ágora*, N° 5, Buenos Aires
- (2017). "On Transition in Social Science". *Al-Mukhatabat*, N° 24, París.
- (2018). *Las alternativas de la historia*. Buenos Aires: Prometeo.
- Santamaría, J. (ed.) (1982). *Transición a la democracia en el sur de Europa y América Latina* (Vol. 49). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Sartori, G. (1976). *Parties and party systems. A framework for analysis*, Cambridge: Cambridge University Press.
- (1980). *Partidos y sistemas de partidos*. Madrid: Alianza.
- (1982), *Teoria dei partiti e caso italiano*, Milán: SugarCo Edizioni.
- Schmitter, P. (1988) *The consolidation of political democracy in southern Europe*, Standford University e Instituto Universitario Europeo.
- Smulovitz, C. (1988). "Crónica de un final anunciado: las elecciones de marzo de 1962". *Desarrollo Económico*, N° 109, vol. 88, abril-junio, Buenos Aires.
- Spriano, P. (1986) *Le passioni di un decennio 1946-1956*. Milán: Garzanti, Tempi Moderni.

De clientes a “varones prostituyentes”

Una aproximación al proceso de construcción de un sujeto repudiable

From clients to *prostituyentes*

An approach to the construction process of a repudiable subject

Estefanía Martynowskyj | ORCID: orcid.org/0000-0003-1104-5426
estefania_mdp@hotmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Argentina

Recibido: 02/03/2018

Aceptado: 11/09/2018

Resumen

Desde el resurgimiento de la preocupación por la *trata de mujeres con fines de explotación sexual*, a fines del siglo XX, la prostitución ha vuelto a estar en el centro del debate público, siendo las mujeres *víctimas de trata* y los/as *tratantes* las figuras centrales del mismo. Pero de a poco, el varón que paga por sexo también ha comenzado a suscitar interés, presentándose en variados discursos, a través de la categoría *varón prostituyente*, como un tipo particular de persona, que encarnaría una identidad sexual repudiable. En este trabajo realizo un acercamiento a las representaciones que van moldeando dicha figura, y que oscilan entre la patologización, la criminalización y la reprobación moral. Me interesa analizar el proceso mediante el cual los varones que pagan por sexo se convierten en una preocupación pública.

Palabras clave: Sexo comercial, Clientes, Representación.

Abstract

Since the resurgence of concern about the *trafficking in women for the purpose of sexual exploitation*, at the end of the 20th century, prostitution has once again been at the center of public debate, being *women victims of trafficking* and *traffickers*, the central figures of it. But gradually, the figure of the client has also begun to arouse interest, appearing in various discourses, through the category “prostituyente”, as a particular type of person, who embodies a repudiable sexual identity. In this work I made an approach to the representations that are shaping this figure, and that oscillate between pathologization, criminalization and moral reprobation. I am interested in analyzing the process by which the men who pay for sex becomes a public concern.

Keywords: Commercial sex, Clients, Representation

Introducción

El resurgimiento¹ de la preocupación internacional por la llamada *trata de mujeres con fines de explotación sexual*, en la década de 1990, ha puesto en el centro del debate público a la *prostitución*. En nuestro país, una batería de leyes y normas de distinto rango constitucional; diversos materiales (institucionales, periodísticos, activistas, académicos y artísticos) y una gran cantidad de acciones públicas (de sensibilización, concientización y protesta) producidos y llevadas adelante por actores de proveniencias heterogéneas, le han dado forma a un régimen anti-trata (Piscitelli, 2015) de carácter punitivo y sexualmente conservador (Bernstein, 2014; Weitzer, 2007). Hasta ahora las figuras centrales de dicho régimen han sido la de la mujer *víctima de trata* y los *tratantes*, desde una clave interpretativa regida por la lógica rígida y simplista del derecho penal. Pero de a poco el interés ha comenzado a centrarse, también, en la figura del cliente. Si Silvia Chejter denunciaba en 1999, en el **Informe Nacional de UNICEF sobre la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes en la República Argentina**, que de un total de trescientas noticias periodísticas sobre este tema, solo dos mencionaban a los clientes, y de manera accesoria; desde mediados de la primera década del 2000, los varones que pagan por sexo se han convertido en objeto de preocupación pública, y

¹ Este resurgimiento está marcado por la sanción del **Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños (Protocolo de Palermo)** -uno de los tres protocolos adicionales a la **Convención de Naciones Unidas contra el crimen organizado transnacional**- en 2001, en Viena. En un contexto de migraciones transnacionales crecientes, signado por la preocupación de los países centrales por controlar sus fronteras, el debate sobre la *prostitución* y la *trata de mujeres* reingresó al escenario transnacional, luego de que transcurrieran cincuenta años -desde la **Convención para la represión de la trata de personas y la explotación de la prostitución ajena** en 1949- en los cuales no había habido ningún acuerdo internacional respecto de la problemática de la *trata de mujeres para su comercio sexual* (Varela, 2012). Previamente, entre fines del siglo XIX y principios del XX, el incremento de los flujos migratorios de mujeres y la modernización y burocratización de la *prostitución*, de la mano de la adopción de sistemas reglamentaristas, habían generado ansiedades en torno a los roles de género, la sexualidad y las relaciones de clase y raza, en el período de consolidación de los Estados Nación. De modo que la migración femenina europea hacia Sudamérica, especialmente a Buenos Aires, se leyó como *trata de blancas*, bajo el supuesto de que estos movimientos de mujeres tenían como finalidad su *esclavitud sexual* en los burdeles del nuevo mundo. Sin embargo, la *prostitución* no era tanto el resultado del engaño de proxenetas perversos o redes mafiosas como una respuesta consciente a la pobreza (Guy, 1994, Schettini, 2010).

dicha práctica, en algo reprochable en diversos escenarios donde, hasta no hace muchos años, se justificaba de distintas maneras. Quizás el que más llame la atención sea el discurso del Estado, que históricamente ha gobernado la *prostitución* con un enfoque higienista, a través del control de las mujeres que la ejercen y de los intermediarios (entre los que se incluyen los proxenetas), justificando la *necesidad* de los hombres de acudir a las prostitutas² (Guy, 1994, Múgica, 2014).

En el contexto de discusión de lo que luego fue la Ley N° 26.364 de **Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas** (en adelante **Ley de Trata**), se editaron dos libros que son centrales para este debate y que marcaron su perfil. *Ir de Putas*, del psicoanalista Juan Carlos Volnovich (2006) y *Ninguna Mujer Nace Para Puta* -el libro más emblemático del activismo abolicionista local- de Sonia Sánchez y María Galindo (2007) donde se comenzó a hablar del cliente como un tipo particular de persona, a través de la figura del *varón prostituyente* -aunque desde ópticas diferentes-. Luego, en 2008, la recién creada **Campaña: ni una mujer más víctima de las redes de prostitución**, puso a circular esta misma categoría en su cuadernillo *Una perspectiva abolicionista sobre la prostitución y la trata*, y en 2010 la reconocida socióloga Silvia Chejter publicó *Lugar común*. La prostitución, en una apuesta por *hacer visible* el discurso de los *varones prostituyentes*. Y el Estado Nacional -a través del Comité Ejecutivo para la Lucha contra la Trata y Explotación de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas- (en adelante **Comité Contra la Trata**) realizó, para el mundial de fútbol del 2014, una Campaña Nacional de Difusión sobre el delito de la trata de personas denominada **Paremos la**

² Esto queda claro, por ejemplo, en las discusiones parlamentarias que tuvieron lugar en 1913 en relación a la Ley Nacional N° 9.143 de corrupción de mujeres, conocida popularmente como **Ley Palacios**. El diputado socialista sostenía que la *lacra* que es la *prostitución*, tiene bases económicas -es decir que las mujeres la ejercen por necesidad y que si no hay otras opciones es absurdo no reglamentarla-, y que al mismo tiempo es una necesidad para toda la sociedad. Cita, para fundamentar su posición, a dos autoridades religiosas: *Santo Tomás decía que la prostitución es comparable a la cloaca del palacio, suprimida la cual este se convierte en un lugar fétido e impuro; y San Agustín expresaba categóricamente que el orden social está interesado en el mantenimiento y en la reglamentación de la prostitución. Suprimirla, agregaba, y las pasiones desenfrenadas trastornarán el mundo*. Lo que sostenía Palacios era que los hombres tenían unas *pasiones desenfrenadas* que requerían de la prostitución -aunque era algo sucio y feo-, para que el resto *del palacio* -la Nación y sus familias- no se contaminaran. En resumidas cuentas, la prostitución era vista como un *mal necesario*.

Trata, que ponía en el centro, por primera vez, al cliente. Aunque el Programa Nacional de rescate y acompañamiento a las personas damnificadas por el delito de trata (en adelante **Programa de Rescate**) ya utilizaba el slogan *Sin clientes no hay trata* desde 2012. Paralelamente, desde ese mismo año, se han presentado cinco proyectos, en la Cámara de Diputados de la Nación, y otro en el Senado, que buscan penalizar la compra de servicios sexuales.

Al mismo tiempo, las mujeres nucleadas en **Ammar CTA**³, que se identifican como trabajado-

³ Las mujeres que hoy forman **Ammar CTA** empezaron a reunirse a fines de 1994 en el barrio porteño de Constitución, sumándose en 1995 a la **Central de Trabajadores Argentinos (CTA)**. El hecho que las impulsó a organizarse fue el sometimiento a diversas extorsiones y violencias, de las que eran víctimas por parte de la policía en Capital Federal, que se respaldaba en los edictos policiales para obtener dinero a cambio de **protección**.

ras sexuales, han comenzado a producir discursos que cuestionan la estigmatización y los intentos de penalización del cliente, en tanto consideran, por un lado, que esto impactaría negativamente en sus condiciones laborales y, por otro, que los discursos que expresan esta estigmatización suponen, en general, una ligazón lineal entre trata y prostitución y presentan a las mujeres en sexo comercial siempre y de antemano como víctimas, borrando su agencia.

A partir del análisis de estos variados materiales, realizo un primer acercamiento a las representaciones que van moldeando la posición del *cliente* como la de un tipo particular de hombre, y que oscilan entre la patologización, la criminalización y la reprobación moral. Me interesa analizar el proceso mediante el cual los varones que pagan por sexo se convierten en una preocupación pública.

Torturadores, responsables de la “trata” y/o personificación de la dominación masculina: Representaciones de los varones que pagan por sexo

El sexo es el sexo, pero lo que se califica como sexo aceptable también es determinado y obtenido culturalmente.

Gayle Rubin, *Reflexionando sobre el sexo* (1989)

En la mutación del cliente de prostitución en *Evarón prostituyente* se expresa una condena que condensa dos cuestiones que es necesario aclarar, para entender los contextos de enunciación en los que surgen este tipo de representaciones. Por un lado, opera una visión normativa de la sexualidad que podemos rastrear en el posicionamiento del feminismo cultural en los debates conocidos como las *guerras del sexo*, que se desarrollaron en Estados Unidos entre fines de las décadas del setenta y del ochenta en torno a la pornografía, en particular, y al carácter de la sexualidad en general (Ferguson, 1984). Lo que me interesa rescatar de ese debate en esta ocasión, es la idea sostenida por las feministas anti pornografía de que la violencia es algo intrínseco a la sexualidad, y que esta es *un constructo social de poder masculino: definido por los hombres, impuesto a las mujeres y constituyente del significado de género* (MacKinnon, 1987) y por tanto, la sexualidad se halla en el centro de la opresión de las mujeres⁴.

⁴ Estas ideas se reactualizaron durante los últimos años en el escenario local, en distintos espacios de sensibilización, reflexión y debate, donde circulan con potencia las ideas de feministas como Catherine MacKinnon y Carol Pateman. Uno de los más significativos tuvo lugar en el año 2010, durante el Encuentro Internacional sobre Violencia de género, que se desarrolló en la Facultad de Derecho de la

Cuando en la década del noventa se sancionó la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer** (convención de Belem do Pará, 1994) -hija de la Década de la Mujer de la ONU, sus conferencias mundiales y de la CEDAW (**Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**, de 1979)-, y la violencia contra las mujeres se convirtió en el topos privilegiado para tematizar las diversas desigualdades de género y reclamar la ampliación de nuestros derechos, en términos de derechos humanos, las ideas del feminismo cultural encontraron suelo fértil para propagarse e hicieron mella en la campaña global anti trata, que también puede pensarse como corolario de este proceso (aunque el control de las migraciones a través de

Universidad Nacional de Buenos Aires, organizado por la Defensoría General de la Nación. MacKinnon -por primera vez en Lati-noamérica- estuvo a cargo de la conferencia inaugural y sostuvo que *la prostitución es una práctica de violación serial* y que *los clientes deben ser encarcelados*, frente a casi un millar de personas que, según cuenta Daich (2012), la aplaudieron efusivamente. Los diarios de tirada nacional Clarín y Página 12, cubrieron su visita con entrevistas. Ver en https://www.clarin.com/sociedad/prostitucion-practica-violacion-serial_0_SJAMwVLAuXg.html y <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-148805-2010-07-04.html>

la lucha contra el *crimen organizado* juega un papel importante en su configuración). Así, la idea de la prostitución como violencia contra las mujeres se volvió hegemónica dentro del feminismo -y ese lenguaje fue apropiado por actores con intereses diversos, como agentes estatales, grupos religiosos, ongs, espacios políticos- (Weitzer, 2007) y los varones que la consumen comenzaron a ser vistos como uno de los principales responsables, junto con una variedad de actores que reproducen el funcionamiento del mercado sexual y que los discursos que emergen de la campaña anti trata caracterizan como grupos mafiosos o criminalidad organizada (Varela, 2015). En este sentido, podríamos pensar al *varón prostituyente* emergiendo, por un lado, como una figura más de la batería de *anomalías sexuales* del dispositivo de sexualidad descrito por Foucault, que construye la variedad sexual en términos de desviaciones y perversiones (Kulick, 2005; Morcillo y Von Lurzer, 2011) y, por el otro, como parte del repertorio del discurso abolicionista que lo reprueba moral y políticamente, en tanto (re)produciría, y se abusaría de, una relación asimétrica de poder, en un contexto patriarcal y capitalista.

Por otro lado, detrás de esta condena circula la idea de que la intimidad o el mundo afectivo y la economía, no tienen nada que ver entre sí y que cuando entran en contacto se “contaminan”, ya que las relaciones económicas degradarían las relaciones íntimas y estas, a su vez, tornarían ineficientes a las primeras, lo que Zelizer llama la perspectiva de las *esferas separadas* y los *mundos hostiles*.

Veamos cómo se expresan estas ideas en los primeros materiales de divulgación, de corte académico y activista, que se publicaron entre 2006 y 2008, durante el proceso previo a la sanción de la Ley de trata, donde ya se venía soldando una ligazón lineal entre prostitución y trata⁵, reenviando a la primera al ámbito del delito.

⁵ La perspectiva abolicionista de la prostitución que surge en el seno del feminismo radical estadounidense entre las décadas de 1970 y 1980, considera que esta es una forma de violencia contra la mujer, su *esclavitud sexual* (Barry, 1990), de modo que no hay lugar para el consentimiento. Con el cambio de milenio, desde este prisma, todas las inserciones de las mujeres en el mercado sexual son leídas como trata. Esta interpretación ha ganado lugar en nuestro cuerpo normativo, principalmente desde la modificación de la Ley de trata en 2012, cuando se eliminó el consentimiento de las mujeres mayores y se quitaron los medios comisivos que permitían que se tipificara el delito. Sin embargo en la primera ley N° 26.364, del 2008, que retomaba la definición del **Protocolo de Palermo** (el cual hacía lugar al consentimiento y precisaba una serie de medios comisivos) esta unión lineal entre trata y prostitución debía ser construida por jueces y fiscales, al quedar cierto margen para distinguir entre prostitución *libre* y *forzada*. Además, a nivel discursivo, se ha ido instalando una narrativa que Varela denomina *trafiquista*, que observa el mercado del sexo desde el paradigma de la trata, *presentando las formas violentas de captación como los modos más habituales de inserción en el mercado [...] y a las mujeres que ofrecen sexo comercial como víctimas pasivas* (2015:113).

Interpretación psi: la prostitución como escenario de la *degradación del objeto amoroso*

En 2006 la Editorial Topía⁶ publicó un libro del médico y psicoanalista porteño Juan Carlos Volnovich, titulado *Ir de putas. Reflexiones acerca de los clientes de la prostitución*. Allí el autor se propone analizar, desde un punto de vista psicoanalítico, los motivos por los cuales los varones consumen prostitución -*la psicología del usuario*-, ya que son para él los grandes olvidados en todos los estudios y discursos que circulan sobre este fenómeno. Sin embargo, de los seis capítulos que componen el libro, solo los tres primeros están dedicados a este tema y si bien Volnovich aclara que el punto de partida son *la mayoría de sus pacientes varones, que han tenido o tienen relaciones con prostitutas*, no hay en el libro un análisis de los discursos y experiencias de estos varones, como prisma desde donde hacer emerger la *psicología del usuario* -apenas en dos páginas se transcriben extractos de sesiones donde tres de sus clientes hablan del asunto y en el muy breve capítulo 3 retoma la experiencia de vida de uno de ellos-. El autor se basa principalmente en los resultados de una investigación titulada *El hombre en cuestión. El proceso de devenir cliente de prostitución*, realizada por el **Mouvement du Nid**⁷ en 2004; en la teoría psicoanalítica freudiana y en las reflexiones del feminismo radical (en su corriente cultural), con la cual comparte una idea esencialista y normativa de la sexualidad, unida íntimamente al concepto de patriarcado como dominación masculina universal. La prostitución se representa en clave psicoanalítica como la degradación del objeto de deseo y la imagen que emerge del cliente es la del

⁶ Editorial Topía forma parte de un proyecto editorial que incluye una revista online del mismo nombre, que se publica desde 1991 en Buenos Aires, tres veces al año. Topía se propone como *un espacio de reflexión donde el psicoanálisis, al no pretender transformarse en una cosmovisión, se pueda encontrar en un diálogo fecundo con la sociedad y la cultura, implicando a distintas disciplinas y enfoques*. No depende de ninguna institución pública, ni privada. Volnovich forma parte del consejo de asesores. Para más información, ver <https://www.topia.com.ar/qu%C3%A9-es-top%C3%ADa>. Este proyecto editorial forma parte del amplio proceso de expansión del psicoanálisis en Argentina -iniciado a mediados del siglo XX- que, como muestra Gonzalez (2016), en la década posterior a la restauración democrática se expresó a través del crecimiento de la matrícula en las carreras de psicología y de la progresiva institucionalización y reconocimiento estatal de la psicología académica, acompañada por la amplia vigencia de las ideas freudianas.

⁷ El **Mouvement du Nid**, creado en 1937, es un movimiento social francés, que trabaja sobre las causas y consecuencias de la prostitución, desde una perspectiva abolicionista, haciendo prevención y sensibilización de la ciudadanía en general, para desalentar el consumo de prostitución, y al mismo tiempo, acompañamiento de mujeres en prostitución en relación a cuestiones de salud, seguridad social y abandono de la prostitución. Más información en <http://www.mouvementdunid.org>

varón como personificación de la dominación masculina:

El pago es esencial en el caso de varones que disimulan la puesta en acto de un deseo sádico, la humillación ejercida, a partir del valor en el mercado de los “gatos” que usan. La relación sexual solo es un medio para ejercer el poder que la **degradación del objeto amoroso como fin**, testimonia [...] sirve de pretexto para el despliegue de una escena totalmente ritualizada, simulacro de un encuentro sexual, parodia de una relación pasional, en la que **todo está puesto al servicio de la dominación, la denigración femenina**. (pp. 31-32, resaltado propio)

No hay una nosología, ni un tipo específico de perfil de cliente, como el autor sostiene, pero sí una manera de entender la sexualidad como un espacio de posiciones de poder y de género que son fijas. Mientras Volnovich explica la relación cliente-prostituta como una relación que permite a los varones eludir *el alto precio del compromiso afectivo*, lo cual sería un requisito de la *masculinidad hegemónica* (2010:23), y al mismo tiempo, el efecto del *fracaso de la evolución progresiva de la libido*, que siguiendo a Freud, explica a partir de la fijación de la sexualidad de los jóvenes en fantasías incestuosas inconscientes, lo cual los lleva a relacionarse con prostitutas porque de este modo pueden garantizar un vínculo sensual sin la presencia del cariño (que los remitiría al vínculo con la madre) (2010:33).

Desde la perspectiva de Volnovich, las relaciones afectuosas entre clientes y prostitutas que analiza Morcillo (2016), y que agrupa en las categorías de clientes que transitan hacia parejas amorosas; *clientes-amigos* y *amantes-renta*, son ininteligibles. La degradación simbólica y la estigmatización del sexo comercial sostenidas en el ideario romántico y en las ideas de las esferas separadas y los mundos hostiles, no permiten ver otros vínculos entre prostituta-cliente que no sean de degradación. Mientras que, aún asumiendo que las relaciones entre varones y mujeres pueden pensarse como relaciones de clases, en el sentido en que lo hace Tabet (2012); en tanto más allá de las diferencias de raza y clase social, se da entre varones y mujeres un intercambio de sexualidad por algún tipo de compensación, y el sentido del intercambio es siempre el mismo -siendo que la sexualidad de las mujeres se construye como servicio, en un continuo de intercambios económico-sexuales que *va desde las relaciones matrimoniales hasta las formas más corrientes de prostitución* (Tabet, 2012:152)- la sexualidad es más un lugar de disputa que de relaciones fijas. De otro modo no podríamos comprender las transformaciones en las relaciones de género y sexualidad, desde el *matrimonio de compañeros* hasta el empoderamiento de las trabajadoras

sexuales que afirman *mi sexualidad, él (cliente) no puede pagarla, cuando me paga tiene derecho a un servicio sexual pero no a mi sexualidad* (Pia Covre en Tabet, 2012: 166)

La perspectiva abolicionista: lógica patriarcal, cosificación y dominación

En el caso del libro de María Galindo y Sonia Sanchez, *Ninguna mujer nace para puta*, publicado en 2007, la imagen que emerge es la de un varón que es *prostituyente*, producto de la *lógica patriarcal*, que le concede privilegios y lo sitúa en un *juego de dominación* (2007:130), que funciona a través de una red de complicidades -o *cadena de explotadores*- entre *proxeneta*, *prostituyente*, *policiá y marido* (2007:131). Esta lógica patriarcal o patriarcado significa que los varones tienen el *poder de poseer y controlar el cuerpo de las mujeres*.

Esta lectura del comercio sexual en clave de dominación masculina, en tanto forma concreta de poder que reproduciría una dialéctica dicotómica *amo-esclava*, no solo desestima el rol de agentes de las mujeres en esa relación -al presentarlas siempre y de ante mano como objetos de consumo y transacciones entre hombres-, sino que obtura el análisis de los *procesos complejos de interconexión generizada entre coerción y consenso, entre resistencia y participación de un conjunto de personas involucradas en el comercio sexual* (Morcillo et al., 2018).

Otra cosa que sostiene Sonia Sanchez es que el consumo de *cuerpos de mujeres* constituye un proceso de humillación y cosificación. Y que el *prostituyente es la cara más grotesca del poder sobre los cuerpos de las mujeres* (2007:136), llegando a representarlo como un *torturador*. Esta figura, que encarna una violencia tan extrema, está en sintonía con la figura de la desaparecida, que comenzaba a extenderse en el movimiento de mujeres en esa misma época para representar a las *víctimas de trata* (Varela, 2015), produciendo historias de terror a través de asociaciones con la última dictadura cívico-militar.

El libro de Silvia Chejter, basado en una gran cantidad de entrevistas a varones que pagan por sexo, sostiene que la prostitución es dominación sexual legitimada por las costumbres y tradiciones, y que los *prostituyentes* son la causa de *la oferta de cuerpos para usos sexuales* y por tanto, responsables de sostener la cosificación de las mujeres. La autora afirma que aprender a ser hombre es aprender a ser prostituyente. Y si bien manifiesta que el libro es sobre el discurso de quienes pagan por sexo, la falta de análisis de los testimonios, y en su lugar, los textos dispares y fragmentados que introduce para enmarcar su lectura, encuentran justificación en el objetivo manifiesto de no comprender sus motivaciones ni analizar sus posiciones subjetivas, sino sólo hacer visible su discurso (Chejter, 2010:14).

En otro trabajo hemos mostrado como la mera denominación de estos varones como *prostituyentes* parece transformarlos en agentes que actúan libremente guiados por una voluntad que aparece clara en sus conciencias. Por eso, las tensiones en sus discursos son dejadas de lado, o pensadas como trampas, idealizaciones o inversiones de la realidad, y cualquier análisis de mayor profundidad parece innecesario (Morcillo *et al.*, 2018).

Aunque hay varias cuestiones en común entre los tres libros, en particular la idea de guiones fijos donde los varones que pagan por sexo siempre ponen en acto la dominación masculina -por eso son *prostituyentes*-; en el libro de Sonia Sanchez y María Galindo hay un relato en primera persona, que tiene como punto de partida la experiencia de la *puta*, aunque esa experiencia se presenta como transparente, directa y como evidencia incontrovertible y punto originario de toda la explicación -algo similar a lo que ocurre con los discursos de los *prostituyentes* en el libro de Chejter-. Sin cuestionar la veracidad de la experiencia relatada, considero importante por el contrario, utilizar dicho concepto en el sentido que lo hace Scott (1992), es decir, como mediada y moldeada por contextos discursivos más amplios. Eso nos permitiría analizar los procesos históricos que, a través del discurso, posicionan a los/as sujetos/as y producen sus experiencias en unos términos y no en otros. Es decir, hacer visibles las operaciones de los complejos y cambiantes procesos discursivos por las cuales las identidades se adscriben, se resisten o se aceptan.

En este sentido, la figura del *varón prostituyente* es la contracara de la de *mujer en situación de prostitución*, que presenta las experiencias de las mujeres como mero reflejo del deseo masculino, desconociendo su agencia, en un contexto en que prima el topos de la violencia contra las mujeres en cuanto posición legitimada para enunciar y demandar derechos.

Desplazamientos en la política estatal: de la protección a la estigmatización y los intentos de penalización

El **Programa de Rescate** y el **Comité contra la Trata**, han producido slogans y campañas de sensibilización que pusieron en el centro la figura del cliente. El Programa de rescate desde el 2012 utiliza un slogan que ha tenido mucho impacto en las organizaciones anti-trata y que se ha expandido en otras arenas públicas -tales como los programas televisivos de actualidad, el cine, los tribunales de justicia, la prensa y otros órganos ejecutivos y legislativos del Estado-, que reza *Sin clientes no hay trata* y cuya expresión gráfica incluye, además de la tipografía, una especie de recuadro con códigos de barra. Este slogan representa dos ideas fundamentales,

la primera es que la causa de la trata es la existencia de la demanda de servicios sexuales por parte de los hombres, lo cual homologa prostitución y trata, y la segunda -teniendo en cuenta este solapamiento-, es que las personas en el mercado del sexo son mercancías, objetos que son vendidos, lo cual les quita cualquier posibilidad de agencia, por restringida que esta sea. Por su parte, el Comité contra la Trata realizó para el Mundial de fútbol del 2014 una Campaña Nacional de Difusión sobre el delito de la trata de personas denominada **Paremos la trata**, que incluyó, por primera vez, un eje sobre *la vinculación estructural entre trata y la práctica de pagar por sexo, para desalentar y desnaturalizar prácticas sociales que están en la base de este delito*⁸. En esta misma línea se inscribe la campaña que realizaron en el 2013 desde la **Mesa Interinstitucional contra la Trata (MIT)**⁹ de Mar del Plata, que tuvo una amplia difusión en los eventos populares de la temporada de verano, como el torneo de fútbol, los recitales y las obras de teatro. El slogan era *Hombres de verdad no compran mujeres. El que paga por sexo financia la esclavitud de mujeres y niñas*¹⁰. La apelación a una masculinidad *verdadera* se inscribe en las narrativas hegemónicas sobre la *trata* como el anverso de la categoría del *prostituyente*, conceptualización que también subyace los proyectos de ley que proponen la penalización de los *clientes* -en sintonía con la política Sueca que desde 1999 penaliza a quienes compren o intenten comprar *relaciones sexuales temporarias*, y que todos los proyectos citan como ejemplo a seguir¹¹.-

⁸ Ver campaña en http://www.comitecontralatrata.gob.ar/campanas/campana-contra-la-explotacion-sexual---paremos-la-trata_n39

⁹ Fundada en 2012 por el fiscal general Dr. Daniel Adler, la Lic. Susana Mendez (Comisión Provincial por la Memoria) y la Dra. Beatriz Arza (Defensora del pueblo en ese entonces) e integrada por la Fiscalía General ante la Cámara Federal de Apelaciones de Mar del Plata; el Ministerio Público Fiscal de la Provincia de Buenos Aires; la Defensoría del Pueblo de Mar del Plata y la de Buenos Aires; el Sindicato de Prensa de Mar del Plata; la Dirección de la Mujer de Mar del Plata; la Comisión Provincial por la Memoria, la Dirección Nacional de Migraciones; la Red PAR (Periodistas de Argentina en Red por una Comunicación no Sexista); la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos; el Centro de Apoyo a la Mujer Maltratada; la ONG La Alameda y otros referentes locales. Se propone como uno de sus principales objetivos, según me mencionó uno de sus fundadores en una entrevista, *tratar de hacer algo por las víctimas, tratar de que tuviesen una alternativa de vida*, aunque otro miembro del espacio me dijo durante una charla que *la mesa se va convirtiendo más en un lugar de prevención, de charlas en las escuelas, de un congreso una vez al año en septiembre, pero no sé si mucho más que eso*.

¹⁰ Ver acciones de la campaña en la página de Facebook Mesa Interinstitucional contra la trata: <https://www.facebook.com/489950631065030/photos/a.492709640789129.109985.489950631065030/515426648517428/?type=3&theater>

¹¹ El 13 de abril de 2016 la penalización del cliente se sancionó también en Francia, mediante una ley (N° 2016-444) que sostiene que *la prostitución es una forma de violencia contra las mujeres, un obstáculo para alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres y una violación de la dignidad humana* (Théry y Legardinier, 2017). A dos años de su implementación hay

En Argentina, desde 2012 se han presentado cinco proyectos de ley en Diputados y uno en Senadores (aunque ninguno ha llegado a debatirse en comisiones, perdiendo estado parlamentario). Salvo este último, que propone penar a los clientes de *trata* y no a los de *prostitución*, atendiendo específicamente ese delito, el resto tienen como objetivo desalentar la demanda de servicios sexuales. En el proyecto presentado en 2013 por los/as diputados/as Marcela Rodríguez, María Luisa Storani, Hector Pedro Recalde y otros, provenientes de partidos diversos, se sostiene que hace falta un cambio simbólico para *mudar el estigma que recaía sobre las personas prostituidas para que comience a recaer en quienes pagan por el uso sexual de estas*, porque *la prostitución reafirma la función social dominante del hombre, subordinando socialmente a la mujer*. Además, no se distingue entre trata y prostitución y se afirma que *el usuario le infringe a la víctima de trata un daño adicional equivalente a una violación*, volviendo equiparables las dos situaciones y convirtiendo, en el mismo acto, a la práctica de pagar por sexo en un delito y al cliente en un criminal a quien hace falta penalizar. Los otros cuatro proyectos presentados en Diputados en 2012, 2013, 2014 y 2016¹², se inscriben en la misma línea argumental, hablando de la práctica de pagar por sexo como *la compra del cuerpo de las mujeres, la esclavitud del siglo XXI* y como un acto deshumanizante y estigmatizante. En este sentido, todos los proyectos presentados en Diputados proponen una clave de lectura sobre la prostitución desde el prisma de la violencia contra las mujeres, en sintonía con los análisis del feminismo cultural -incluso en el proyecto de abril de 2013 se la cita a MacKinnon- donde la sexualidad masculina es presentada como siempre violenta, hablando la dominación masculina, en particular cuando se mezcla con la utilización del dinero. Además, lo que se pone en juego, al igual que muestra Kulick para el caso sueco, es la necesidad de apuntalar una sexualidad oficial que, a diferencia del sexo comercial, sería buena, en el sentido de *buen sexo, aprobado socialmente y constituido por relaciones consentidas entre dos adultos-iguales socialmente- que reporten satisfacción mutua* (Kulick, 2005:208). Así, en los diversos proyectos se cita reiteradamente la idea de igualdad sexual, como opuesta al sexo comercial: *en una sociedad con igualdad de género, es vergonzoso que los hombres consigan relaciones sexuales con mujeres a cambio*

voces críticas que han analizado su impacto sobre las mujeres en comercio sexual y sostienen, en términos generales, que *la ley ha tenido un efecto perjudicial en las condiciones de seguridad y de salud y en la vida en general de las trabajadoras sexuales [...] que ha llevado a un empobrecimiento creciente, especialmente entre las personas que ya viven en condiciones precarias [...] y que ha impulsado a las trabajadoras sexuales a operar en condiciones de mayor riesgo, con implicaciones peligrosas para su salud* (Le Bail, Giametta y Rassouw, 2018).

¹² Expedientes en Cámara de Diputados de la Nación N° 2753-D-2012; 1509-D-2013; 5881-D-2013; 0837-D-2014 y 1615-D-2016.

de una paga (Expediente 1509-D-2013, p. 14). Lo que llama la atención, si aceptamos la idea del continuo de intercambio económico-sexual de Tabet (2012), es como se excluyen del mismo las relaciones que, comprendiendo un intercambio, no están estigmatizadas. Como sostiene la autora,

la distinción neta, que contiene un juicio moral, entre intimidad, afecto y transacciones económicas, oculta la estructura económica fundamental de las relaciones entre los sexos, olvidando, entre otras cosas, los siglos de historia de los países occidentales durante los cuales la dependencia económica de las mujeres era la regla y las mujeres debían someterse a su marido, padre o jefe. (p. 163)

Y en el spot y la gráfica de la campaña del **Comité contra la Trata** para el Mundial de fútbol de 2014, esta apelación a una *buena sexualidad nacional* se expresa en el slogan *no manches la camiseta*¹³ mediante el cual se intenta construir una responsabilidad individual para un problema social; y caracterizar a los hombres que pagan por sexo como transgresores de los *valores nacionales* que el Estado promueve. En el material audiovisual de la campaña, esta responsabilización individual se representa en una escena en la que vemos a un grupo de amigos festejando el triunfo de Argentina en un partido del Mundial y cuando uno de ellos comenta: *muchachos, me ofrecieron unas chicas para festejar*, todas las personas en el bar se quedan en silencio y sus amigos reprueban el ofrecimiento diciéndole *pecho frío, amargo, muerto, cualquiera, qué mufa*. Luego una voz en off precisa: *En los grandes eventos deportivos miles de mujeres y niñas son captadas para ser sometidas a explotación sexual. No manches la camiseta*. Y luego retoman el festejo, dejando de lado la posibilidad de pagar por sexo y coreando: ¡Argentina, Argentina!

Si el sexo comercial puede pensarse siempre y de antemano como algo reprochable, más allá de si involucra o no situaciones de violencia y/o explotación, es porque funciona una jerarquización de las prácticas sexuales que al tiempo que estigmatiza el sexo comercial (entre otras prácticas sexuales), lo constituye como frontera del sexo bueno, normal y natural, *idealmente heterosexual, marital, monógamo, reproductivo, no comercial, dentro de la misma generación y practicado en los hogares* (Rubín, 1989).

Lo peligroso de esta concepción, sostiene Kulick, es la cristalización de un encuadre sobre

¹³ Este slogan es un juego de palabras que se ancla en un momento célebre de la cultura popular argentina, cuando Diego Armando Maradona dijo, en su despedida oficial del fútbol el 10 de noviembre de 2001: *El fútbol es el deporte más lindo y sano del mundo. Eso no le quepa la menor duda a nadie. Porque se equivoque uno no tiene que pagar el fútbol. Yo me equivoqué y pagué, pero la pelota no se mancha*.

la sexualidad y sobre cómo debería practicarse, que vuelve a unir amor y sexo, de una manera que puede parecer benigna pero que hace falta mirar críticamente, cuando esa misma unión sostiene relaciones donde las mujeres siguen estando subordinadas a los hombres de muchas maneras (desde una desigual distribución de las tareas domésticas y de cuidados, pasando por la complacencia compulsiva de los deseos sexuales de los maridos, hasta la violencia más cruenta

-en Argentina los femicidios en el marco de las relaciones de parejas constituyen un 58% del total de los casos¹⁴).

¹⁴ Según el Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2015), la mayoría de los casos fue perpetrado por parejas, exparejas, novios, maridos y convivientes, constituyendo la sumatoria de los casos en que existía este vínculo un 58%. Disponible en https://old.csjn.gov.ar/om/docs/femicidios_2015.pdf

Sin clientes no hay plata **Las críticas de las trabajadoras sexuales a la estigmatización del cliente y a los proyectos de penalización**

En el contexto del despliegue de políticas anti trata, que han tensado el debate sobre prostitución en el movimiento de mujeres y feminista, acentuando la histórica polarización entre quienes sostienen que es una de las formas principales de la violencia machista y quienes la consideran un trabajo -con distintos grados de autonomía y explotación-, se ha puesto en marcha una dinámica de acusaciones y oposiciones -por momentos violenta-, que se activa en diferentes eventos públicos (relacionados con efemérides feministas o que tematizan cuestiones de género) y en las redes sociales, y que tiende a profundizar la estigmatización y exclusión de las trabajadoras sexuales organizadas. Sin embargo, las mujeres que se reconocen como tales han producido y/o puesto a circular discursos y categorías -como la de *puta feminista*, el *orgullo puteril* y la misma idea de trabajo/trabajadora sexual- disputando reconocimiento en los espacios feministas, de mujeres y de la disidencia sexual, al poner en cuestión quienes son las sujetas de esos movimiento y cuales los derechos legítimos para ser reclamados.

Entre otras cosas, han expresado su desacuerdo en relación a los intentos de penalización y estigmatización de los clientes sostenida tanto por las feministas abolicionistas como por los/as diputados/as y senadores/as que han presentado los proyectos legislativos. Así lo hicieron público en diversos comunicados desde la página web de la organización que las nuclea, **AMMARCTA**. Sus principales críticas políticas tienen que ver con

que la penalización las empujaría a una mayor clandestinidad, lo cual a su vez las expondría a abusos y presiones policiales, de clientes y de locadores. Además, sostienen que ante una eventual disminución de la demanda, se verían en la necesidad de aceptar clientes que no hubieran aceptado en otras circunstancias o prácticas riesgosas, como tener sexo sin preservativo¹⁵.

Esta crítica también se expresa en la consigna *Sin clientes no hay plata*, que jugando con la consigna abolicionista *Sin clientes no hay trata*, utilizada por el Estado y diversas organizaciones de la sociedad civil, cuestiona la identificación de la prostitución con la trata, el posicionamiento de las mujeres como víctimas y de los clientes como el peor mal de las trabajadoras sexuales. Esta frase ha suscitado la indignación de mujeres feministas de procedencias heterogéneas que la leen como una burla, e incluso como una injuria a la lucha legítima contra la *trata*. Sin embargo, las trabajadoras sexuales sostienen que es una respuesta política *en un contexto donde se dio la modificación de la Ley de Trata que quitó el consentimiento de las trabajadoras sexuales posicionándonos a todas como víctimas (negando nuestra agencia) y a los clientes como delincuentes*¹⁶.

¹⁵ Ver comunicado *Penalizar a los clientes es penalizar a las trabajadoras sexuales autónomas*, del 4 de abril del 2013. En <http://www.ammar.org.ar/Penalizar-a-los-clientes-es.html>

¹⁶ Ver comunicado *La frase Sin clientes no hay plata no es una burla o un chicaneo, es una respuesta política*, del 9 de junio de 2017. Disponible en <http://ammar.org.ar/La-frase-Sin-clientes-no-hay-plata.html>.

Reflexiones finales

En esta primera aproximación a los discursos contemporáneos que circulan en nuestro país en relación a los varones que paga por sexo, he mostrado como desde mediados de la primera década del 2000 ha comenzado a emerger y a cristalizarse en distintas arenas públicas la categoría *varón prostituyente*. Esto representa una mutación novedosa, teniendo en cuenta que históricamente ha sido la posición más invisibilizada en las relaciones de sexo comercial, y que el Estado argentino la ha abordado desde un punto de vista principalmente higienista, justificando el consumo como un *mal necesario* e intentado proteger al cliente-padre de familia-trabajador, de los *peligros a los que se exponía* en las relaciones con las *prostitutas*. He observado que la figura del *varón prostituyente* da cuenta de una estigmatización emergente, al correr el foco de la práctica al sujeto. Esto podría suponer su inscripción en una saga de perversos, en el sentido foucaultiano del término, aunque dicha hermenéutica se rebasa cuando se le imprimen modulaciones desde el feminismo cultural, en tanto el *prostituyente* se considera no sólo una persona repudiable, sino también sujeto de la expresión y (re)producción de la dominación masculina. De modo que el etiquetamiento de estos varones como *prostituyentes* parece transformarlos en agentes que actúan libremente guiados por una voluntad que aparece clara en sus conciencias, pasando de la invisibilidad a la *transparencia* (Morcillo *et al.*, 2018).

Desde esta perspectiva se argumenta a favor su penalización, sosteniendo, por un lado, que reproducirían con sus prácticas la desigualdad de género y, por otro, que serían los causantes de la trata de mujeres. Sin embargo, las mujeres que se consideran trabajadoras sexuales, se oponen

a la homologación de trata y prostitución y a la estigmatización y/o persecución del cliente, en tanto implica tanto desconocer su agencia en la relación de sexo comercial, cómo podría generar una disminución de la demanda, mayor clandestinidad y la exposición a condiciones laborales más riesgosas.

Lo interesante, desde mi punto de vista, sería pensar otras formas de conceptualizar la sexualidad y su relación con la esfera económica que recuperen una visión que no contraponga economía e intimidad, como lo hacen Tabet con la idea del continuo de intercambios económicos-sexuales y Zelizer desde la perspectiva de los *mundos conectados* al sostener que las esferas están mezcladas y se sustentan mutuamente, porque *gran parte de las actividades económicas tienen por objetivo la creación, la definición y el mantenimiento de vínculos sociales* (Zelizer, 2009:26). De esta forma el sexo comercial quedaría enmarcado dentro de una constelación más amplia de relaciones sexo-afectivas interconectadas con compensaciones económicas (Tablet, 2012), lo cual nos permitiría analizar las jerarquías de género que se expresan en la construcción de la sexualidad de las mujeres como servicio, no mirando solamente las actividades más estigmatizadas (y reforzando de ese modo el estigma), sino también las relaciones sexuales consideradas legítimas que fundamentan dicho orden social.

A su vez, esto aportaría a la construcción de un marco interpretativo pluralista de la sexualidad como el que propone Gayle Rubin (1989), que sin dejar de criticar las desigualdades de género y las asimetrías que se (re)producen en el comercio sexual, evitaría visiones (y políticas sexuales) normativas y rígidas.

Bibliografía

- Bernstein, E. (2014). "¿Las políticas carcelarias representan la justicia de género? La trata de mujeres y los circuitos neoliberales del crimen, el sexo y los derechos". *Debate feminista*, Vol. 50, pp. 280-320.
- Chejter, S. (2010). *Lugar común: la prostitución*. Buenos Aires, Eudeba.
- Echols, A. (1989). "El ello domado: la política sexual feminista entre 1968-1983". En Vance, C. (comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Editorial Revolución.
- Ferguson, A. (1984). "The Debate between Radical and Libertarian Feminists". *Signs*, Vol. 10, N° 1.
- Galindo, M. y Sánchez, S. (2007). *Ninguna mujer nace para puta*. Buenos Aires: Lavaca Editora.
- Gonzalez, M. E. (2016). "La expansión del psicoanálisis en la universidad argentina desde mediados del siglo XX: un estudio historiográfico". *Tesis psicológica*, Vol. 1, N° 1, pp. 116-133. Colombia: Fundación Universitaria Los Libertadores, Facultad de psicología.
- Guy, D. J. (1994). *El sexo peligroso. La prostitución legal en Buenos Aires 1875-1995*, Buenos Aires: Sudamericana.
- Justo Von Lurzer, C. y Morcillo, S. (2011). "Mujeres públicas' y sexo clandestino. Ambigüedades en la normativa legal sobre prostitución en la Argentina". En Jones, D. y otros (coord.) *La producción de la sexualidad. Políticas y regulaciones sexuales en Argentina*; Buenos Aires: Biblos.
- Kulick, D. (2005). "Four hundred thousand swedish perverts". *GLQ*, pp. 205-235. Duke University Press
- Le Bail, H., Giametta, C. y Rassouw, N. (2018). *Que pensent les travailleur. Se.S du sexe de la loi prostitution? Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le "système prostitutionnel"*. Recuperado de <http://www.sexworkeurope.org/sites/default/files/userfiles/files/Rapport-enque%CC%82te-Loi%2013%20avril.pdf>.
- MacKinnon, C. (1987). "Sexuality". En *Toward A Feminist Theory of the State*. Estados Unidos: Harvard University Press.
- Morcillo, S. (2016). "Contrabando de afectos, fugas de capitales y otros desplazamientos. Relaciones de sexo comercial más allá de las fronteras de la prostitución". *Cadernos Pagu*, N° 49.
- Morcillo, S., Martynowskyj, E. y de Stéfano, M. (2018). *Masculinidad, sexualidad y relaciones de género en los relatos de varones que pagan por sexo*. Ponencia presentada en XII Jornadas de Investigadores en Historia del CEHIS, Departamento de Historia, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Múgica, M. L. (2014). *La ciudad de las Venus Impúdicas. Rosario, historia y prostitución, 1874-1932*. Rosario: Laborde Libros.
- Piscitelli, A. (2015). *Riesgos: la capilarización del enfrentamiento a la trata de personas en las tensiones entre planos supranacionales, nacionales y locales*. Texto presentado en el IV Congreso latinoamericano sobre trata y tráfico de personas. Bolivia.
- Rubin, G. (1989). "Reflexionando sobre el sexo. Notas para una teoría radical de la sexualidad". En Vance, C. (comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución.
- Schettini, C. (2010). "Viajando solas: prácticas de vigilancia policial y experiencias de prostitución en América del sur". En Bretón, J. T. (org.) *En la Encrucijada. Historia, marginalidad y delito en América Latina y los Estados Unidos de Norteamérica, siglos XIX y XX*. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Scott, J.W. (2001 [1991]). "Experiencia". *Revista de Estudios de Género La ventana*, N° 13, pp. 42-73. Universidad de Guadalajara
- Tabet, P. (2012). "La gran estafa: intercambio, expoliación, censura de la sexualidad de las mujeres". En Veloso Bermedo, T. y Caloz-Tschopp, M.C (dir.) *Tres feministas materialistas: Colette Guillaumin, Nicole-Claude Mathieu, Paola Tabet*. Vol. II. Chile, Escaparate Ediciones.
- Théry, G. y Legardinier, C. (2017). *La ley francesa del 13 de abril de 2016 para reforzar la lucha contra el sistema prostitucional y apoyar a las personas prostituidas. Principios, metas, medidas y proceso de adopción de una ley histórica*. Recuperado de <http://www.cap-international.org/wp-content/uploads/2017/06/CAP-brochure-MAi2017esV3.pdf>
- Varela, C. (2015). "La campaña antitrata en la Argentina y la agenda supranacional". En Daich, D. y Sirimarco, M. (comp.) *Género y violencia en el mercado del sexo: política, policía y prostitución*. Buenos Aires: Biblos.
- Volnovich, J.C. (2010 [2006]). *Ir de putas: reflexiones acerca de los clientes de la prostitución*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Weitzer, R. (2007). "The Social Construction of Sex Trafficking: Ideology and Institutionalization of a Moral Crusade". *Politics & Society*, N° 35, pp.447.
- Zelizer, V. (2009). *La negociación de la intimidad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

| **Ensayo**

Notas desde los feminismos del sur

Justicia y subversión semiótica-epistemológica-política

Notes from southern feminisms

Justice and semiotic-epistemological-political subversion

Mariana Noel Guerra Pérez | ORCID: orcid.org/0000-0003-2452-3298

marianoelguerra@gmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Argentina

Recibido: 19/03/2018

Aceptado: 29/06/2018

Resumen

Este artículo tiene como objetivo realizar una aproximación a la noción de justicia, señalada por Montserrat Sagot, articulada con una propuesta de subversión semiótica-epistemológica-política desde los feminismos del sur. Esta es, además, puesta en relación con la categoría de co-constitución de raza-clase-género-sexo(ualidad) planteada por el feminismo decolonial. Para generar pensamientos comunitarios en lucha por la justicia. Asimismo, se plantea la disrupción del sujeto del feminismo hegemónico y del circuito semiótico masculinizado. La subversión semiótica es necesaria puesto que el pensamiento latinoamericano ha mantenido al margen los estudios y filosofías feministas. Esta reconfiguración de la semiosis habilita espacios de enunciación e interpretación para las mujeres, con ella emergen categorías epistemológicas que se implican en las praxis de escrituras. Saltear los lugares asignados como han sido los del silencio denota una acción política que conlleva además una crítica al régimen heteronormativo que determina la existencia de las mujeres.

Palabras clave: Feminismos, Justicia, Subversión, Experiencias, Mujeres.

Abstract

This article aims to make an approach to the notion of justice, indicated by Montserrat Sagot, articulated with the semiotic-epistemological-political subversion proposal from the southern feminisms. This is also links that notion with the category of co-constitution of race-class-gender-sex(uality) which was set out by the decolonial feminism, to create communities thoughts fighting for justice. Moreover, it is set out the disruption of the subject the hegemonic feminism and the masculinized semiotic circuit. Semiotic subversion is necessary since Latin American thought has kept feminist studies and philosophies aside. This reconfiguration of the Semiosis enables spaces of enunciation and interpretation for women, and with it, it emerge epistemological categories that are implicated in the writing praxis. Skipping the assigned places as well as the silence has been skipped, shows a political action which also brings a critique of the heteronormative regimen that delimits the women existence.

Keywords: Feminisms, Justice, Subversion, Experiences, Women.

Entrada al campo: experiencias anudadas¹

Lunes 14 de agosto de 2017. Entro² al aula virtual de CLACSO por medio de la plataforma **Big blue button**³. Allí nos esperan (a mis compañeras y a mí) las docentes, mujeres mendocinas y argentinas. Nos presentamos a través de la escritura⁴ y narramos nuestras experiencias de vida. Juntas vamos a transitar los feminismos del sur, estamos en un vínculo. Así avanzamos, estamos en la escucha y nos identificamos, no estamos solas. He abierto mi cuaderno de bitácora del curso, estoy ansiosa por tender la puente. El

¹ Este ensayo es producto de un curso de posgrado. Se encuentra atravesado por el pensamiento de mujeres del mundo, de Latinoamérica y el Caribe. Hacemos uso de las categorías de feminismos del sur y feminismo decolonial sabiendo que estas atienden a diferentes matrices epistemológicas. En estas distinciones veremos, por ejemplo, que algunas autoras cuestionarán al género, como María Lugones desde el feminismo decolonial, y otras lo tomarán como herramienta, como Nelly Richard. Realizada esta aclaración, a lo largo de este artículo buscamos generar diálogos entre ellas para abordar el objetivo planteado.

² Esta primera sección está redactada en primera persona del singular, puesto que parto desde un punto de vista que implica experiencias cotidianas. En este sentido, Dorothy Smith plantea la experiencia diaria como lugar de partida para generar un proyecto feminista (Bach, 2010). El punto de vista actúa desde el momento inicial de la investigación al atender a determinados problemas y marcos teóricos. Así, punto de vista y experiencias son entendidos como categorías epistemológicas, en tanto que intervienen en la generación del conocimiento.

La noción de punto de vista, *feminist standpoint*, tuvo sus tratamientos iniciales de la mano de epistemólogas norteamericanas como Nancy Hartsock (1983), Evelyn Fox Keller (1985) y Sandra Harding (1986).

Teniendo en cuenta las matrices con las que nos encontramos operando en especial la decolonial, que toma la propuesta del *black feminism*, se puede consultar la propuesta de Patricia Hill Collins (2002 [1990]). Ella postula que el punto de vista se constituye a partir de dos elementos: experiencias políticas económicas y una conciencia feminista negra sobre la realidad material. Estos dos elementos se encuentran atravesados por la manera en que se experimenta, problematiza y actúa en la *matriz de dominación*. Por otra parte, Luiza Bairros (2000) retoma a Hill Collins y propone que el punto de vista atiende a la experiencia de ser mujer en un contexto social e histórico determinado.

³ **Big blue button** es un sistema operativo para realizar conferencias en tiempo real través de la web. Se ejecutó en 2007 en la Universidad de Carleton. Para más información ver <https://bigbluebutton.org/>

⁴ Decidí extraer mi presentación para la evaluación doble ciego de los referatos. En un reglón hago referencia a mi lugar de residencia, la época en que nací y mi ocupación.

encuentro se presenta en primer lugar como espacio académico. Sin embargo, con nuestras intervenciones en los foros empezamos a crear un espacio comunitario, estoy pensando-sintiendo con mujeres del Caribe y América Latina.

Me hallo en mi cuarto en diálogo con las compañeras y con las autoras de los textos. Estoy en mi cuarto que no es tan mío: tiene puertas giratorias, abiertas a la demanda, soy mamá de Lorenzo de cuatro años. Entre lecturas y escrituras él pide mi atención y cuidado, buscamos juguetes-alimentos y retomo, así durante todas las mañanas. Esta situación de cuidado⁵ (Pautassi, 2007; Rodríguez, 2005) que describo no solo atraviesa mi vida, sino la de muchas mujeres. Situación que conlleva un complejo entramado entre lo público y privado, lo político y económico. En estas circunstancias enuncio en voz alta la propuesta de Montserrat Sagot sobre la justicia. Mi hijo pregunta por lo que digo. Me encuentro interpelada por una voz de la infancia, pues desde los dos años y medio él pregunta por lo que es justo y lo que no es. Así, desde el lugar político y epistemológico que asumo, no puedo soslayar estos cuestionamientos. Pues sabemos que las ideologías dominantes provocan la subalternidad de las voces de personas transgénero, niñxs, mujeres, pobres. Entonces, desde este posicionamiento y en relación con esta experiencia que provoca la maternidad, comienzo el proceso de intertextualidad. Habito el intersticio entre lo académico y lo doméstico. En este habitar se encarna una semiosis, procesos de investigación, inferencias y resignificación de lo justo con Montserrat Sagot en diálogo con diferentes pensadoras.

⁵ Entendemos el trabajo de cuidado como *labor no remunerada llevado a cabo por las mujeres*. Este consiste en satisfacer las necesidades básicas de los sujetos. A su vez, permite y asegura el estado óptimo de las fuerzas de trabajo para desarrollar las actividades de producción que demanda el sistema. De este modo, a partir de Corina Rodríguez (2005) y Laura Pautassi (2007, 2017) entendemos que es el primer eslabón de la cadena de producción. Sin éste no se conseguiría generar el capital por la ausencia de las fuerzas, consecuentemente el sistema económico no podría funcionar.

Aproximaciones a la categoría de justicia

En primer lugar, consideramos⁶ necesario aclarar que el concepto de justicia que plantea Sagot no lo aborda desde la metafísica, **más bien** lo hace en un sentido sociológico. Ella propone atender y tomar en cuenta *las particularidades y las diferencias que las jerarquías sociales, culturales y sexuales producen en los individuos y que determinan su acceso diferenciado a los recursos materiales y simbólicos de la sociedad* (2012:81). Es así que a partir de esta categoría proponemos prestar atención a la equidad e igualdad. Puesto que, en los últimos tiempos las instituciones hegemónicas han cooptado las propuestas feministas generando discursos que atañen a la equidad desde políticas neoliberales y patriarcales. De esta manera, instalan en las agendas públicas problemáticas a favor de los intereses y la lógica dominante.

Es menester que atendamos a estos discursos y pugnemus por la eliminación de todas las formas de opresión y desigualdad para reducir la brecha que genera el status quo. La reducción de presupuestos o desfinanciamiento de programas de prevención y contención a mujeres víctimas de violencia de género es un ejemplo de las **políticas de estado** que en Latinoamérica y el Caribe se llevan a cabo⁷. Por lo tanto, estas no garantizan

⁶ A partir de esta sección usaré la tercera persona del plural femenina, nosotras, puesto que este artículo en tanto dispositivo epistemológico y producción de enunciado es generado desde un agenciamiento (Deleuze) de sujetos colectivos.

⁷ En el siguiente link se muestra el caso de Argentina: <https://www.pagina12.com.ar/68795-menos-plata-para-combatir-la-violencia-de-genero>.

La situación en México: <https://www.economista.com.mx/politica/Llaman-a-fortalecer-estrategia-en-equidad-de-genero-20180601-0032.html>

<https://aristeguinoticias.com/0406/mexico/17-candidatas-asesinadas-en-el-actual-proceso-electoral-urgen-poner-fin-a-violencia-de-genero/>

igualdad y seguridad. Por esto, la propuesta de Sagot radica en una política de la justicia, entendida como social y redistributiva. En busca de acabar con las opresiones, el camino a tomar implica la despatriarcalización y descolonización (2012).

Ahora bien, esta apuesta por la justicia, que es política, no se agota ahí, sino que es planteada desde el plano de la **ética**. Entendemos ética en el sentido de *descentramiento de una postura solipsista para tender lazos de solidaridad, sororidad, hacia-con otrxs*. A nuestro juicio, esto se entrama con prácticas que generan conocimientos debido a que la acción de las sujetos conlleva una semiosis social. Nos aproximamos de este modo hacia una epistemología y semiótica. Ahora bien ¿cómo generarla? Pensar estrategias y luchas en comunidad es la opción para franquear los límites que demarcan los espacios políticos dominantes como son, por ejemplo, las divisiones dualistas de lo privado y lo público **dónde se plantea un separatismo absoluto**. Los feminismos, en tanto resistencia, buscan superar la escisión moderna privado-público, pues bien sabemos que estos espacios no se encuentran en ese estado de división pura. Nuestra vida desde el detalle más ínfimo se encuentra atravesada por lo político. Resuena aquí el lema *lo personal es político* de los feminismos norteamericanos de las décadas del 60 y 70 (Millet, 1970). Nos aventuramos a sostener que si salteamos estos dualismos se abrirán nuevas dimensiones, dónde emerjan otros cuestionamientos y praxis. (Fischetti y Alvarado, 2015) pues no solo hace falta un cuarto propio, como ya lo anunció Virginia Woolf [2006 (1929)], sino crear el vínculo, hacer comunidad con las mujeres que nos encontramos entre espacios académicos y de militancia.

Capturadas en la categoría Mujer

Ahora bien, una cuestión a revisar en la política de la justicia en vínculo con los feminismos es la del sujeto. El sujeto del feminismo se constituyó a partir del universal ocultador **Mujer**, en cuanto asentamiento semiótico generado por la modernidad europea y se convirtió en hegemónico. Es así que a partir de él se conformaron las luchas, sin embargo en Latinoamérica y el Caribe no es representativo. Por lo tanto, nuestro acercamiento al feminismo decolonial⁸ ha contribuido a esbozar una crítica a partir de la co-implicancia de **género-clase-raza-sexo(ualidad)** (Lugones, 2008) puesto que estalla la categoría Mujer. Sabemos que ésta designa a la hembra blanca, burguesa, heteronormada (Alvarado y Hassan, 2017:4). De este modo, se constituye como la(o) norma(l) y en tanto universal ocultador provoca la invisibili-

⁸ Trazar la propuesta del giro decolonial nos llevaría a formular un texto extenso y que escapa al objetivo de éste. Por ello es que, de manera breve, planteo que, con la conquista de América, aquel 12 de Octubre de 1492, el mundo se dividió entre centro y periferias. La invasión europea actuó apropiándose del territorio y con ello de la economía del continente, provocando además la clasificación social y devastación de los conocimientos de los pueblos (Dussel, 2000). Con la conquista se generó el patrón de poder mundial, compuesto por dos ejes que son la modernidad y la colonialidad (Quijano, 2000). En este sentido, *la colonialidad y la modernidad son dos caras de una misma moneda* (Mignolo 2009). No se puede pensar una sin la otra, puesto que se implican. Hay quienes nos alertan, como María Lugones, Yuderkys Espinosa Miñoso y Ochy Curiel, entre otras, que vivimos hacen más 526 años en una lógica basada en la colonialidad de género que determina los lugares y acciones de las sujetas.

zación de las mujeres. Entonces, desde las investigaciones de María Lugones y Oyeronke Oyewumi planteamos que la co-constitución de raza-clase-género-sexo(ualidad)⁹ provoca el descentramiento del sujeto moderno, dando de baja además al solipsismo que conlleva tal posición, pues al ser capturadas dentro de la categoría Mujer se produce un silenciamiento por parte de los registros coloniales-racistas-modernos-patriarcales. El silencio marca la ausencia, la exclusión de nuestras voces por medio de la no escucha del monólogo masculino¹⁰ (Alvarado, 2014). Ser dichas nos ha convertido en objeto del discurso, y en tanto objeto hemos sido subalternizadas, silenciadas. ¿No es acaso esta acción una opresión?

⁹ La categoría de interseccionalidad de *raza-clase-género-sexo* en tanto herramienta teórica y política remite a Combahee River Collective (1977/1981); Angela Davis (1981); Gloria Anzaldúa y Cherrie Moraga (1981); Bell Hooks, (1984); Elizabeth Spelman (1988); Kimberlé Crenshaw (1989/1995); Elsa Barkley Brown (1991); Yen Li Espíritu (1997); Patricia Hill Collins (2000). Ahora bien, desde un punto de vista feminista decolonial, María Lugones (2008, 2012) propone la co-constitución de *raza-clase-género-sexo(ualidad)*. Entiende que una categoría implica a la otra necesariamente y no es sólo un cruce de ellas, debido a que *raza-clase-género-sexo(ualidad)* son una invención moderno-colonial. Actúan en tanto urdimbre y trama. De ahí que el concepto de co-constitución buscar poner en cuestión las opresiones a las que son sometidas las sujetos. Lugones sostiene que seguir trabajando con la interseccionalidad como tal conlleva una lógica colonial.

¹⁰ Siguiendo la lectura de Nelly Richard (1993) entendemos lo masculino desde el registro de lo simbólico discursivo sin implicar la materialidad genérica.

Justicia y subversión semiótica-epistemológica de las mujeres

Visibilizar la exclusión de nuestras voces nos lleva a plantear desde esta política de la justicia, con necesidad y urgencia, la subversión semiótica¹¹ de las mujeres. Esta radica en tomar el lugar de enunciantes e interpretantes en-para la generación y transmisión del conocimiento, como así también en prácticas como las de escritura. Por ello nuestro abordaje apela a la semiótica de la acción, en cuanto necesita de sujetas que sean definidas por su *hacer*. Las mujeres dejamos el lugar de objeto del discurso y nos convertimos en enunciantes e interpretantes. Es decir, participamos en la semiosis misma que es la generación de signos, significados y conocimientos en un contexto histórico, social, político, cultural, en relación también con la naturaleza. Consideramos pertinente aclarar que la subversión semiótica de las mujeres lejos se encuentra de solicitar a los varones un lugar de reconocimiento y legitimación (Mendoza, 2010; Fischetti y Alvarado, 2015) si lo planteamos de esta manera estamos operando en la lógica patriarcal.

El punto central de la cuestión radica en que la subversión se genere en torno a la co-constitución de raza-clase-género-sexo(ualidad). No atender a ésta provoca la cerrazón de la semiosis y con ello la **subalternización** de voces y saberes. Entonces, si trabajamos teniendo en cuenta el entramado de raza-clase-género-sexo(ualidad) estallamos el universal, abrimos procesos semióticos infinitos. Damos los primeros pasos, en comunidad, por la decolonización y despatriarcalización de los feminismos.

Estas operaciones semióticas son procesos complejos de los que surgen algunos interrogantes. Las mujeres tomamos la(s) palabra(s) ¿cómo? ¿Siguiendo al lenguaje heteropatriarcal-sexual-normativo? ¿Qué hacemos con el lenguaje? Aproximarnos al planteo de Nelly Richard (1993)¹² puede ayudarnos a pensar esta cuestión. Ella se pregunta ¿La escritura tiene sexo? Al leer este interrogante, desde el *locus* de enunciación, ensayamos una respuesta. Sí, la escritura tiene sexo. Tiene sexo porque expresa lo subjetivo, más allá de

¹¹ Esta expresión la hemos tomado de Diana Maffia (2014). Si bien la aplica al campo de las ciencias, observamos la necesidad de ampliar el contexto de uso en relación con la epistemología y la política.

¹² Sabemos que Nelly Richard, ensayista y teórica cultural, no realiza su planteo desde el marco teórico del feminismo decolonial. Sin embargo realizamos una aproximación a sus estudios e iniciamos un diálogo con ella puesto que entiende la cuestión del feminismo en tanto acción política y social ligada a las estrategias de enunciación.

los intentos asépticos de la racionalidad moderna guiada por características como la objetividad, neutralidad, universalidad en la generación de conocimientos. Estas corresponden a un punto de vista masculino heteronormativo, colonial y patriarcal. Al respecto, Richard sostiene que si negamos tal hecho, es decir la sexualidad en el lenguaje y la escritura, actuamos encubriendo a la masculinidad hegemónica que disfraza con lo neutro -lo im/personal- su manía de personalizar lo universal (1993:131). De este modo, Nelly Richard (1993) se hace eco de la propuesta de Julia Kristeva sobre las fuerzas de pulsión en la escritura, de ahí expone la semiótica pulsional (femenina) y la racionalizante-subjetivante (masculina), veamos:

la semiótica pulsional (femenina) que siempre desborda la finitud de la palabra con su energía transversal. Y la racionalizante-subjetivante (masculina) simboliza la institución del signo y preserva el límite socio-comunicativo. Ambas fuerzas coactúan en el proceso de subjetivación creativa (escritura). El predominio de una fuerza sobre otra es la que polariza la escritura en términos masculinos (cuando se impone la norma homogeneizante) y femeninos (cuando prevalece el vértigo desestructurador). (p. 132)

La subversión semiótica de las mujeres se complejiza puesto que no es sólo la toma de la palabra sin más, sino que pone en marcha la deconstrucción del lenguaje heteronormativo, de los espacios de escritura y lectura, enunciación y escucha. Porqué de que sirve tomar la palabra y seguir en la lógica masculina, necesitamos incursionar en otros juegos del(os) lenguaje(s), resemantizar el signo. De este modo, Richard propone *la feminización de la escritura que se produce cada vez que la poética o la erótica del signo rebalsa el marco de retención-contención de la significación masculina con sus excedentes rebeldes (cuerpo, libido, goce, heterogeneidad, multiplicidad, etc.)*. Los quiebres que las formas femeninas proponen no son sólo sintáctico son también semánticos, estamos significando desde un punto de vista y experiencias. En relación a esto es necesario recordar que esta propuesta parte desde un punto de vista que tiene en cuenta la co-implicancia de raza-clase-género-sexo(ualidad). Buscamos la generación del conocimiento a partir de experiencias heterogéneas de grupos

de mujeres que dan cuenta de la parcialidad del conocimiento (Hill Collins, 2012). De este modo, las prácticas escriturales de las experiencias femeniles permiten hacer visible y poner en debate problemáticas e interpelaciones que las políticas y economías hegemónicas invisibilizan (Stone Mediatore, 1999). Al respecto, Adrienne Rich (2001) expresa:

Vivimos en una sociedad secuestrada por la industria del “Crecimiento personal” y el “potencial humano”, por la falsa ilusión de que se puede alcanzar la realización personal en trece semanas o en un fin de semana, que la meditación trascendental puede mitigar o ahuyentar la alienación e injusticia que experimentan las mujeres, la gente Negra y del Tercer Mundo, y los pobres, en un mundo regido por machos blancos, en una sociedad que falla a la hora de satisfacer las necesidades más básicas y que se está envenenando lentamente. (p. 29)

A partir de lo enunciado por Rich proponemos que esta enajenación a la que nos conduce el neoliberalismo puede revertirse desde la reunión, el encuentro y cruce de caminos de las mujeres en tanto movimiento político para luchar por la justicia social. La cuestión se hace problemática si observamos la historia de los feminismos y sus escisiones. Entonces, surge el cuestionamiento por y hacia las sujetas políticas de los feminismos, es decir: ¿con quién es la lucha? ¿qué mujeres participan? ¿las blancas? ¿las indias? ¿las negras? ¿las afrodescendientes? ¿las latinoamericanas? ¿las asiáticas? ¿quiénes?

Lo que queda y resuena es que si no es con otros y con otras ¿cómo? (Rich, 2001).

Ahora bien, en relación con el ensayo feminista, la narrativa y la autobiografía¹³ devienen espacios micropolíticos de lucha y resistencia que alteran el orden de la lengua, su gramática y retórica. Las formas de decir-escuchar/escribir-leer feministas son una praxis y asumen las experiencias de las mujeres: hacen comunidad en y con el punto de vista subjetivo-colectivo. En consonancia, Chandra Mohanty sugiere cómo las narrativas que contextualizan hábilmente luchas personales pueden contribuir a una conciencia de la comunidad que sustituye la oposición entre la vida pública y la privada. (Stone Mediatore, 1999:9).

De este modo, escribir desde la experiencia nos permite el encuentro sororo con otras mujeres, poner en tensión los saberes hegemónicos ontologizadores y atravesar el cerco disciplinario. Abrir espacios obturados por la pretensión moderna de la universalidad del conocimiento e inaugurar juegos epistémicos desde el punto de vista a(e)nunciado. Pues, el punto de vista constituye un conocimiento grupal-diverso y además las experiencias históricas conjugadas con la opresión, que viven las mujeres, generan un enfoque que da lugar al activismo en cuanto resistencia (Hill Collins, 2012:114). De este modo, afirmamos que la subversión no sólo es semiótica y epistemológica sino también política. Esta tesis retoma lo anunciado al inicio sobre la política de la justicia y al mismo tiempo excava los determinismos dominantes.

¹³ Veamos, por ejemplo, a Andalzúa (1987) y Gómez (2014).

La subversión semiótica de las mujeres es también política

El feminismo materialista francés dio cuenta de que la heterosexualidad se ha instaurado en tanto sistema político y dispositivo ideológico del patriarcado. Así, el régimen heterosexual establece el tipo de relaciones entre las mujeres y los varones, crea jerarquías deviniendo de este modo asimetrías sociales, y legitima la existencia de ellas. Esto quiere decir que las mujeres existen gracias a la relación contractual del matrimonio (entendido en tanto institución política patriarcal) dentro de la cual son altamente funcionales, pues las féminas llevan a cabo las tareas del cuidado -cocinar, lavar, planchar, etc.- y de reproducción sexual, fundamentales para la producción del capital. (Pautassi, 2007; Rodríguez, 2005)

Al respecto, Rich escribe: *por toda la curvatura de la tierra las mujeres se levantan antes del alba, en la oscuridad antes de que haya un punto de luz; hay mujeres que se levantan antes que lo hagan los hombres y las criaturas* (2001:220). Nosotras agregamos: hay mujeres que se acuestan al alba porque estuvieron toda la noche trabajando. Y hay otras que posiblemente no dormirán, las que son madres, porque tienen que cuidar de las criaturas, y las que no lo son, porque la vida agitada demanda tareas. Hay otras que ni siquiera podrán acompañar, porque su trabajo es esclavizante. Estas son nuestras vidas: mujeres a cargo de los cuidados bajo la heterosexualidad obligatoria y a partir de las cuales se nos designa como tal. A partir de

esto, Wittig enuncia: *las lesbianas no serían mujeres* (1992), debido a que, al saltar la norma, no entrarían en el juego contractual de la heterosexualidad y heteronormatividad, no responderían a las demandas del sistema patriarcal. Ahora bien, María Lugones (2008), Ochy Curiel (2013, 2014) y Yuderkys Espinosa (2014, 2013) apuntan desde el feminismo decolonial que el heterosexismo es constitutivo de lógica de la colonialidad de poder, ser, saber y género. Investigaciones como las de Rita Segato (2014) han demostrado que en las sociedades pre-intrusión colonial no existía un determinismo heteronormativo sino que se podía ser nómada en cuestiones de género. Sin embargo, la conquista echó por tierra el tránsito y generó posturas esenciales del modo de ser mujer contribuyendo al universal ocultador. Dado que los feminismos son movimientos políticos que desestabilizan los órdenes “naturales” a los cuales hemos sido asignadas las mujeres, deviene desde determinados feminismos la propuesta del lesbianismo como opción política y espacio de resistencia a la heterosexualidad obligatoria en búsqueda de una justicia social para combatir las opresiones, desigualdades, en fin, violencias.

Por último, recuperamos a Diamela Eltit gracias a Nelly Richard para plantear alternativas de resistencias y espacios de lucha por una sub-

versión semiótica-epistemológica-política. Eltit expresa:

Si lo femenino es lo oprimido por el poder central, tanto en los niveles de lo real como en los planos simbólicos, es viable acudir a la materialidad de una metáfora y ampliar la categoría de géneros para nombrar como lo femenino a todos aquellos grupos que frente a la posición frente a la dominación mantenga signos de una crisis... Parece necesario acudir al concepto de nombrar como lo femenino aquello que desde los bordes del poder central busque producir una modificación en el tramado monolítico del quehacer literario, más allá de que sus cultores sean hombres o mujeres generando sentidos transformadores del universo simbólico establecido (Eltit, 1990 citada por Richard, 1993).

Diamela nos invita a deconstruir el género como así también lo hace María Lugones (2008). Esto es una forma de poner en brete a la colonialidad de género por ejemplo desde las narrativas de las experiencias de los devenires minoritarios para romper con las lógicas dominantes que se configuran excluyentes.

Colofón

En este ensayo recuperamos los aportes de mujeres de diferentes lugares del mundo y disciplinas para plantear un pensamiento en vínculo con otras, otras, otros. La apuesta consiste en crear espacios comunitarios por una justicia que no nos abstraiga de la realidad sino todo lo contrario. Ahora bien, para poder generarlos entendemos que surge la necesidad de llevar a cabo una subversión semiótica-epistemológica-política en cruce con categorías del feminismo decolonial como la co-constitución de raza-clase-género-sexo(ualidad). De ella deviene la crítica al sujeto del feminismo hegemónico, al circuito de la semiosis en tanto masculinizado y al lenguaje heteronormativo. Con la propuesta semiótica agenciamos en la búsqueda de alternativas epistemológicas del lenguaje con la acción pulsional de las mujeres en cuanto interpretantes y enunciantes de sus experiencias, con puntos de vistas que se constituyen colectivamente en detrimento de los discursos

establecidos. Acciones que dan lugar a pensar la cuestión política y provocar críticas al régimen heteronormativo que asienta sus bases en instituciones como el matrimonio. La subversión, en la complejidad señalada, demuestra momentos de fracturas y corrimientos políticos que precisamente se alejan de los intereses (políticos y económicos) hegemónicos. Esta labor parece utópica frente a las democracias liberales que gobiernan nuestra región. Sin embargo, a largo del escrito observamos que la trama se empieza a desarmar desde las praxis de escritura-lectura y enunciación-escucha: son posibles otros devenires que se (pre) ocupen de las opresiones y violencias. Por todo lo expuesto, deriva la necesidad de plantear, en un futuro próximo, una alternativa sistemática que conjugue la semiótica con la epistemología y la política desde los feminismos del sur puesto que estos han quedado al margen en el pensamiento latinoamericano.

Bibliografía

- Alvarado, M. (2014). "La ausencia femenina en la normalización de la filosofía argentina. Notas al epistolario de Francisco Romero". *RAUDEM. Revista de Estudios de las Mujeres*, Vol 2.
- (2016). "Epistemologías feministas latinoamericanas: un cruce en el camino junto-a-otras pero no junta-a-todas". *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, Vol. 1, N° 3.
- Alvarado, M. y Hasan, V. (2017). "Clase 3: La crítica feminista decolonial: ensayos y devenires latinoamericanos". *Seminario virtual Feminismos del sur*. Recuperado de http://clacsovirtual.org/pluginfile.php/35851/mod_resource/content/2/CLASE%203%20LA%20CR%C3%8DTICA%20FEMINISTA%20DECOLONIAL.pdf
- Anzaldúa, G. (1987). *Borderlands: la frontera* (Vol. 3). San Francisco: Aunt Lute.
- Cumes, A (2014). "Mi habitación propia: Algunas líneas de mi vida". *Plaza Pública, periodismo de profundidad*. Guatemala, 4 de noviembre. Recuperado de <http://www.plazapublica.com.gt/content/algunas-lineas-de-mi-vida>.
- Bairros, L. (2000) "Nuestros feminismos revisitados". *Política y cultura*, N° 14, México: UNAM.
- Curiel, O. (2014). "Construyendo metodologías feministas desde el feminismo decolonial". Ponencia presentada en las *Jornadas de Metodologías Feministas*. Donostia, 19 y 20 de junio. HEGOA-Universidad País Vasco.
- Dussel, E. (1994). *El encubrimiento del Otro: Hacia el origen del mito de la modernidad*. La Paz: Plural.
- Espinosa, Y. (2013). "Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica". *Revista El Cotidiano*, N° 184.
- Fischetti, N. y Alvarado, M. (2015). "Inscripciones feministas. Notas críticas sobre la (re)producción del conocimiento" Recuperado de http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/9994
- Fischetti N., Grasselli, Fabiana y Cabrera, F. (2017) "Clase 5: Discursividad, narrativa, autobiografía y ensayo feminista". *Seminario virtual: Feminismos del sur*. Recuperado de: http://clacsovirtual.org/pluginfile.php/35846/mod_resource/content/2/Clase%205.pdf
- Gomez, D (2014). "Mi cuerpo es un territorio político". En Espinosa, Y., Gómez, D. y Ochoa, K. (ed.) *Tejiendo de Otro Modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Colombia: Editorial de la Universidad del Cauca.
- Harding, S. (1986) *The Science, Question in Feminism*, New York: Cornell University Press.
- Hartssock, N. (1983) "The Feminist standpoint: developing the ground for a specifically feminist historical materialism". En Harding, S. y Hintikka, M. (ed.) *Discovering Reality: Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology and Philosophy of Science*. Dordrecht: Reidel
- Hill Collins, P. (2002 [1990]). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. London: Routledge.
- Jabardo, M. (ed.) (2012). *Feminismos negros: una antología*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Keller, E. F. (1985). *Reflections on Gender and Science*, New Haven: Yale University Press
- Lugones, M. (2008). "Colonialidad y género". *Tabula Rasa*, N° 9, julio-diciembre. Bogotá.
- Maffia, D. (2014). Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista Feminismos*, 2(3).
- Millett, K. (1970). *Política sexual*. Madrid: Cátedra.
- Mignolo, W. (2009) "La colonialidad: la cara oculta de la modernidad". *Catalog of museum exhibit: Modernologies*, N° 43.
- Pautassi, L. C. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. CEPAL.
- Quijano, A. (2000). "Colonialidad del Poder y Clasificación Social". Wallerstein, I. (ed.) *I Journal of World Systems Research*, V (XI:2).
- Rich, A. (2001). *Sangre, pan y poesía: prosa escogida 1979-1985*. Icaria.
- Richard, N. (1993) "¿Tiene sexo la escritura?". En *Masculino/Femenino: prácticas de la diferencia y cultura democrática*. Santiago de Chile: Zegers
- Rodríguez Enríquez, C. (2005). "Economía del cuidado y política económica. Una aproximación a sus interrelaciones". Documento presentado a la 38° reunión de la *Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*.
- Sagot, M. (2012). "¿Un paso adelante y dos atrás? La tortuosa marcha del movimiento feminista en la era del 'fascismo social' y del neointegrismo". En Carosio, A. (coord.) *Feminismo y cambio social en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: CLACSO.
- Segato, R. (2014) "Colonialidad y patriarcado moderno: expansión del frente estatal, modernización, y la vida de las mujeres". En Espinosa, Y., Gomez, D. y Ochoa, K. (ed) *Tejiendo de Otro Modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Colombia: Editorial de la Universidad del Cauca.

Stone-Mediatore, S. (1999). "Chandra Mohanty y la revalorización de la 'experiencia'". *Revista Hiparquia*, Vol. 10, N° 1, julio, pp. 85-109. Buenos Aires: Asociación Argentina de Mujeres en Filosofía.

Woolf, V. (2006 [1929]). *Un cuarto propio*. México: UNAM.

| **Nota de interés**

Diálogos sobre Educación Social

Entrevista a Eduardo Ribó, Director de la Tecnicatura Universitaria en Educación Social de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza

Dialogues on Social Education

An interview with Eduardo Ribó, Director of the Undergraduate Degree in Social Education from Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza

Natalia Baraldo | ORCID: orcid.org/0000-0002-1181-0186
nbaraldobet@yahoo.com.ar
Universidad Nacional de Cuyo
Argentina

Recibido: 06/03/2018

Aceptado: 06/04/2018

Resumen

La Educación Social viene experimentando un auge en Argentina a partir de la creación de carreras afines en el nivel técnico superior. En la entrevista que sigue, realizada al Mgter. Eduardo Ribó, dialogamos sobre diversos tópicos, tales como su encuentro con la Educación social, la creación de la primera tecnicatura universitaria en la Universidad Nacional de Cuyo de la Provincia de Mendoza, las tradiciones pedagógicas que nutren la formación, la especificidad del campo y sus diferencias con la Educación Popular, entre los más significativos.

Palabras clave: Educación Social, Pedagogía Social, Educación Popular, Mendoza, Tecnicatura universitaria.

Abstract

Social Education is gaining importance in Argentina through the creation of careers in the higher technical level. In the interview that follows, made to Master Eduardo Ribó, we talked about various topics, such as: his meeting with Social Education, the creation of the first university technician at the National University of Cuyo of the province of Mendoza, the pedagogical traditions that nurture training, the specificity of the field and their differences with Popular Education, among the most significant.

Key words: Social Education, Social Pedagogy, Popular Education. Mendoza, University undergraduate.

Breve Introducción

La Educación Social viene experimentando un auge importante en Argentina, a partir de la creación de carreras en el nivel técnico superior. Eduardo Ribó es profesor de Educación Física, Magister en Psicología Social de Grupos e Instituciones y Director de la primera tec-

nicatura universitaria en Educación Social; una experiencia interfacultades que desde 2016 ofrece la Universidad Nacional de Cuyo en la Provincia de Mendoza. A continuación compartimos una entrevista realizada en enero de 2018.

Entrevista

Autor (A). ¿Cómo se da en tu vida el encuentro con la Educación Social (en adelante, ES)/Pedagogía Social (en adelante, PS)? ¿Cómo es que te encontrás con este campo?

Eduardo Ribó (ER). En Tulum, México. Si bien yo creo que ya estaba en el campo de la ES, porque siempre trabajábamos en el territorio sin que tuviera esa denominación, en Tulum yendo de vacaciones me encontré, me hice amigo de un uruguayo que era estudiante de segundo año de ES en Uruguay. Y bueno, quedamos en que iba a Uruguay al otro año a entrevistarle, porque estaba haciendo un trabajo de investigación. Y él me hace los contactos en Uruguay y cuando llegué conocí todo lo que era el desarrollo incipiente de la ES allá. Estamos hablando del año 96, 97, hace 20 años. Y ahí empecé a conocer más formalmente una corriente de ES, porque hasta ese entonces yo conocía sobre todo Educación Popular. En México había estado con Carlos Núñez, con Jaume Trilla que venía trabajando ya esos temas en distintos congresos, pero ninguno tan específico de ES del sur. Y ahí digamos, la formación que hizo la INAU, que es el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay, la formación terminó llamándose ES casi sin saber realmente lo que después se iba a conformar, sin saber de las corrientes que ya estaban presentes tanto en Argentina como en España.

A. Entonces ahí te encontrás con estas experiencias. ¿Volvés a Argentina y empezás a trabajar?

ER. No, pasan varias cosas. Empiezan a venir varios educadores sociales para acá a presentar libros. Vino Marcelo Morales a presentar

un libro sobre infancias, que hicimos la presentación en la Biblioteca popular de Bermejo. Eso fue en el 2001, yo trabajaba en el Barrio La Favorita con jóvenes. Entonces lo trajimos a él, la trajimos a Patricia Rojas con Los pibes del Fondo, había como un movimiento. Vino Alberto Morlaquetti, también. Entonces hubo como todo un movimiento que tenía más que ver con la Educación Popular y con las educaciones críticas que en ese momento pensar la ES. Y con Carlos Raganato armamos un proyecto que se llamaba **Líderes comunitarios** y era con jóvenes del Barrio que se formaban en educación social, educación comunitaria para trabajar en su propio barrio, ya sea desde murgas, desde el teatro, desde el deporte social, desde la recreación o básicamente desde esos elementos que tienen que ver con el acercamiento a la cultura de otros vecinos. La concepción nuestra es que tenían que haber vecinos educadores y no venir educadores del centro a trabajar en esa zona; que ya había gente que estaba trabajando con ciertas herramientas y que empoderándose o intercambiando más, iba a lograr potenciarse más, como era la Federación de Fútbol de La Favorita de La Olla, lo que eran distintas organizaciones que estaban trabajando desde el arte y demás. Entonces dijimos que ahí estaba leudando un montón de pibes que se estaban conectando con murgas, con acciones artísticas y demás y que podían ser educadores o promotores de cultura y de fenómenos socioculturales. Entonces hicimos una formación inicial para 25 pibes que se recibieron varios, algunos se quedaron en el camino, y fue como una primera experiencia de empezar a ver que había campos de formación que no eran los tradi-

cionales y que tenían posibilidades de hacerse. Y después, a los 3 años, hicimos una para líderes de la sociedad civil con un proyecto de Nación, donde ya venían todas las uniones vecinales. Y venían desde personas que tenían títulos hasta vecinos que tenían inquietudes, presidentes de uniones vecinales y demás. También fue muy interesante, se llamaba **Líderes socioculturales para la sociedad civil**. Ahí iban leudando de alguna manera en distintos ámbitos, yo creo que había mucho más en toda la provincia haciendo cosas similares, algo que tenía que ser distinto a las educaciones tradicionales, a las formaciones tradicionales porque no tenían el alcance que tenían estas otras posibilidades que ya tenían una constitución, una mirada distinta. Y en concreto la posibilidad de hacer ES, de empezar a leer en mi caso sobre ES, parte de un librito del año 93, que hizo Jaume Trilla que se llamaba *Otras educaciones*. Un librito de Antropos/UPN. Y dentro de las posibilidades para pensar él tomaba a Freire, toda la noción freireana, que para nosotros siempre fue una base en todas estas formaciones, y mostraba el diplomado de ES que estaban haciendo en el municipio de Barcelona. Y ahí vi la lógica desde la cual trabajaban la ES que para mí fue interesante, que hablaba de la concepción de la ciudad educadora. De una ciudad que educaba y lo que hacía la ES era una suerte de transmisión social de todos aquellos hechos socioeducativos que ya tiene la sociedad, y que en sí lo que uno iba haciendo era una suerte de habilitación a la cultura ciudadana, a la posibilidad de apropiación de bienes culturales, de bienes ciudadanos y demás. A ellos le sumas la formación y posgrado en Psicología Social de Grupos e Instituciones que me posibilitó una mirada enriquecida del campo educativo. Y llegado el año 2014, entre el 2014 y el 2015, llegan los contratos programa a la Universidad Nacional de Cuyo, que son la conformación de nuevas carreras, la nueva oferta de la Universidad hecha en función de estudios de demanda de la sociedad. Y apareció una carrera que se llamaba *Recreología*, que era una suerte de ciencias de la recreación, me imagino. No encontramos en su presentación original mucho fundamento al nombre pero sí encontrábamos sentido a la posibilidad de que haya una carrera en recreación. Y como yo tenía y tengo cierto conocimiento del campo de la recreación, me llamó la Decana y me dijo: *¿vos te animas a coordinar esta carrera?* Y yo le decía que no entendía mucho de qué se trataba y ella me decía que no me hiciera problema que ella tampoco, pero que nos las ofrecen para Educación, una tecnicatura, y después vemos, si podemos, mejorar su estructura. Ella venía de México, de Guadalajara de un

evento internacional de educación, y se había conectado con mucha gente que hacía ES allá. Venía con un libro bajo el brazo que se llamaba *Educación para la Vida*, que venía con varios españoles que estaban pensando en una educación extramuros. Entonces de la charla apareció en los dos la inquietud de que apareciera la ES, o sea de que el perfil tenía que ser hacia el tema de la ES.

A. ¿Con la Decana de Ciencias Políticas o la de la Facultad de Educación?

ER. La Decana de la Facultad de Educación, Mónica Castilla. Y entonces de esa reunión quedó esto de tomar lo de recreología y ponerlo con orientación hacia la ES. O sea que el que se forme en recreación tenga una orientación hacia la ES, una mirada sobre la ES. Y después hicimos el encuentro con todos los especialistas, varios seminarios, pero el primero fue muy significativo. Eran todos especialistas de la recreación del ámbito de las organizaciones de la sociedad civil. Allí aparecieron dos cosas, primero la importancia de abrir en el campo de la educación, una educación que tuviese una mirada más abierta sobre el tema de ciudadanía. Y la segunda, esta idea de que habían ámbitos donde ya se formaban en recreación; acá lo tenía el Instituto de Educación Física y algunos otros como la Facultad de Filosofía y Letras que hace una licenciatura en tiempo libre y recreación. Entonces reflexionamos: si ya hay formación en el campo de la recreación, nos daba aún más pie para empezar a trabajar en la lógica de la ES y darle forma. Entonces empezamos a llamar, llamamos en total a cuatro compañeros de Uruguay y a un compañero de Buenos Aires para pensar la educación social. De Uruguay fue Marcelo Morales, Aníbal Armigón... casi todos eran profesores de práctica en ES, salvo Marcelo que ya está un poco en el campo de la PS. Hernán Espiga, Javier Salvo, y también vino por el lado del Tiempo Libre y la Recreación Lorelei Conde. Y de Buenos Aires vino Gabriel Garzón, que es uno de los directores del **Instituto de Tiempo Libre y Recreación (ISTLYR)**, que tienen la carrera de ES. Entonces, bueno, los pudimos traer a ellos. Yo tenía cierta ignorancia de la UNIPE (Universidad Pedagógica Nacional); hubiera sido interesante tener a alguien presente, Puiggrós o algún miembro del equipo de Adriana Puiggrós, porque ellos trabajan muy bien ese tema en la provincia de Buenos Aires. Medio desde la ignorancia fuimos haciendo algunas cosas más abiertas, que quizá con un experto nos hubiera sesgado un poco. Entonces lo que hicimos fue tomar algunas referencias y ser un poco más abiertos a la hora de pensar la

carrera. Como era una tecnicatura que estaba pensada para trabajar en territorio, para hacer, tratamos de pensar en una tecnicatura regional que respondiera a los intereses y a las lógicas de la región nuestra.

A. ¿La región Cuyo?

ER. Sí, o sea, que la mirada sea desde una concepción no basada en lo que pasa en Uruguay ni en España, ni en Buenos Aires, ni en Brasil, ni en Bolivia, ni en Cuba, ni en ningún lugar donde ya estuviera la ES, sino que tomara esas referencias pero que la mirada estuviera puesta en lo regional. La ciudadanía que hay en Mendoza es distinta al tipo de ciudadanía que hay en los lugares que te nombré. Entonces se pensó en poner algunos elementos que tenían que ver con la ciudadanía regional. Por eso incorporamos Educación ambiental, que en las otras formaciones no está. Nosotros pensamos que la Educación ambiental en nuestra región es importante, es como que está preparada, hay organizaciones y colectivos que están trabajando en temas ambientales y que son importantes en el campo social de Mendoza. La misma **Asamblea del Agua Pura**, e indudablemente este es un tema de ciudadanía. El tema de la construcción de derechos y dentro de eso están los Derechos Humanos, entonces incorporamos toda la lógica de Derechos Humanos al trayecto. Y después esta tensión, en el buen sentido, entre el trabajo social y la educación social. Y la hicimos presente. Dijimos, no nos corramos de la tensión e incorporémosla en la propia formación.

A. ¿Y cómo se expresa eso en la formación?

ER. Hay varias asignaturas que son muy de la mirada del trabajo social, como un aporte. Y varias asignaturas, o muchas, que pertenecen al campo de la pedagogía o de la ES. Y la tensión la resolvimos con una pregunta clave que es: *¿qué tiene de educativo lo que hacen?* Permanentemente, para no invadir el campo del trabajo social. Pero igual, varios de los que hacen esa pregunta son trabajadores sociales. La mitad de quienes están en los equipos de Praxis, son trabajadores sociales y la otra mitad son educadores. Entonces está equilibrado, está integrado por el área de la Sociología, del Trabajo social, el área de la didáctica, el área de la expresión y de la educación. Esas serían áreas generales que nutren el programa y que han tratado de hacerlo con una dimensión más local. Y a la vez el campo de la expresión no pensado como el campo del teatro, de la música, de la plástica sino como expresiones integradas. Es como una asignatura donde se ve todo integrado, no cada una en forma aislada.

A. Hiciste mención a un encuentro con especialistas de la sociedad civil. ¿Esto fue en el año 2014? Y podrías mencionar las organizaciones que participaron?

ER. Sí, 2014, 2015. Estaba la **FEDEM** (Federación de Entidades de Minoridad y Familia), **Kairós** de Maipú, **Los Jineteros**, que trabajan con gente en situación de calle; **Laberinto Sur**, que es un proyecto de trabajo de educadores de la pedagogía crítica con un lineamiento bastante llevado hacia la recreación y el juego; **Vínculos estratégicos**, de El Algarrobal; **Campo Flores**, Asociaciones de base de primero y de segundo grado que nos permitían ir viendo o mirando. Esta fue la primera reunión, que fue con especialistas de las organizaciones. Y la segunda se volvieron a invitar pero ya no sólo especialistas de las organizaciones sino a todos los gestores del campo de la ES o de la Educación Popular o del campo del Arte. Se hizo con 120 personas en el cilindro de la Universidad y ahí se definieron las áreas desde las cuales íbamos a pensar el trabajo curricular. Dejamos que se expresaran desde una lógica de la investigación colaborativa, les dijimos qué cosas nos estaban faltando como insumos y les pedimos si colaboraban. Y se armaron distintos grupos donde se definieron áreas de interés que ellos creían que podrían llegar a darse en términos regionales para un futuro técnico en educación social.

A - En Argentina las primeras carreras que se abren son en Buenos Aires en el año 2007, la de UTE (Unión de Trabajadores de la Educación) y el ISTLYR. Antes de esa apertura de carreras ¿se habían realizado eventos vinculados a la pedagogía social?

ER. Creo que hubo una [carrera] anterior que fue de la **UNIFE** y que estuvo dirigida y/o asesorada por Adriana Puiggrós y que fue ES. La idea era incorporar en el Ministerio de Educación un área de Educación social. Fue una idea, no sé hasta dónde llegaron. Quien es referente de la ES en estos momentos, y para nosotros también, es Violeta Núñez, que es compañera, ha trabajado junto a Adriana Puiggrós. Entonces entre ellas dos se leudó bastante la idea de una pedagogía crítica o de una pedagogía social. Patricia Redondo también, de La Plata que trabaja algunos materiales junto a Pablo Martinis, que ha colaborado también con nosotros y lo vamos a traer este año.

A - ¿Desde la investigación?

ER. Claro, porque todo lo que yo te vengo citando es más territorial, más desde el campo, más preparación para el campo. Y lo que estamos citando ahora, tanto Martinis, la misma V.

Núñez, tienen una veta de investigación interesante.

A. Con respecto a las carreras que hay en Argentina, se podría decir que la carrera de Mendoza es la primera tecnicatura universitaria? Porque todo el resto son tecnicaturas de nivel técnico-superior.

ER. Sí es la primera. Esto lo analizamos ahora en Brasil también. Lo que vimos en algún momento fue que quizá era más ventajoso empezar con una tecnicatura que con una licenciatura en la Universidad. Nos daban los números para defender, si queríamos, una licenciatura. Pero en realidad hubiera tomado un camino que no era el más indicado para comenzar. Para nosotros comenzar con una tecnicatura, estábamos muy preparados en el sentido de contar con recurso humano para preparar en el campo, en el hacer de la ES. Pero ya una licenciatura, que necesita investigación y demás, creíamos que iba a demandar un poco más de tiempo de trabajo. Y además, no encontramos en todo el país ni licenciatura ni tecnicatura universitaria, por lo que nos parecía que era una buena manera de comenzar con algo que dure dos años y medio y que ponga a prueba la lógica de la demanda estudiantil; de cuántos estudiantes se inscriben, del tipo de estudiantes, del tipo de campo laboral que se puede llegar a abrir y demás. Entonces como un primer paso nos parece interesante, porque es menos exigente y pone menos en tensión lo que puede llegar a pasar con respecto a la definición de lo que son los campos interdisciplinarios para los futuros educadores sociales. Y pensar ahora para adelante una licenciatura, la estamos pensando con un equipo de trabajo. Ya apareció una en una universidad provincial, la de Córdoba, que el plan está a ser aprobado por el Ministerio de Ciencia y Técnica. Y la idea es tener un contacto con ellos para ver el sistema. Usan un sistema distinto en términos de trabajo y de recurso humano, de equipos docentes. Entonces queremos ver si podemos innovar en el trayecto licenciatura.

A. Ya un poco lo mencionaste, pero para profundizar, me gustaría preguntarte por las tradiciones pedagógicas que fueron convocadas para estructurar las carreras.

ER. ¿A qué te referís con tradición pedagógica?

A. Por ejemplo, al interior de la PS hay también varias corrientes, ¿en cuáles de esas se refieren ustedes?

ER. Bien. Nosotros armamos un equipo interdisciplinario de trabajo que fue de 6 personas

en un principio y llegó hasta 10. De distintas facultades, vinieron: de Políticas, Sergio Reynoso y también Lorena Gordillo, el actual vice director de la carrera de Sociología, Javier Bauzá. Vino alguien de Filosofía. Después tuvimos 5 compañeros de la Facultad de Educación. Y tuvimos discusiones y tensiones respecto a esto de si tomábamos una línea o una corriente o, en el caso mío era tomar un campo disciplinario y que las corrientes entren en tensión, si tienen que entrar en tensión, dentro del campo; lo cual es un poquito más trabajoso porque supone mantener esa tensión. La educación popular estaba y está presente. Para nosotros es casi una referencia, la referencia más cercana. Estamos con Patricia Chávez tratando de pensar en cómo romper con los modelos que las presentan como opuestas/antagónicas y pensar distinciones entre la Educación Popular y la ES. Vamos hacer un evento casi compartido con la Red de Investigadores y Organizaciones Sociales de Latinoamérica (**RIOSAL**), pensando en esto: que muchos de los referentes de la ES, también piensan o toman muchos insumos de la Educación Popular, y que la Educación Popular está definiendo muchas cosas que son muy interesantes para la ES. Casi siempre llegamos al mismo punto que es que tenemos mucho para compartir.

A. ¿Para vos cuáles serían las principales diferencias entre la ES y la Educación Popular?

ER. La abarcabilidad. Creo que es mucho más amplia la ES, tiene un campo mucho más amplio que el que pendula la Educación Popular. Como que la Educación Popular tiene una lógica que se desarrolla en un campo que es el campo popular, y la ES tiende a desarrollarse en el campo popular y otros campos diversos. Estoy pensando: ¿en un barrio privado se puede dar educación social? Sí. Que en principio es más difícil pensarlo desde la Educación Popular. O, ¿puede un educador social trabajar en educación vial? Sí, puede trabajar, quizá no está en la línea del educador popular pero quizá el educador social se abre camino por otros espacios. Me parece que es el campo, que es como más abierto no está sesgado, no está hecho el recorte sólo hacia lo popular, sino que está pensado como un campo más abarcativo. Y yo puedo elegir involucrarme en una educación social que mire lo popular o que sea Educación Popular, donde sea difícil encontrar distinciones. Pero también puedo elegir un tipo de educación social que trabaje con el ambiente, en ciudadanía pero casi en lo gubernamental, o en oficinas de problemáticas de género que no tienen por qué apuntar a lo popular nada más. Me parece que por ahí va, pero igual es una distinción engañosa porque

la Educación Popular nunca se sesga tampoco, no está mirando lo popular y no mira lo otro. Y los referentes son otros también.

A. Pero es cierto que es su punto de partida, el lugar desde donde mira la realidad...

ER. Sí. Igual yo me pregunto, porque cuando los españoles empezaron a pensar la ES y a los referentes de la ES, tenían como una referencia fuerte a la pedagogía crítica latinoamericana. Y en un momento donde se empoderaron, se olvidaron de tomar estas corrientes como base. Se hizo una educación social que deja de lado ésta mirada, a mi criterio. Entonces yo sigo creyendo que no importa quién es paraguas de quién, pero la Educación Popular está integrada a la ES.

A. Volviendo a la carrera y a las tradiciones pedagógicas...

ER. Sí, estaba presente la Educación Popular y estaban presentes otras líneas disciplinarias vinculadas a la recreación y el tiempo libre, entonces se trabajan esos autores. Desde los criterios más pedagógicos nosotros tomamos a Violeta Núñez y a García Molina de Dar la palabra. Él ya viene con una fuerte experiencia de trabajo en educación social en el territorio y Violeta Núñez como docente universitaria que tenía una cátedra de PS. Entonces ellos nos ayudaron como referentes teóricos. Además de tomar a la educación popular freireana, a Teresa Sirvent, autores que nos eran referentes localmente, tomamos estos dos españoles. Y después tuvimos la suerte, si se puede pensar así, de que la facultad nuestra está departamentalizada, lo que significa que no hay directores de carrera, hay departamentos: de didáctica, de expresión, de ciencias sociales, psicología, de ciencias Biológicas y así. Entonces cada uno fue aportando miradas. En sociales y psicología apareció la importante mirada para pensar también las subjetividades. Entonces todo lo que tiene que ver con la construcción de subjetividades lo tomamos para pensar y abrir el abanico en el cual se piensan y refieren los educadores sociales. Entró la antropología social, la sociología y este aporte de la psicología hacia la construcción de la subjetividad y la mirada un poco más abierta de lo que es el sujeto de la educación, para que no esté tan atrapada en lo disciplinar o en lo curricular. Nosotros estamos en una facultad que forma a formadores para trabajar en el sistema formal. Entonces empezar a trabajar para una formación que supera el sistema formal, que lo incluye pero lo supera, era un desafío porque todos empiezan a volcar los contenidos que conocen, que son los orientados al sistema formal. En ese sentido hubo que

dejar entrar esas tensiones y que después se resuelvan en el transcurso del tiempo, cuando indudablemente se tenga que ir revisando algunos programas. Pero nosotros tomamos casi un 40% de materias de Fundamentos que son comunes a todas las carreras de la Facultad de Educación, por lo cual, muchos de los que están cursando se digieren, en el buen sentido, muchos contenidos que no van a usar o creen que no van a usar, por ejemplo cuando ven pedagogía, no ven pedagogía social, al principio. Sin embargo el profesor que tenemos, el Doctorando Aldo Altamirano, es de excelencia, tiene una mirada extraordinaria para lo que está haciendo porque está investigando sobre Pedagogías críticas del Sur. Pero sí se alejaría si fuera una pedagogía que no fuera en la lógica de la pedagogía social.

A. Una pedagogía escolar.

ER. Claro. Y en Educación social pasa lo mismo. Como no hay educadores sociales formados, estamos viendo un tipo de Educación social, de didáctica de la educación social, de praxis que es la que hemos podido armar con el criterio más respetuoso posible. Pero hasta que no haya un claro camino y hayan educadores sociales ya formados e investigando, nosotros estamos trabajando y nos estamos formando. Ahora estamos haciendo un Posgrado en Educación Social con los Mgter. Marcelo Morales y Soledad Pascual del CFE (Consejo de Formación en Educación) de Uruguay. Y la idea es ser lo más metódicos y cuidadosos posible con la idea de ir incorporando los contenidos que son como más pertinentes para el campo de la educación social. Y al momento, hemos tomado contenidos mínimos que hacen o que creemos que hacen, con todas las consultas que hicimos, a la posibilidad de que se den los procesos de formación y las trayectorias educativas para que lleguen con capacidad de hacer. Y lo último es el campo técnico, el campo de la praxis que quizá es el que pone más en juego todo el andamio de las asignaturas. Y está presente en toda la carrera, desde que entraste el primer día hasta el cierre, que es el último coloquio que tenés para recibir el título.

A. ¿Podrías mencionar las instituciones y organizaciones donde hacen la Praxis?

ER. Sí. Ese es un constitutivo casi situacional. El momento teórico está presente en el momento de la praxis, nutriéndose del saber sobre el propio campo, sobre lo que les pasa. Y de la articulación del saber de lo que aprenden en las asignaturas, de ese interjuego, va apareciendo una suerte de alquimia o de integración que les permite a ellos ir perfilando. Además desde el segundo año ellas/os pueden elegir los

espacios y están más tiempo. Hasta ahora los espacios con mayor demanda, porque abrimos la invitación y se presentaron como 20 organizaciones, de las cuales quedaron 10. Quedaron 10 significa, los estudiantes eligen los espacios y en función de su selección quedan esos espacios y no otros, para que también se ponga en juego el deseo del estudiante. Está: el Programa Universitario en Contextos de Encierro (**PEUCE**), como uno de los espacios extramuros de la universidad y que ha tenido muy buena recepción; los **Proyectos Mauricio López**, que algunos se incluyeron allí y han tenido excelentes oportunidades de trabajo; el área de Bienestar a través del Comedor universitario con el programa propio del Comedor Universitario y el CENS que funciona allí y ya, casi cerrando el año, el **Programa de Género** que funciona también en el comedor universitario. Esos tres son los que han aparecido más fuerte hacia el interior de la universidad como espacios de praxis. Y por fuera de la universidad son organizaciones variadas como: de niñez está Campo Flores, que están pegaditos a la universidad, en un andamio; el CENS del Barrio Olivares con el Centro San José, que es un CENS para mujeres; en Ugarteche estuvo **La Veleta** y **La Antena**; en Algarrobal estuvo la **Fundación Vínculos**; en Godoy Cruz la **Red de Centros de Abuelos** con un proyecto para trabajar con tercera edad; estuvo por el lado de los municipios la Estación Benegas en Godoy Cruz y Guaymallén, a través de la oficina de Educación que todavía estamos articulando; una oficina de educación que se vio permeable a incorporar a un educador social practicante.

A. ¿Existe alguna asociación profesional de los educadores sociales en Argentina, o algún ámbito de encuentro entre los estudiantes?

ER. Que yo conozca formalmente, no. Hay uno internacional que llaman a los estudiantes y las asociaciones de estudiantes en Porto Alegre y **ADESU** (Asociación de Educadores Sociales del Uruguay) que también tiene un perfil interesante, que el congreso que harán ellos será ahora en Abril. Y creo que el **ISTLYR** tiene una revista hecha por estudiantes de educación social.

A. Por ejemplo, rastreando encontré la REPSA (Red de Pedagogos sociales de la Argentina) coordinada por María Cecilia Cuña Ferré, Licenciada en Pedagogía Social de la Universidad del Salvador y miembro de la AIEJI. ¿La conoces? ¿Efectivamente existe?

ER. No sé, porque es como si te dijera... nosotros estamos hace 2 años participando de un colectivo que es de Argentina, Uruguay y Brasil,

aunque se sumaron Bolivia, Cuba, Ecuador y Suecia en el último evento, y que se va constituyendo como un espacio colectivo para pensar Educación social y Pedagogía social, sin diferencias. No nos hemos puesto a discutir cuál es la diferencia entre PS y ES, porque cada país lo referencia de una manera y termina siendo similar. Entonces para no empezar con sutilezas que dividan o que no sumen, se llama PS-ES. Saca una publicación por año, como una forma de ayudar a pensar con artículos, y a la vez se junta toda la red para trabajar y seguir leudando todo lo que tiene que ver con la ES. Y el colectivo va, viaja. El próximo es acá en Mendoza. Se hace una vez al año. Se hizo el primero en Uruguay, en la Universidad de la República; el segundo en Brasil, en la Universidad Estadual de Maringá y el tercero se hace acá en nuestra casa de estudios, que a ese queremos sumar a compañeros de Chile. Entonces de ese grupo conozco, pero tienen que haber otros grupos que no conozco. Entonces, indudablemente... me imagino que debe ser como tantas otras cosas que pasan socialmente, que se está trabajando en cuestiones similares y por no tener puntos de encuentro, no te enterás y no participás o no estás. Entonces quizá haya una red muy interesante y no lo sabemos.

A. La siguiente pregunta es qué materiales y bibliografía existe desde y sobre el campo, porque al rastrear encontré como mucho, 5 trabajos específicos que hablen sobre ES o PS en Argentina. ¿Qué textos, libros o revistas conocen o en cuáles se referencian?

ER. Nosotros utilizamos indirecto. Teresa Sirvent, que no es ES pero que si la lees bien... Los Bachilleratos Populares lo tomamos como una experiencia de ES, no dividimos nosotros. Lo que hace **RIOSAL** nos parece muy interesante, toda la línea de educación de **RIOSAL** es una referencia para los que están escribiendo en Argentina. Y también ha habido experiencias como la de Redondo y Martinis, que si bien son de educación y vulnerabilidad, son importantes a la hora de pensar estos temas. Entonces han aparecido de educación y comunidad. De España nos ha llegado uno de GEDISA, *Los 7 retos de la ES*, que hay como varios autores trabajando. La misma Violeta Núñez está escribiendo acá, invitada por varias universidades y organismos y de sus escritos, los que nos han parecido pertinentes los hemos incorporado. Pero así como un referente que hayamos podido tomar, no.

A. Lo que pareciera que ocurre, es que las prácticas de ES son muy antiguas en Argentina pero no así la construcción del campo de la PS, que es muy reciente. Y existen prácticas con mucha producción teórica, como la que recién

nombrabas de los Bachilleratos Populares y en general otras prácticas de Movimientos Sociales, pero que no se autoidentifican con el campo de la ES, sino que se identifican con la corriente de la Educación Popular. Es como que resulta hasta una terminología nueva decir, *yo hago educación social*. Como que en Argentina las identificaciones han venido por otras corrientes, ¿no?

A. Sí. Sí, además que en el mismo Uruguay, uno de los profesores que vino dice que la tía le sigue preguntando: *¿pero qué es lo que hacés?*, Bueno, vos que sos profesor, No, no soy profesor, soy educador social, *¿Pero qué es lo que hacés?* ¡No entiendo! [Risas]. No tienen una persona que sea educador social y que no sea profesor. O sea, no lo entendés porque nosotros tenemos una historia, una tradición que es la formación de profesores que después se dedican a la educación social. Que vienen del teatro, de la música, de la de las ciencias sociales, de la educación física, que vienen de cualquier campo disciplinar y que después se dedican a lo social y se transforman de alguna manera en educadores sociales o educadores populares, pero tienen de alguna manera esa base, como esalógica de profesor o de maestro; un elemento que después lo usan como un andamiaje para trabajar en lo social. Y de golpe, que aparezca la figura del educador social es disruptivo en términos de decir: *¿va a competir con el profesor?* O los mismos estudiantes te dicen: *¿yo voy a poder dar clases?* o sea, hasta ellos mismos tienen la confusión, internamente. Y por otro lado es esta idea de que va a trabajar en equipos interdisciplinarios, entonces cómo pensamos en una figura, profesional y técnico que no pueda moverse individualmente? Entonces en nuestra sociedad es una alteridad, porque te están preparando para moverte individualmente, cada vez es más lógico que vos puedas trabajar frente a estudiantes solo. Y en el campo social no se entiende alguien que trabaje solo. No se concibe, entonces todas estas traducciones llevan a tener que estar con cierta claridad, o muy atento para que no se pierda la línea bajo la cual estás construyendo ciertos elementos básicos para el educador social. Y lo segundo es que si no profesa, *¿qué es lo que hace?* Es decir, si no enseña en la escuela, *qué es lo que enseña?* Todas estas discusiones son enormes, porque cuando estamos acostumbrados a trabajar desde lo situacional, desde lo que va emergiendo o se va configurando, te lo podés explicar que no se trata de llevar un programa sino que la situación se va habilitando, se va nutriendo, se va leudando y vas pudiendo trabajar desde un lugar donde el otro se apropia o le llegan elementos de la cultura. Pero cuesta mucho, predomina la necesidad de tener herramientas,

de llegar a un equipo multidisciplinario y decir *yo tengo las herramientas y yo les puedo enseñar tal cosa*. Porque es como lo que piden los equipos a la vez. Yo creo que con el tiempo se va a ir dando, que tiene que ver con la pregunta del campo laboral que quizás te falta. Con el tiempo se va ir dando, de una manera progresiva, la demanda del educador social y que la configuración de su identidad y de su profesionalidad va a tener mucho que ver con lo que podamos trabajar nosotros/as y ellas/os en torno a estos elementos...

A. ...y su especificidad también.

ER. Sí, a que en el campo sepan lo que tienen que hacer y que en su trabajo sean coherentes, no se confundan, no se superpongan, no compitan con compañeros en el campo. Por eso lo importante de esta investigación, porque una de las cosas que a mí me interesa es pensar: *¿quiénes están en el campo socioeducativo, en el territorio y cómo se ven? ¿Cómo se están viendo en función de estas lógicas de sometimiento que se está viendo.* Yo soy trabajador social y viene un educador social y digo, *qué bueno porque necesito ayuda, como una lógica casi complementaria.* O un pedagogo, un licenciado en pedagogía, *decir qué bueno que venga para así poder desarrollar acciones territoriales y sistematizarlas.* Es decir, *cómo se va imaginando cada uno en función de las lógicas que se dan en territorio.* Y lo otro, es que insumos tiene para construir esas lógicas, a quiénes lee, qué discusiones, qué bases sobre la temática está pudiendo defender a la hora de tener que participar en esos equipos, porque sino será una lógica de sometimiento. Si no tiene espíteme, si no tiene la lógica de decir: *no, nosotros pensamos desde la ES que es importante habilitar espacios para la apropiación cultural.* Bueno, explicáme cómo. O para la construcción de una ciudadanía plena a partir del conocimiento de sus derechos. Bueno, pero explicáme cómo llegás a esas conclusiones y cómo habilitás y colaborás en este grupo. Y lo podrá hacer, en la medida en que él pueda definir *esto es educativo y me siento preparado para desarrollarlo, les parece bien que lo haga?* Es tener una actitud colaborativa con un equipo interdisciplinario o con un espacio institucional. Sí me da miedo esto de *andar solo* en el terreno, de pensarse solos y no organizados. Me daría un poquito de desconfianza pensar que hay una disciplina que te prepara para andar solo en el terreno de lo social.

A. Pero no es la orientación que están recibiendo en la carrera.

ER. No, y es una orientación que no debería tener

nadie. Por desgracia en algunas universidades, sobre todo en las privadas, no te dan el enfoque como para que después puedas salir a trabajar con otros con una mirada de la subjetividad un poco más amplia: mirando la filosofía, la historia de la educación, mirando la constitución de las organizaciones de base, respetando los saberes del otro y demás. Yo miro algún currículum y el otro no está presente, está presente lo que yo sé, nada más. Y eso puede ser peligroso. Si nosotros logramos que el otro esté presente en el diálogo que se establezca en territorio, creo que no nos vamos a equivocar mucho.

A. En otra oportunidad comentaste de un proyecto de investigación radicado en la Facultad de Educación. ¿Su objeto tiene que ver con esto último que decías del educador social y qué es lo que se está configurando como mirada de su rol en territorio?

ER. Sí, pero es él y los demás. No importa si es educador social, sociólogo, psicólogo social, profesor, etc. Es cómo los que trabajan en procesos socioeducativos en territorio, en las prácticas socieducativas, conciben su hacer. Desde dónde se están mirando, a dónde está mirando cada uno su hacer en territorio. Su lógica, la justificación de su hacer, el fundamento de su praxis. Si es colectivo, desde dónde participan y si no es colectivo, cómo lo hacen? Por ejemplo, en Uruguay no se trabaja por fuera de una institución, y las prácticas no se hacen por fuera de una institución u organización. Nosotros estamos logrando algo muy similar. Y me parece que tiene que ver con la lógica de sostén. Porque vos no podés mandar a una persona y decir: *andáte al barrio, sentáte en la plaza y hacé*. Por un montón de razones, porque está desamparada. Entonces la lógica es que se involucren con gente que ya está haciendo y que puedan aprender y que después puedan colaborar también. Y lo último es quizá lo más desafiante, lo que no tiene respuesta, que es el campo laboral. Es una palabra no muy provechosa para los tiempos que estamos viviendo, pero los gobiernos que nos están gestionando, dejan cada vez mayor campo para trabajar; si hablamos en término de la necesidad, es inacabado el campo. No existe algún campo donde no pueda estar un educador. Pero sí existen ciertas condiciones para que tenga sentido que esté el educador.

A. ¿Cuáles te parece que son esas condiciones?

ER. Una apuesta a la ciudadanía, la lógica de que el educador se sienta acompañado o en un colectivo que esté haciendo algo que sea pertinente para el campo de la educación: fenómenos de ciudadanía o de apropiación de la cultura o de generación de fenómenos culturales, o de una lógica más de construcción de un proyecto o un plan donde lo educativo esté presente. Por ejemplo la construcción de un SUM o un CIC en un barrio, bueno a ese salón hay que dotarlo de sentido y sentarse con la gente del barrio a pensar una estrategia que pase por lo educativo, por lo cultural y que él esté presente en la lógica de dar la palabra, de poder pensar con los otros. Que la educación social, con otros profesionales, esté presente de alguna manera que le permita entender criterios que no llegan a ese espacio y que le podrían llegar; una lógica de mediación, de transmisión. En Mendoza de conocí chicos de 14 años que nunca fueron al cine, y no pocos, muchos. O de 20 chicos del Algarrobal, 6 con chagas y que esté naturalizado. En términos de educación para la salud no es posible pensar que a 5 kilómetros de la ciudad tenés de 20, 6 chicos con chagas. Si realmente hubiera inversión en educadores y equipos de salud territoriales, eso no estaría pasando, porque el educador de alguna manera permitiría o favorecería para que se den ciertos procesos de apropiación de lo que no es natural y debe exigirse como derecho. En San Luis también me pasó en un momento de trabajo colectivo con un rompecabezas, un *unecocos* que le llamo. Había una figura en *Power Point* y la tenían que tratar de resolver colectivamente. Y un chico de 13 o 14 años no trabajó en ningún momento. Entonces cuando terminó la actividad le pregunté:

-¿Qué te pasó? ¿No tenías ganas?

-No, lo que pasó es que no entendí lo que me pedían.

-¿Nunca armaste un rompecabezas?

-No, nunca había tenido un rompecabezas en la mano.

Imaginate otras cosas para un chico del campo. Todos esos accesos, todas esas lógicas de acceso, no se garantizan si seguimos apostando a más policías, a más gendarmes que lo que menos hacen es propiciar derechos para que los pibes se puedan sentir habilitados a ser parte de una sociedad que todos tenemos que construir. Entonces, indudablemente creo que el campo está. Lo que hay que hacer, el gran desafío, es cómo hacerle entender al otro, al que tiene capacidad de decisión, que hay que apostar a eso. Y cómo hacer para mostrar oportunamente los logros.

Dossier

**La salud y la política
en tiempos
de restauración conservadora**

Presentación

Presentation

Mario Pecheny

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
pecheny.mario@gmail.com
Argentina

Hernán Manzelli

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
hernan@cenep.org.ar
Argentina

El brasileño Roberto da Matta escribió en 1978 un texto titulado *Sabe com quem esta falando?* (¿Usted sabe con quién está hablando?). En una sociedad desigual y violentamente desigual, el rito del *¿usted sabe con quién está hablando? ¿usted no sabe quién soy yo?* supone, implica y performativamente reinstaura una separación radical y autoritaria de dos posiciones sociales real o teóricamente diferenciadas. La frase (en los años 1970, en dictadura) remite a una vertiente indeseable de la cultura brasileña, pues el rito autoritario indica una situación conflictiva y la sociedad brasileña parece reticente al conflicto. No es que con eso se elimine el conflicto: al contrario, como toda sociedad dependiente, colonial y periférica, tiene un alto nivel de conflictos y de crisis. Pero entre la crisis y su reconocimiento hay un vasto camino a recorrer.

Sabe com quem está falando? nos habilita a interpretar la expresión como un rito de autoridad, un rasgo serio y revelador de la vida social.

El argentino Guillermo O'Donnell, en 1983, escribe *¿Y a mí, qué (mierda) me importa?*. Ante la frase *Sabe com quem esta falando?*, las respuestas argentinas (¿porteñas?) típicas serían:

- ◇ *¿Usted quién (mierda) se cree que es?* (la idea que remite al juego de cartas, doblar la apuesta, *retrucar*)
- ◇ *¿A mí qué (mierda) me importa?*

El análisis de O'Donnell refiere a las bases sociales, en términos de sociabilidad, para una democracia política. O'Donnell lo escribió pensando en una democracia que -era la esperanza- se estaba viniendo. Nosotros podemos pensarlo en una forma de *democracia desfigurada*, como la define Nadia Urbinati. En todo caso, si el conformismo implica la aceptación de las jerarquías sin protestar, la reacción airada muestra una impugnación sistemática del lugar del otro -impugnación de una legitimidad que no por ello deja de ratificar en acto la existencia de esa jerarquía-. En ese sentido, es también un ritual de refuerzo de las jerarquías.

Dicho rápidamente, y adelantándonos 35 años, al día de hoy: ante el avance de los derechos y la inclusión de grandes mayorías históricamente excluidas en gran parte de la región latinoamericana, vemos cómo desde gobiernos y movimientos políticos se alienta una restauración conservadora. Esa restauración quiere volver a poner en su lugar, mediante instrumentos de gubernamentalidad neoliberal (pero también con la violencia más desnuda y literal), a quienes han intentado ocupar -y a veces lo han logrado- lugares que no les corresponden. Pobres, mujeres, pueblos originarios, migrantes, gays y lesbianas, trans, jóvenes, trabajadoras y trabajadores. La imagen del gabinete del presidente golpista brasileño al asumir (todos varones

blancos burgueses trajeados) alcanza para ilustrar esa restauración, que no es sólo de clase.

En otras palabras, somos testigos de una nueva redefinición de quiénes son quienes tienen derecho a tener derechos.

El autoritarismo de la restauración conservadora es ejercido mediante herramientas neoliberales y el uso de la fuerza, y se ve no tanto en lo que los gobiernos hacen como en lo que habilitan socialmente: prácticas de misoginia, homofobia, racismo, clasismo. Formas que parecían haber desaparecido, contra todas las plebeyas y los plebeyos que pretenden acceder a derechos, bienes y servicios, y hoy, con mayor o menor saña, se les privan.

¿Cómo se entiende sino que hasta el derecho universal a la salud que, al menos en Argentina y Brasil había sobrevivido a los embates de los años 90, esté hoy en tamaña crisis? En estos momentos, el Ministerio de Salud no existe más como tal en Argentina y las consecuencias no son difíciles de prever.

Igualmente, como lo muestran varios de los trabajos aquí reunidos, muchas de las alertas y problemas no son de ahora. La fragmentación, desigualdad, desorganización y falta de sostenibilidad caracterizan a los sistemas de salud en casi toda la región, y vienen produciendo desde hace años lo que hemos denominado *vulnerabilidad programática*¹. Tales procesos de vulnerabilización y de respuestas fragmentadas se ven, por ejemplo, al analizarse políticas en materia de prevención del cáncer cervicouterino, o las jerarquizaciones profesionales en el marco de un modelo biomédico hegemónico.

Como también se ha dicho cuando se lo ha tomado como objeto de análisis y reflexiones, los poderes generan resistencias: esto puede verse en la descripción del fenómeno del aborto me-

dicamentoso en contextos de ilegalidad o semi-legalidad, incluyendo la circulación regional de saberes y prácticas, o en la organización de las trabajadoras sexuales que pugnan por sus derechos en un contexto que sólo habilita espacios -y ni siquiera- a quienes se constituyen como víctimas y no como sujetos de derechos. El neoliberalismo y el neoconservadurismo son hostiles a la propia noción de salud pública, a su carácter universal, apuntando a una visión tecnocrática, individualista y mercantil² que, al menos como principio, no habíamos visto en estos lares con tal virulencia. Cuando se piensa en el derecho a la salud y la universalidad del acceso, cuando se piensa en clave colectiva y latinoamericana, no se trata simplemente de cuestiones técnicas, sino políticas y éticas, como se muestran en varios de los trabajos aquí reunidos. Las investigaciones sobre temas construidos como sensibles -por ejemplo la salud reproductiva, la genética o la salud mental- desde el inicio subrayaron el carácter conflictivo y por ende político de las prácticas en salud: conflictivo en términos de clase, de género y de sexualidad, entre otros, y conflictivo en términos de la organización misma de las respuestas sanitarias y médicas, y estatales en sentido amplio (que hasta puede remitir a la idea misma de soberanía).

En la medida en que las ciencias sociales y las humanidades apuntan a mostrar el carácter estructural e histórico de los fenómenos, y a inscribir las experiencias en narrativas colectivas, de modo tal de recuperar la politicidad de los procesos y actores, nos sentimos honrados de presentar los trabajos reunidos en este volumen. Cada uno de ellos echa luz sobre las matrices sociales e históricas, conflictivamente políticas, de la salud y las políticas de salud en nuestro país y nuestra región.

¹ Sobre este tema, ver <https://www.editorialteseo.com/archivos/15709/prevencion-promocion-y-cuidado/> y el artículo de Alejandro Capriati en este mismo volumen.

² Ver a este respecto, el trabajo de Molina y Tobar en este dossier.

¿Qué significa Neoliberalismo en salud?

O que o Neoliberalismo significa em saúde?

Cecilia Molina | ORCID: orcid.org/0000-0001-5569-786X

cmolina@isg.org.ar

Universidad Nacional de Cuyo

Argentina

Federico Tobar | ORCID: orcid.org/0000-0002-0660-4935

ftobar@unfpa.org

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Panamá

Recibido: 14/06/2018

Aceptado: 20/08/2018

Resumen

Para responder a la pregunta del título, este ensayo propone que el neoliberalismo en salud constituye un discurso de origen económico político que al ingresar en el ámbito sanitario se organiza sobre tres premisas principales: 1) primacía de la concepción biomédica, 2) la influencia del enfoque denominado **Nueva Gestión Pública** y 3) una concepción tecnocrática del sistema de salud. Se postula también que el principal efecto de la vigencia del neoliberalismo en salud es una progresiva despolitización del ámbito sanitario con la consecuente pérdida de presencia de la salud en la agenda de políticas. Por lo tanto, se concluye postulando que el antídoto para revertirlo surgirá de reformular a la salud como una construcción política.

Palabras clave: Políticas de Salud, Neoliberalismo, América Latina.

Resumo

Para dar resposta à pergunta do título neste ensaio são ressaltadas três características: 1) predominância da concepção biomédica, 2) influência da abordagem que tem-se conhecido sob o nome de **Nova Gestão Pública** e 3) uma concepção tecnocrática do sistema de saúde. Na conclusão é postulado que o sucesso do discurso neoliberal poderá ser revertido reformulando a saúde como um direito social, más, fundamentalmente, como resultado de uma questão política.

Palavras-chave: Políticas de Saúde, Neoliberalismo, América Latina.

Introducción

En la literatura se ha distinguido al proyecto político neoliberal por su esfuerzo en modificar el papel del Estado como proveedor de políticas sociales, y por concebir la salud como un bien privado y trasladar a los individuos la tarea de administrar los riesgos para enfrentar sus enfermedades (López Arellano y Jarillo Soto, 2017). Contraponiéndolo a políticas públicas de inspiración keynesiana, se ha planteado que para el neoliberalismo la salud no constituye un derecho social que el Estado debe garantizar a los ciudadanos (Mejía Ortega y Álvaro Franco, 2007).

Sin embargo, en el siglo XXI surge una versión *reloaded* del neoliberalismo en salud. Luego de una generación de reformas inspiradas en ese discurso, se hizo evidente que el gasto en salud aumentó sin que los resultados de salud mejoraran en idéntica medida. Pero, fundamentalmente, se profundizaron las desigualdades en salud. En reacción, se revisó el papel del Estado proponiendo fortalecer su función de regulación del conjunto del sistema y junto a la protección de los grupos más vulnerables. Se ha argumentado que esto se hizo con una orientación más centrada en el ajuste que en la puesta en valor de los principios que orientaron los modelos del Bienestar (Almeida, 2006). Las estrategias de *aseguramiento* sustituyen a la Seguridad Social y el modelo de financiamiento recupera el protagonismo que le dio el “Invertir en salud”.

En 2014, la OPS propone la **Cobertura Universal de Salud (CUS)** como una estrategia con tres objetivos:

- ◊ ampliar cobertura y acceso a servicios de calidad,
- ◊ extender las protecciones financieras frente a los riesgos de salud y
- ◊ reducir el gasto de bolsillo en salud.

La iniciativa no altera sustantivamente el papel del Estado como propugnaba el neoliberalismo de los noventa. Sin embargo, se ha argumentado que, en tanto la mencionada estrategia apunta a institucionalizar servicios de salud diferenciados conforme la capacidad de pago de las personas, termina cristalizando desigualdades (Giovannella, Almeida; Romero; Oliveira; Silva, 2015). También se ha postulado que constituiría la contracara de los **Sistemas Universales de Salud (SUS)**, como el que viene construyendo Brasil desde la Constitución de 1988 y, en este siglo, con muchas dificultades, otros gobiernos de la región, como Bolivia y Ecuador, intentaron poner en marcha (Laurell, 2014).

La tesis central de este ensayo es que el principal resultado de las transformaciones neoliberales se traduce en la tecnocratización de la salud y en la pérdida de protagonismo de la cuestión sanitaria en la agenda de políticas públicas. Para indagar sobre ella, la reflexión se ordena en cinco momentos. En primer lugar, se revisa la concepción biomédica de la salud, concibiéndola a la vez como punto de partida y horizonte del neoliberalismo en salud. En segundo lugar, se revisan los principios de la **Nueva Gestión Pública** que orientan las transformaciones de los servicios de salud a partir de las reformas pro mercado. En tercer lugar, se muestra cómo el modelo de la **Nueva Gestión Pública** desafía formas históricas de trabajo de los profesionales de la salud, en especial a los médicos, sin que eso signifique embestir el paradigma biomédico dominante. En cuarto lugar, se problematizan los modos a través de los cuales la concepción tecnocrática permea el pensamiento sanitario. Por último, se propone que para repolitizar la salud y construirla como un derecho, es indispensable poner en cuestión la lente que asimila salud a atención médica y los papeles que les caben a los ciudadanos y a diferentes áreas del Estado en este proceso.

Modelo biomédico

La definición negativa de salud (como *ausencia de enfermedad*), la consecuente clasificación de la población entre *enfermos y sanos* o entre *normales y patológicos* y la restricción de las intervenciones a dimensiones clínicas y fisiológicas dieron impulso y fundamento a modelos asistenciales cada vez más tecnológicos junto a una organización flexneriana de la práctica médica. En reacción, durante la década del 70 emerge, primero en los países centrales y luego en América Latina, un pensamiento crítico en el ámbito sanitario que puede ser sintetizado a través de tres cuestionamientos:

- ◇ a los efectos disciplinarios de las políticas bienestaristas, incluyendo las de salud (Foucault, 2013);
- ◇ a las consecuencias iatrogénicas de la Medicina (Illich, 1978) y
- ◇ a los límites del modelo biomédico para responder a los problemas de salud de las mayorías.

Las críticas a la Biomedicina como concepción de salud dominante -y su énfasis en las enfermedades, los individuos y las acciones curativas- y a la autoridad política de la Medicina desplegada en estrecha relación con esa concepción (Lewis, 2004; Menéndez, 1990) se imbricaron con la preocupación de los Estados y los aseguradores por el incremento de los costos crecientes de la tecnología y la atención médica en desmedro de otras áreas de política pública (Evans y Stoddart, 1996). Los reparos se justificaron también en la insuficiencia del modelo biomédico para dar respuesta al cambio en los perfiles epidemiológicos, en especial el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos y en *la recuperación de una serie de concepciones y prácticas “curativas” que parcialmente ponen en duda no sólo la eficacia sino la ideología de la medicina denominada científica*” (Menéndez 1994:79). Las críticas más eficaces, sin embargo, según Menéndez, no se justifican tanto en *la hegemonía de lo curativo o la irracionalidad*

tecnológica sino en el derroche, la irresponsabilidad y sobre todo la necesidad de privatizar el Estado (Menéndez, 1990:114).

Más allá de las objeciones expuestas, avanzadas las reformas neoliberales, la Biomedicina y el conjunto de creencias y valores asociados a esta concepción siguieron siendo las orientaciones centrales de las políticas de salud. Las propuestas pro mercado no sólo no impugnaron el modelo sino que resultaron funcionales a su mantenimiento (Lewis, 2004:5). Como consecuencia de esta perspectiva dominante, el abordaje de los determinantes sociales que intervienen en la salud y/o el diseño de estrategias multisectoriales, indispensables para superar las desigualdades, no encontraron cabida en la agenda política (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen y Leppo, 2006; Evans y Stoddart, 1996). Algo semejante sucedió con la concepción integral de la Atención Primaria de la Salud con enfoque territorial colectivo, con participación social y actuación intersectorial para promover la salud, de manera indisociable del desarrollo económico y social de los países (Giovanella, Almeida; Romero; Oliveira; Silva, 2015).

Asa Cristina Laurell argumenta que la **CUS** *desplaza las acciones de salud pública hacia una concepción donde el bienestar social es responsabilidad de la familia, que debe procurarlo a través del mercado*. Esta autora contrasta **CUS** versus **SUS** planteando que, en el segundo, la salud como responsabilidad del Estado se inscribe en la política social integral vinculada con la educación, el empleo, la vivienda, el saneamiento ambiental, etcétera.

Se parte de una concepción diferente de salud, y además la intersectorialidad resulta facilitada porque se puede instituir un gabinete social en el cual todos los ministerios relacionados con el derecho a la salud están juntos para resolver conjuntamente los problemas. (Laurell en González y Nin, 2018:183).

El divorcio entre la política y la administración en la Nueva Gestión Pública

La transformación del papel del Estado que impulsa el proyecto neoliberal sitúa como asunto central de la agenda política la reorientación de servicios de atención médica y reconoce entre sus orientaciones teóricas a la **Nueva Gestión Pública (NGP)**. De allí la *cruzada gerencialista* (Jiménez Martín, 2014), que pugna por incorporar herramientas del ámbito privado para modernizar los servicios de salud, en especial los hospitales públicos, y por esa vía modificar las relaciones entre aseguradores y prestadores. La **NGP** recupera la separación de funciones, promovida por la teoría económica del principal/agente, para impulsar la creación de mercados internos. Se autopresenta como un modelo estandarizado de desempeño apto para reemplazar el modelo burocrático que orientó el desarrollo de las organizaciones del Estado de Bienestar y para “liberar” a las organizaciones públicas de interferencias de la política (Díaz Canepa, 2010; López, 2005). Caracterizada como *una guía prescriptiva de implementación* (Guerrero, 2004) a partir de un discurso que contrapone *eficiencia privada con ineficiencia pública* (López, 2005), la **NGP** prioriza el criterio de eficiencia sobre el de justicia y los instrumentos por sobre los fines del gobierno (García Delgado, 2013).

El efecto de esta *huida hacia el Derecho Privado* es divorciar la política de la gestión. E incluso sustituir la primera por la segunda. Supone el riesgo de desligar la actividad de los hospitales públicos de decisiones de política sanitaria más amplias. Entre otras cosas, porque considera la política una interferencia para la gestión, y refuerza, en los servicios médicos, la tecnocratización de la salud.

Parte de estas premisas están siendo revisadas. Por ejemplo, desde el enfoque de redes, se asume que más que “competir”, los hospitales deben “cooperar”. Sin embargo, las políticas de atención médica inspiradas en la **NGP** gozaron en sus albores de mucho consenso en todo el espectro político. Los gobiernos conservadores entendían que someter los servicios de salud a la competencia del mercado sería una solución para controlar el gasto público. Al mismo tiempo, los gobiernos progresistas interpretaron la descentralización de los servicios que les confería mayor autonomía como una forma de expandir la democracia (Tobar, 2006).

Orientados por la **NGP**, buena parte de los gobiernos europeos modificaron la forma de

asignar recursos y de gestionar los hospitales sin afectar sustancialmente el financiamiento público de la asistencia ni las relaciones laborales de los médicos en el Estado¹. En contraste, en América Latina, experiencias de ampliación de autonomía de los servicios de salud desplegadas en el contexto de la *epidemia descentralizadora* (Tobar, 2006) han mostrado resultados controversiales en materia de eficiencia en la asignación de recursos, disminución de inequidades (Riutort y Cabarcas, 2006), responsabilización por los resultados de las políticas (Ugalde y Homedes, 2005, Kolehmainen-Aitken, 2004), adecuación a las expectativas locales y democratización social (Ugalde y Homedes, 2008, Homedes & Ugalde, 2005).

La consigna de separación de funciones que promueve la **NGP**, cuando fue aplicada a los hospitales, adquirió diferentes nombres según los países: hospitales de autogestión (Argentina), establecimientos de autogestión en red (Chile), empresa social del Estado (Colombia), organizaciones sociales de salud (Brasil). Bajo la misma impronta, los niveles centrales de gobierno ceden competencias a los servicios de salud para que a través de organismos colegiados tomen decisiones que antes se reservaba la autoridad política. Hacia adentro de los servicios, la **NGP** promueve la incorporación de valores y herramientas procedentes del ámbito privado, refuerza el rol de los gerentes, apunta a estandarizar procedimientos y propicia la rendición de cuentas como mecanismos para orientar las actividades hospitalarias hacia el cumplimiento de objetivos de política. Subraya la eficiencia y, para alcanzarla, se propone capturar formas de autogobierno médico. En suma: el paradigma gerencial en el que se inscriben las transformaciones hospitalarias recientes supone reacomodamientos de poder entre los niveles centrales de gobierno y los hospitales y, al interior de los centros, entre las autoridades hospitalarias y los servicios, en especial los servicios médicos (Molina, 2015).

¹Una excepción destacada es Portugal, cuyo sistema de salud presenta semejanzas con los de los países en desarrollo. Según Correia (2011), en este país, en el marco de la **NGP**, los hospitales con autonomía de gestión han reemplazado el vínculo laboral en base a la lógica de carrera profesional uniforme por contratos individuales, sobre todo en las especialidades médicas más críticas.

El impacto de la NGP sobre los profesionales

La empresarialización de los servicios de salud públicos genera crisis de sentido en el seno de las profesiones tradicionales de salud (Jiménez Martín, 2014) y tiene consecuencias importantes en las relaciones entre especialidades y en los vínculos laborales con el Estado². En un primer momento, los servicios de salud son organizados orientando la oferta a criterios de necesidades sanitarias que siempre eran interpretados por los especialistas. Ello otorgaba influencia al saber médico sanitario. Conjuntamente con el giro hacia el gerencialismo, la organización de los servicios pasa a orientarse hacia la demanda. El lugar de los sanitarios e incluso el de los jefes de servicios médicos resulta desplazado. En su versión posterior, aparece la figura del contrato de gestión. El interés por aumentar la eficiencia se traduce en la introducción de sistemas de información centralizados y de mecanismos de rendición de cuentas bajo el nombre de *contratos de gestión*. Las tensiones resultantes han llevado a que los responsables políticos busquen nuevas formas de involucramiento de los profesionales en la gestión de servicios y a las ciencias sociales a intentos por explicarlas.

Las aproximaciones inspiradas en teóricos de las profesiones como Eliot Freidson interpretan que la irrupción de nuevas tecnologías de gestión, la fijación de responsabilidades presupuestarias y otras medidas de control acotan márgenes de autogobierno profesional. Los análisis orientados por los estudios anglofoucaultianos sobre la gubernamentalidad neoliberal sostienen, en cambio, que las transformaciones en las prácticas de las profesiones de la salud y de las profesiones sociales en general deben pensarse en el contexto mayor de las transformaciones en las racionalidades y tecnologías de gobierno, que se arraigan de forma gradual y persistente en las democracias liberales avanzadas (Rose, 2012, 2007).

El paradigma gerencialista supone redistribuciones de poderes, procesos de disciplinamiento y tensiones en el gobierno de los servicios de salud que son más que *meras restricciones a la autonomía médica, tal como ha teorizado la sociología de las profesiones* (Irigoyen, 2011:288). Las auditorías, el uso de estándares y de mediciones son

² En la medida que abren la posibilidad de contratar profesionales con criterios de mercado, las especialidades monopólicas o más críticas disponen de mayor capacidad para negociar sus condiciones de trabajo en el sector público. Tal situación da lugar a una progresiva diferenciación en las remuneraciones y es fuente de tensión entre especialidades *fuertes* (los anestesiólogos, por ejemplo) y *débiles* (los clínicos).

instrumentos para modernizar la gestión, controlar los costos o mejorar la rendición de cuentas de los servicios de salud, que incorporan una nueva manera de administrar a los profesionales.

Rose (2007) postula que mientras la lógica de las decisiones sanitarias asumida en el Estado de Bienestar funcionaba como un freno del juicio experto de los profesionales de la salud a las intromisiones de los políticos, las nuevas tecnologías de gestión otorgan ese poder a contadores y gerentes. La gubernamentalidad neoliberal contempla racionalidades y técnicas que buscan *gobernar sin gobierno*, esto es: gobernar a través de la autorregulación de los sujetos (Rose, 2012:26). Como consecuencia, el paradigma de la *gestión* puede entenderse como *una nueva forma de poder que persigue la intersección entre la conducta personal y los objetivos de gobierno, fomentando la persuasión y la seducción y minimizando la coacción explícita* (Irigoyen, 2011:287).

Los juicios sobre los impactos de esta forma de gobierno en los profesionales de la salud están divididos. Por un lado, se plantea que tropiezan con el control de los profesionales en la formación y la definición de las prácticas asistenciales, que son criterios que históricamente han regido el gobierno de los servicios de salud (Irigoyen, 2011). Por el otro, se postula que hay cierta afinidad entre la gubernamentalidad neoliberal y el gobierno de las organizaciones sanitarias con base en criterios profesionales. Evetts (2010), por ejemplo, sostiene que el discurso de la competencia, de atención al cliente, innovación, autonomía y el control de calidad puede interpretarse como promoción de la profesionalidad y por lo tanto puede ser utilizado para promover la gestión de las organizaciones.

Lo cierto es que las exigencias de los seguros de salud públicos y privados desafían a los profesionales:

Los médicos perdieron el monopolio de la mirada diagnóstica y el cálculo terapéutico: el juicio clínico del médico tratante se ve limitado y restringido por la demanda de la medicina basada en datos y la exigencia de usar procedimientos de diagnóstico y prescripción estandarizados y elaborados corporativamente (Rose, 2012:38).

Más allá de las claves a las que se recurre para leer las transformaciones, hay cierto consenso en el debate académico en torno a la idea de que el neoliberalismo desafía el autogobierno de los

médicos en los niveles micro pero no pone en cuestión la autoridad política de la Medicina, porque no afecta el paradigma biomédico dominante del cual deviene esa autoridad:

Los profesionales incorporan progresivamente controles y aceptan la supervisión

clínica de sus pares y otras técnicas de vigilancia clínica que desafían su autonomía porque se ajustan a los focos individualistas y curativos [...] comparten las premisas epistemológicas y metodológicas positivistas propias del modelo biomédico (Lewis, 2004:13-14).

Causas y efectos de la despolitización de la salud

En el contexto neoliberal, las políticas de salud son presentadas como asuntos técnicos, como fórmulas estandarizadas para afrontar los desafíos del reacomodo de la intervención del Estado en lo social, las crisis de financiamiento público y los criterios que deben orientar la configuración de los servicios. Este enfoque tecnocrático pasó por alto las implicancias de las transformaciones en la mercantilización de la salud (Tobar, 2012; 2006; Correia, 2009) y oscurece la dimensión política de la actividad del Estado (Vilas, 2011; Augusto, 1989). Permite entender también por qué los cambios se presentan y en general son adoptados por gobiernos neoliberales como procesos neutrales, a dirimir entre expertos.

Una publicación del *Health Policy and Systems Research* considerada bisagra en el análisis de las políticas de salud objetiva el abordaje tecnocrático de las transformaciones sectoriales impulsadas en los países de ingresos medianos y bajos a partir del ajuste estructural de la primera parte de los 90:

quienes abogaban por las reformas políticas tendían a percibir las como técnicas: los expertos internacionales negociaban sus programas de reforma con los responsables de elaborar las políticas a nivel nacional. Aunque mucha gente aceptaba cierta necesidad de reforma, no se tuvo en cuenta factores importantes, como las diferencias en culturas e instituciones políticas, la influencia de las ideologías o escuelas de pensamiento y las tradiciones históricas de los países (Walt y Gilson, 1994:5).

Esta concepción despolitizada de las reformas no se ha limitado a los países en desarrollo ni al sector salud. Boas y McNeill (2004) sugieren que los mecanismos de distorsión tecnocrática son inherentes al neoliberalismo que, convertido en una especie de “sentido común”, se apoya en la Economía y presenta a esa disciplina como objetiva y libre de valores. Para esos autores, la tecnocratización es el proceso por el cual cuestiones controversiales y por lo tanto políticas se plantean y defienden como técnicas y tiene lugar cuando asuntos que son inevitablemente políticos se definen de tal modo que se vacían de contenido político. Boas y McNeill (2004) postulan que bajo la lente de la economía, las definiciones de los problemas y programas de desarrollo se exhiben como decisiones basadas en datos y en análisis y no como cuestiones que implican visiones del mundo y asunciones en torno al cambio social, por lo que necesariamente involucran controversias y disputas políticas.

La tesis de apoliticidad trasciende la asunción de que las políticas implican saberes y especificidades técnicas. La función de este tipo de planteo es clausurar *autoritariamente* la discusión sobre la filiación de las políticas a proyectos políticos específicos (Vilas, 2011). Y aunque conceptos como democratización, participación social, respeto por la interculturalidad aparezcan como justificativos de muchas reformas, de manera sistemática se elude la deliberación sobre los valores que las orientan, su adscripción a proyectos políticos conservadores y la deliberación de actores con injerencia histórica en la configuración del sector (Laurell, en González y Nin, 2018; Tobar, 2012; Fleury, 2008; Homedes & Ugalde, 2005).

Corolario: el necesario retorno a la política

El neoliberalismo en salud no sólo se expresa en el recorte de los recursos que el Estado destina al sector, en privatización de servicios o en cambios en las formas de trabajo de los equipos de atención. Los aumentos presupuestarios e incluso de dotación de personal pueden afianzar concepciones de salud limitadas y esconder una despolitización de la salud. Pero, por sobre todo, operar la progresiva amputación del adjetivo *pública* detrás del sustantivo *salud*.

Si asumimos que la salud es una construcción colectiva que apunta a que las personas y los conjuntos sociales no tengan (o puedan superar) impedimentos físicos y emocionales que afecten su plena integración social y productiva, el significado de los impedimentos y la identificación de los modos para superarlos deben discutirse y concretarse a través de la agenda de políticas públicas. La salud es una construcción y la salud pública sólo puede ser, entonces, una conquista.

Para lograr que ingrese a la agenda de políticas públicas -y que se sustente en ella- hace falta que la salud sea una necesidad sentida por parte de la población. El paradigma tecnocrático hace que la salud pierda atractivo político y, por lo tanto, que pierda protagonismo dentro de la agenda de políticas públicas. Mientras los problemas sanitarios permanezcan como cuestiones técnicas *custodiadas por expertos*, resultarán invisibles al sentir colectivo y su inclusión en la agenda de

políticas públicas dependerá de las orientaciones de los funcionarios de turno (Tobar, 2016).

Sólo una nueva concepción de salud que no se limite al sistema de servicios asistenciales, una concepción que contemple los factores que la determinan, como el acceso equitativo a la educación, al trabajo, a la alimentación digna, a la apropiación de los espacios públicos, a la participación social, posibilitará también una nueva concepción del derecho a la salud. Porque el derecho a la salud también se empobrece cuando se lo restringe a exigir que el Estado garantice la atención médica de las personas.

Es posible pensar en un derecho participativo a la salud en la medida en que se puedan construir arenas de discusión y construcción política respecto de cuál es el estatus de bienestar que una sociedad está dispuesta a reclamar, cuáles son las respuestas exigibles y cuáles son las desigualdades que resultan inadmisibles, así como cuáles son las respuestas por parte del Estado cuya ausencia una sociedad no está dispuesta a tolerar.

El éxito del discurso neoliberal en salud sólo podrá ser revertido en la medida que se resitúe a la salud como derecho social y como cuestión fundamentalmente política. Y debatir públicamente la naturaleza de las alternativas para construirla y replantear el papel de los actores sociales, no sólo del Estado, en este proceso.

Bibliografía

- Almeida, C. (2006). "Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe: el papel de los Organismos Internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas". *Bienestar y Política Social*, 2 (1), pp. 135-175.
- Augusto, M. O. L. (1989). "Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. *Tempo Social. Revista de Sociologia*, 1 (2), pp. 105-119.
- Boas, M. y McNeill, D. (2004). *Global Institutions and Development: Framing the World?* London: Routledge.
- Correia, T. (2011). "New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading". *Sociologia on line. Revista da Associação Portuguesa de Sociologia* 2, pp. 573-598.
- Correia, T. (2009). "A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar Portuguesa". *Revista Crítica de Ciências Sociais* 85, pp. 83-103.
- Díaz Canepa, C. (2010). "Tensiones y Proyecciones en la Modernización de la Gestión Pública: Discusión desde una Perspectiva Histórico-Cultural". *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 9 (1), pp. 7-28.
- Evans, R. y Stoddart, G. (1996). "Producir salud, consumir asistencia sanitaria". En Evans, R., Barer, M. y Marmor, T. (ed.). *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de salud de las poblaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Evetts, J. (2010). "Organizational professionalism: Changes, challenges and opportunities". *XIV IRSPM Conference: The Crisis: Challenges for Public Management*. Universidad de Berna.
- Fleury, S. (2008). "Modelos de reforma de la salud en América Latina". En Spinelli, H. (comp.) *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Foucault, M. (2013). *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo XXI editores. 1ª ed. 2ª reimpresión.
- García Delgado, D. (2013). "Estado y Políticas Públicas: hacia un nuevo paradigma". *Revista Estado y Políticas Públicas* 1, pp. 14-18.
- Giovanella, L., Almeida, P. F., Romero, R. V., Oliveira, S., Silva, H. T. (2015). "Panorama de la Atención Primaria de Salud en América Latina: concepciones, componentes y desafíos". *Saúde debate* 39 (105) pp. 300-322. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>
- González N. y Nin C. (2018). "Entrevista con Asa Cristina Laurell. Tiempos de resistencia. Por el derecho a la salud". *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social* 1(2), pp. 179-187. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>.
- Guerrero, O. (2004). "El mito del nuevo 'Management' público". *Revista Venezolana de Gerencia* 9, (25), pp. 9-52.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005). "Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America". *Human Resources for Health* 3 (1). Recuperado de <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-3-1.pdf>
- Illich, I. (1978). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz.
- Irigoyen, J. (2011). "La reestructuración de la profesión médica". *Política y Sociedad*, 48 (2), pp. 277-293.
- Jimenez Martin, J. M. (2014). *Salud pública en tiempos posmodernos*. Granada: Nueva Salud pública - EASP.
- Kolehmainen-Aitken, R. S. (2004). "Decentralization's impact on the health workforce: perspectives of managers, workers and national leaders". *Human resources for health*, 2 (5).
- Laurell, A. C. (2014). "Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina". *Saúde Debate*, 38 (103), pp. 853-871. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0853.pdf>
- Lewis, J. (2004). *Impermeability, incorporation and transformation: Ideation and health policy change*. Refereed paper presented to the Australasian Political Studies Association Conference. University of Adelaide.
- López, A. (2005). Los fundamentos de la Nueva Gestión Pública: lógica privada y poder tecnocrático en el Estado mínimo. En Thwaites Rey, M. y López, A. (ed.), *Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas. Derrotero del ajuste neoliberal en el Estado argentino*. Buenos Aires: Prometeo.
- López-Arellano, O., Jarillo-Soto, E. C. (2017). "La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano". *Cad. Saúde Pública*, Nº 33, Sup. 2.
- Mejía Ortega, L. y Álvaro Franco, G. (2007). Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Revista de Salud pública*, 9 (3), pp. 471-483

- Menéndez, E. (1990). "El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis". En Menéndez, E., *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.
- (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" *Alteridades*, 4 (7), pp. 71-83.
- Molina, C. (2015). *Entre lo técnico y lo político: los médicos en la descentralización de los hospitales públicos de Mendoza, Argentina*. Tesis de doctorado. Mendoza, Argentina: Universidad Nacional de Cuyo, .
- Riutort, M. y Cabarcas, F. (2006). "Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana". Bogotá. *Gerencia y Política de Salud* 5 (11), pp. 22-36.
- Rose, N. (2007). "¿La muerte de lo social? Reconfiguración del territorio de gobierno". *Revista Argentina de Sociología*, 5 (8), pp. 111-150.
- (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Unipe, editorial universitaria.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen E. y Leppo, K. (ed.) (2006). *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Finlandia: Ministerio de Auntos Sociales y Salud - Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.
- Tobar, F. (2006). "Descentralización y reformas del sector salud en América Latina". En Yardón, Z., Gurtler, R., Tobar, F. y Medici, A. (ed.) *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina*. Buenos Aires: OPS.
- (2012). "Breve historia del sistema argentino de salud". En Garay, O. (coord.) *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: La Ley.
- (2016). *Derechos y deberes de los ciudadanos en salud*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/378931871/Tobar-2016-Derechos-y-Deberes-en-Salud>
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2005). "Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (3), pp. 202-209.
- (2008). "La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica". *Salud Colectiva* 4 (1), pp. 31-56.
- Vilas, C. (2011). "Política y políticas públicas en América Latina". En Fioramonti, C. y Anaya, P. (comp.) *El Estado y las políticas públicas en América Latina*. La Plata: AECID/COPPPAL/Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires.
- Walt, G. y Gilson, L. (1994). "Reforma del sector sanitario en los países en vías de desarrollo: el papel central del análisis de políticas". *Health policy and Planning*, 9 (4), pp. 353-370.

Trayectorias de pensamiento, integración regional y soberanía sanitaria en Suramérica

Intellectual trajectories, regional integration and health sovereignty in South America

Marcela Beatriz Belardo | ORCID: orcid.org/0000-0001-9032-3919

marcelabelardo@yahoo.com.ar

Universidad de Buenos Aires

Argentina

Jorgelina Loza | ORCID: orcid.org/0000-0003-1442-5782

jorgelinaloza@yahoo.com.ar

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Argentina

María Belén Herrero | ORCID: orcid.org/0000-0002-6276-5581

mbelen.herrero@gmail.com

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Argentina

Recibido: 30/06/2018

Aceptado: 05/09/2018

Resumen

Desde sus orígenes, la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva se han enfocado en pensar la salud desde y para la región. Producto del impacto que produjeron las políticas neoliberales, las mejoras sociales y del fortalecimiento geopolítico de la región se convirtieron en las raíces de los nuevos proyectos de integración en Suramérica.

En primer lugar, exploramos el legado en la región de estas trayectorias de pensamiento y su influencia en la agenda sanitaria regional. En segundo lugar, analizamos la política regional de un organismo de integración, y su papel en la construcción de una agenda sanitaria con perspectiva latinoamericana basada en principios de la cooperación Sur-Sur.

Se realizó un análisis cualitativo que involucró datos primarios y secundarios.

El giro político en Suramérica a inicios del 2000 dio lugar a un nuevo marco de integración en la región. Este contexto abrió una oportunidad para que esos movimientos y trayectorias de

Abstract

Since its origins, Latin American Social Medicine and Collective Health have focused on thinking about health from and for the region. As a result of the impact produced by neoliberal policies, the social improvements and geopolitical strengthening of the region became the roots of the new integration projects in South America.

First, we explore the legacy in the region of these trajectories of thought and its influence on the regional health agenda. Secondly, we analyze the regional policy of an integration organism and its role in the construction of a health agenda with a Latin American perspective based on South-South cooperation principles.

A qualitative analysis was carried out, involving primary and secondary data.

The political turnaround in South America at the beginning of 2000 gave rise to a new framework for integration in the region. This context opened an opportunity for these movements and trajectories of thought to have a place in the regional health policy agenda.

pensamiento influenciaron la agenda política de la salud regional.

Es posible observar una confluencia entre los principios y valores de esas trayectorias intelectuales de pensamiento y las principales bases constitutivas de los nuevos proyectos de integración regional.

Palabras clave: Medicina Social Latinoamericana, Salud Colectiva, Agenda sanitaria, Integración regional, Cooperación Sur-Sur.

It is possible to observe a confluence between the principles and values of these intellectual trajectories of thought and the main constitutive bases of the new projects of regional integration.

Keywords: Latin American Social Medicine, Collective Health, Health agenda, Regional integration, South-South Cooperation.

Introducción

Las políticas neoliberales de fines del siglo XX aumentaron las desigualdades sociales, las inequidades en salud y la exclusión social en América Latina. El acceso inadecuado a la atención médica y a los medicamentos persiste siendo un problema en el presente, especialmente entre la población más vulnerable de América del Sur. Para enfrentar este cuadro dramático de deterioro en las condiciones de vida de las poblaciones, los gobiernos progresistas y de izquierda que asumieron en la década de los 2000 en algunos países sudamericanos, convirtieron a las políticas sociales en el eje central de sus proyectos (Riggirozzi y Tussie, 2012). En ese contexto, observamos una cooperación internacional más horizontal y solidaria entre estos países que se convirtió en una estrategia no solo para satisfacer las necesidades sociales locales sino también para aumentar el poder y la capacidad de influencia de los países de la región en el escenario internacional. De esta manera, las políticas regionales devinieron en estrategias para mejorar el posicionamiento político y económico, del mismo modo que la cooperación internacional funcionó como un instrumento para dejar de ser meros receptores de la ayuda internacional tradicional y convertirse en cooperantes en el escenario global (Vance et al, 2012).

Las mejoras sociales y el fortalecimiento geopolítico de la región se posicionaron entonces en las raíces de los nuevos proyectos en la región (Sanahuja, 2011). En ese marco, la salud adquirió un lugar importante en las relaciones internacionales y llegó a desempeñar un papel clave en la agenda de política exterior en la última década (Fidler, 2001). El lema que prevalecía era: *la buena salud mejora las condiciones de vida, mientras que mejores condiciones de vida contribuyen a la buena*

salud. Así, las políticas sociales, y particularmente las políticas de salud, que son el tema del presente artículo, se convirtieron en estrategias esenciales para la lucha contra la pobreza y para la reducción de las desigualdades a escala regional en América Latina (Herrero, 2017).

En este contexto de mayor interés en la salud, como una dimensión importante de la política exterior y las preocupaciones diplomáticas, surgió un nuevo marco de integración y diplomacia regional en salud. Una expresión de este proceso fue la creación de la **Unión de Naciones Suramericanas** (en adelante, **UNASUR**) en 2008 y particularmente la creación del **Consejo de Salud de UNASUR**, que es objeto de análisis del presente artículo. Una característica novedosa de **UNASUR** es que los países-miembro no delegan ningún grado de soberanía nacional. Este hecho se refleja en que desde que comenzó a funcionar el **Consejo Suramericano de Salud**¹ se fue configurando una suerte de identidad regional basada en los principios de la soberanía sanitaria regional (Teixeira, 2017).

A través del Consejo Suramericano de Salud, **UNASUR** incorporó una agenda sanitaria que daba cuenta de los reales problemas de la región latinoamericana (en adelante **UNASUR Salud**). Entre los principales ejes de la agenda se encuentran temas relativos a los determinantes sociales de la salud, el derecho a la salud y el acceso universal a los sistemas de salud. No es casual que los principios rectores de la agenda sanitaria estén basados en la lógica de los derechos humanos. Ese enfoque se impuso de la mano de actores que provenían de las corrientes de la **Medicina**

¹ El Consejo Suramericano de Salud está conformado por todos los ministros de salud de sus países-miembro.

Social Latinoamericana y la **Salud Colectiva** (en adelante, **MSL/SC**). Ambas tradiciones no son solo un campo de conocimiento científico de los problemas de salud, enfermedad y atención de las poblaciones sino que también actúan en el campo de la acción política (Paim y Almeida, 1998). Ambas tradiciones además son un campo de conocimiento y de práctica que reclama la realización colectiva del derecho a la salud y de los sistemas de salud universales y públicos (Iriart *et al.*, 2002), centradas en la determinación social de la salud, las inequidades y las desigualdades en la salud y la producción social del proceso de salud y enfermedad (Breilh, 2013). Desde sus orígenes, la **MSL/SC** ha comprendido a la salud en su dimensión regional (Galeano *et al.*, 2011).

Es por ello que consideramos que es posible observar una confluencia entre los principios y valores de estas trayectorias y las principales bases constituyentes de **UNASUR Salud** (presente en su estructura y explícita en su tratado constitutivo). La hipótesis de este artículo es que se abrió una oportunidad en la región que permitió a la **MSL/SC** influir en los principios y valores de los nuevos proyectos de integración regional. Y, al mismo tiempo, esta nueva forma de ver la región y comprender la integración regional contribuyó a fortalecer las nuevas formas de Cooperación Sur-Sur en América Latina. De hecho, la creación de este nuevo proyecto de integración regional -con sus consejos sectoriales ministeriales- se considera una de las experiencias más recientes de Cooperación Sur-Sur en la región (Vance, 2012).

El objetivo de este artículo es doble. En primer lugar, exploramos el legado de los esfuerzos de larga data en la región que abordan las dimensiones sociales y políticas de la salud, aquellas relacionadas con los movimientos **MSL/SC** y su influencia en la agenda de salud de los Estados y bloques regionales. En segundo lugar, analizamos la política a nivel regional y la política de salud de UNASUR, y su papel en la construcción de una agenda de salud, que retoma también principios de la Cooperación Sur-Sur.

Se utilizaron fuentes de datos secundarias y primarias para abordar los objetivos propuestos. Se sistematizaron y analizaron documentos técnicos, informes de situación, resoluciones nacionales e internacionales, actas acuerdos de bloques regionales, acuerdos bilaterales y multilaterales entre Estados de la región de ALC y literatura gris. También se realizaron entrevistas semi-estructuradas a actores clave relacionados directamente con UNASUR y del campo de la salud pública de los países de la región. El presente artículo forma parte de una investigación de mayor envergadura que se realizó en el marco del proyecto **PRARI/RePIR**². El trabajo de campo de

² Nos referimos al proyecto **Poverty Reduction and Regional Integration** (PRARI) desarrollado por *Open University* (financiado por *UK Economic and Social Research Council -ESRC-*).

ese proyecto consistió en la realización de más de treinta y cinco entrevistas llevadas a cabo durante 2014 y 2015. Para este manuscrito sólo se utilizaron aquellas entrevistas que resultaban acordes a las indagaciones de este trabajo, específicamente aquellas que hicieron mención a las trayectorias políticas e intelectuales de pensamiento y las que referían a la agenda de **UNASUR Salud**, sus iniciativas y enfoque. Las mismas fueron grabadas y desgrabadas con consentimiento explícito de las personas entrevistadas con fines prácticos y de respaldo de información. Se realizó el análisis de la información recolectada siguiendo los lineamientos de un estudio de tipo cualitativo. Los datos secundarios, basados en la revisión bibliográfica, fueron sistematizados en relación con la historia y los principios fundamentales de estas tradiciones de salud en la región. En este artículo, la identidad de los entrevistados³ permanece en el anonimato.

El artículo se divide en cuatro partes. La primera presenta los movimientos de la **MSL/SC** y sus contribuciones al campo de la salud, como un campo de conocimiento y acción en nuestra región que se ha centrado en la garantía del derecho a la salud y la reducción de las desigualdades e inequidades sociales. La segunda centra su atención en el proceso de globalización y la importancia que la salud ha adquirido en la agenda internacional. La tercera ofrece un análisis del proceso de integración regional en América del Sur en la década de 2000, la aparición de nuevos bloques regionales y la influencia de las trayectorias **MSL/SC** en el campo de las políticas públicas de salud. Para este estudio se toma como caso de estudio a la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) puesto que surge en el marco de esta nueva etapa de la integración regional, con foco en la política social, principalmente en el campo de la salud. La cuarta se centra en la discusión de la salud como un impulsor de las políticas sociales en América Latina y describe las posiciones comunes que los países de América del Sur han llevado al escenario de la gobernanza global de la salud en el ejercicio de una nueva diplomacia sanitaria. La sección final reflexiona sobre cómo la participación del Consejo Suramericano de Salud en el ámbito internacional ha contribuido de forma tangible a la construcción de una nueva diplomacia en salud basada en la soberanía sanitaria, y qué contribución pueden hacer las trayectorias de pensamiento en el escenario actual de la región que parece estar tomando una nueva dirección, opuesta por momentos, en materia de integración regional y salud.

Nuestro propósito es contribuir a la comprensión de los principios y valores sobre los que se

³ Únicamente con el objetivo de facilitar la lectura, se ha tomado como criterio en este artículo utilizar el género masculino

ha construido la cooperación sanitaria internacional en América Latina en la última década, el papel que organizaciones regionales como

UNASUR ha desempeñado para sentar las bases de la salud y los desafíos en materia de soberanía sanitaria en la región.

La Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva y sus contribuciones a nivel regional

Existe una nutrida tradición de pensamiento sobre la región, con fluctuaciones que podrían estar asociadas a los cambios de rumbos de las historias de los países de la región y de aquéllos de otras partes del mundo. La cuestión sobre lo “latinoamericano” recorre tanto intentos teóricos como políticos de movilización. Pensar la región latinoamericana ha sido históricamente una tarea tradicional entre los intelectuales tanto residentes como migrados. Es decir, que los esfuerzos por explicar los procesos históricos de América Latina no pueden estar desvinculados de los procesos sociopolíticos que contextualizaban esas interpretaciones. Existen trayectorias de pensamiento sociopolíticas en la región que no sólo contribuyeron a la construcción de una idea de “lo regional”, sino que también orientaron los discursos y prácticas en torno a la formulación de políticas y de una agenda con características específicas (no libre de tensiones y conflictos), producto de una perspectiva latinoamericana identificable. Se trata de formas heterogéneas y diversas de pensar el mundo propio, Latinoamérica, de manera autónoma. En este devenir, se afianzó una manera de pensar a la región y de definir proyectos integracionistas, que se plasmó en una matriz latinoamericana de pensamiento, con perfiles autónomos (Argumedo, 1993) y que podemos encontrar en distintos campos de acción. Uno de los campos que se vinculó muy particularmente con dichas trayectorias fue el campo de la salud.

Diversas perspectivas teórico-metodológicas que abordan los problemas de salud, enfermedad y atención de las poblaciones se nutrieron en una trayectoria de pensamiento específica denominada **Medicina Social Latinoamericana** o **Salud Colectiva**. Esas tradiciones son consideradas como un campo científico donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto *salud* y donde operan distintas disciplinas (Paim y Almeida, 1998). Este campo de conocimiento y práctica se desarrolló en la década de 1970 en América Latina de la mano de grupos académicos e investigadores del ámbito de la salud que se unieron a distintos movimientos sociales

disconformes con las dictaduras militares, que profundizaron aún más las desigualdades sociales. Toda la investigación sobre movimientos sociales coincide que los mismos surgen dentro de un orden social que de alguna manera contiene a la vez que motoriza sus acciones a favor del cambio. Los actores que forman parte de la acción colectiva, cristalizada en un movimiento, son definidos respecto de un conflicto social general que pertenece al sistema histórico vigente. Así, los movimientos sociales son conductas colectivas de historicidad, ya que su aparición tiene relación con el sistema de acción colectiva, el sistema institucional y el sistema organizativo (Touraine, 1995; Lewis, 1996, Tilly, 1998). De esta forma, en las últimas décadas del siglo XX, los movimientos sociales se aunaban alrededor de reclamos diversos, en especial en torno a la búsqueda del cumplimiento de derechos sociales básicos, entre ellos el derecho a la salud, la equidad en el acceso, la determinación social de las condiciones de vida. Esto dio lugar a una creciente visibilización de experiencias de acción colectiva transnacional, que no solamente toman a la región latinoamericana como una escala de acción, sino que participan cotidianamente de su construcción (Tussie, 2000).

Esta década también se caracterizó en varias regiones por una fuerte tensión en el campo médico porque la profesión médica estaba atravesando una profunda crisis de confianza. Por ejemplo, los gobiernos de los Estados Unidos y Gran Bretaña comenzaron a cuestionar los enormes gastos en tecnologías médicas que no parecían producir una mejora sustancial en la calidad de vida de la población, o al menos ese era el argumento para el ajuste del gasto de salud pública. Esta fuerte reacción fue contraria no solo a la inequidad cada vez más obvia en materia de salud y acceso diferenciado a los servicios de salud sino, fundamentalmente, al pensamiento hegemónico en salud que estaba más preocupado por la cura que por la prevención. En ese momento, las intervenciones se centraron exclusivamente en la atención médica, subestimando el poderoso papel de los

factores sociales (aparte de la atención médica) en la configuración de la salud. En este sentido, los grupos ligados a la medicina social y salud colectiva desarrollaron sus críticas en respuesta también a la crisis por la cual estaba atravesando la salud pública tradicional. Esta fuerte reacción se dirigió no solo a la cada vez más evidente inequidad en salud y al acceso diferencial a los servicios de salud sino, y fundamentalmente, al pensamiento convencional. Esta nueva corriente de pensamiento se conformó a partir de un movimiento heterogéneo que vinculó a una variedad de profesiones con una fuerte convicción en las determinaciones sociales de la salud, la salud como derecho, el acceso universal y en el reconocimiento de que existe un vínculo estrecho entre el desarrollo de la ciencia y la acción política.

La **Medicina Social Latinoamericana** tiene dos principios básicos. Primero, reconoce la naturaleza social de la enfermedad, el carácter histórico y político de la enfermedad y salud, y las inequidades y las diferencias sociales. Esta trayectoria político-intelectual concede particular importancia a los determinantes sociales de la salud y a la salud como un derecho humano. En segundo lugar, recupera la responsabilidad principal del Estado en la solución de los problemas de salud y enfermedad. Desde la perspectiva **MSL/SC**, se supone que los problemas de salud están relacionados con cuestiones políticas, es decir, con decisiones tanto colectivas como individuales. De esta manera, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, tal como lo entiende la MSL/SC se convierte en una herramienta útil para hacer visibles los aspectos estructurales alineados con la realización de la salud. Aporta mayor contenido político al discurso sobre el derecho a la salud (como parte del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales), dejando en claro que garantizar esos derechos depende de cambios estructurales en la organización de las sociedades para producir una distribución equitativa de los recursos económicos, el poder y el conocimiento. El enfoque de la **MSL/SC** fomenta los valores de solidaridad y cooperación en las agendas de las luchas de los movimientos sociales y culturales y en la acción pública de los gobiernos locales y nacionales progresistas. En este sentido, se enfoca en fortalecer un movimiento continental y global de equidad en salud, inscrito dentro del amplio marco de las luchas regionales y globales por el derecho a la salud (Granda, 2008; Lopez *et al.*, 2008).

Esta tradición latinoamericana es un campo científico donde el conocimiento sobre la salud se produce desde diferentes disciplinas y como un campo de práctica donde las acciones se llevan a cabo en diferentes organizaciones e instituciones por múltiples agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencionalmente

reconocido como el *sector de la salud* (Paim y Almeida, 1998). Además, fue moldeado por un movimiento heterogéneo con un fuerte compromiso con los determinantes sociales de la salud y el reconocimiento de que existe un estrecho vínculo entre la ciencia y la política. La matriz conceptual básica de este pensamiento radica en la incorporación de las ciencias sociales. Cuando se configura esta tradición de pensamiento en la década de 1970 en América Latina, la tendencia principal teórica se basó en el materialismo histórico, luego en la década de 1980, otros conceptos teóricos fueron adoptados a partir de autores como Althusser, Bourdieu, Foucault, Giddens, Gramsci, Habermas, Heller, Laclau y Rorty. Entre los desarrollos intelectuales de esta tradición latinoamericana en salud se encuentran los estudios pioneros sobre la salud de los trabajadores, con la contribución metodológica de incorporar los conceptos de clase social, proceso de producción y reproducción social. También hubo contribuciones originales en el área de epidemiología social, políticas de salud, planificación estratégica en salud, epistemología y metodología. La inclusión de la dimensión subjetiva para el análisis en el campo de la salud es una característica importante de esta perspectiva (Tajer, 2003). Hay algunas obras que han reconstruido esta historia intelectual escrita principalmente por sus propios protagonistas: sobre el **Pensamiento social en salud** por Nunes (1992, 2008), el **Movimiento de Salud Colectiva** de Edmundo Granda Ugalde (2003), la **Nueva Salud Pública** por Almeida Filho y Paim (1999) y el **Movimiento Latinoamericano de Medicina Social** por Celia Iriart *et al.* (2002). A partir de entonces se produjo un importante crecimiento de dicho núcleo de pensamiento que insiste en superar la matriz exportada desde los países centrales que ven en la problemática de la salud pública desde sus propias perspectivas, sus propios intereses y sus propias recetas -lo que Aníbal Quijano (2005) denominó la colonialidad del poder y del conocimiento y que se extiende a través de intereses económicos y geopolíticos.

En la última década ha habido una pérdida de peso de los principios rectores Norte-Sur y Este-Oeste y esto ha dado lugar a una nueva geografía y una reconfiguración política y las regiones se convirtieron en escenarios de oposición, articulación, competencia y creación de coaliciones entre Estados. El regionalismo se volvió tanto política como proyecto (Tussie, 2009), en una constante elaboración y reconfiguración de las relaciones internacionales. Así, esas matrices de pensamiento han influido de manera directa en el espacio regional que se constituye hoy como una unidad territorial capaz de intervenir en luchas por el poder y los recursos simbólicos. En dicho espacio convive una diversidad de marcos teórico-conceptuales que se utilizan

para reflexionar sobre la región como espacio de acción colectiva, analizando no sólo su lugar relativo en el escenario global, sino también maneras de abordaje que permiten comprender a la región partiendo de los intereses y problemáticas propios. Es así como encontramos propuestas, prácticas y discursos que refieren al accionar de agentes históricamente excluidos de las propuestas estatales, en los que es posible identificar otro nivel de significados que remite a las dimensiones culturales y subjetivas de estos procesos. Es por ello que el regionalismo latinoamericano no puede ser ignorado, tanto en términos de su historia temprana como de sus diversos enfoques y conceptualización.

Las experiencias han ido definiendo trayectorias de pensamiento propias de y para la región que influyen en la conformación de una perspectiva latinoamericana y que impactan en el proceso de definición y formulación de políticas públicas a nivel regional. En el campo de la salud esto ha implicado que otros actores políticos y sociales tengan mayor protagonismo, y fundamentalmente propició que los Estados fi-

nancien con recursos propios la lista de temas prioritarios en salud que se fue definiendo en los últimos años, dando lugar a una novedosa cooperación más horizontal y democrática entre los países de la región.

La **MSL/SC** ha tenido diferentes grados de influencia en la agenda de políticas de salud según el momento histórico. La región latinoamericana ha sido durante mucho tiempo un lugar en el que los sindicatos y los movimientos sociales y políticos han desempeñado un papel central en la política nacional. En las últimas décadas del siglo XX, los movimientos sociales en la región lucharon especialmente por el cumplimiento de los derechos sociales básicos, incluido el derecho a la salud, la equidad en el acceso a los servicios de salud y la mejora de las condiciones de vida. Esta larga historia de lucha en la región, junto con los procesos de reforma política en la década de 1990 en la salud (como en otras esferas) permitió la transnacionalización de la acción del movimiento social en toda la región. Esto condujo a una visibilidad creciente de las experiencias de acción colectiva transnacional.

Globalización y salud en la agenda internacional

La gobernanza mundial de la salud se consolidó y diversificó después de la Segunda Guerra Mundial y aparecieron nuevos conceptos con el establecimiento en 1948 de la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) (Fidler, 2010). Durante la Guerra Fría, el campo de la salud internacional sufrió tensiones políticas e ideológicas de los dos bloques más importantes de la época: el que representaba el capitalismo y el que representaba el comunismo; y la salud no fue inmune a esta disputa. Cuando la Unión Soviética y los países comunistas decidieron retirarse de la ONU en 1949 y, por lo tanto de la OMS, este organismo estaba claramente controlado por los intereses del bloque occidental, particularmente de los Estados Unidos, que estimulaba el profesionalismo y el crecimiento burocrático, llevando campañas globales y técnicamente orientadas al control o eliminación de enfermedades específicas con la modalidad de programas “verticales”. Esta modalidad de actuación operaba con un enfoque similar al de la Fundación Rockefeller impuesta como modelo sanitario desde principios de siglo

XX (Brown *et al.*, 2006). Dos enfoques de salud en tensión permanente caracterizaron esta etapa: uno basado en los enfoques sociales y económicos que determinan la salud de la población, y el otro más centrado en las tecnologías y las enfermedades. Ambos enfoques se mantuvieron en el tiempo con diferentes énfasis, aumentando o disminuyendo (Brown *et al.*, 2006) dependiendo de las relaciones de fuerza de los países y los intereses de los actores internacionales.

Las décadas de 1960 y 1970 estuvieron marcadas por la descolonización de África, la expansión de los movimientos socialistas y nacionalistas y las nuevas teorías del desarrollo con énfasis en el crecimiento económico y social. Un hito fue la **Declaración de Alma Ata** en 1978 que postula la salud como un derecho humano fundamental que debe lograrse mediante políticas sociales y de salud integradas. Detrás del movimiento por la atención primaria de salud hubo una serie de experiencias exitosas de organizaciones no gubernamentales en América Latina, África y Asia que actuaron en conjunto con las pobla-

ciones locales. La respuesta a Alma-Ata fue la **Conferencia de Bellagio** (Italia) influenciada por los Estados Unidos, financiada por la Fundación Rockefeller y respaldada por el Banco Mundial. La reunión lanzó el concepto de *atención primaria selectiva de salud*. Es decir, la implementación de intervenciones técnicas, de bajo costo y de pequeña escala, con UNICEF liderando la iniciativa en los años 80. La reducción de personal y las políticas neoliberales se hicieron sentir en la **OMS**, que comenzó a depender cada vez más de las contribuciones privadas. En la década de 1990, los préstamos del Banco Mundial para el sector de la salud superaron el presupuesto total de la **OMS** (Brown *et al.*, 2006). Posteriormente, la **OMS** perdió credibilidad y para fortalecer su imagen global comenzó a emplear el concepto de *fondos globales y asociaciones mundiales*. Su agenda se redujo a objetivos específicos como la lucha contra la malaria o la tuberculosis (**Stop TB**) o la mejora del acceso a vacunas nuevas y subutilizadas para los niños que viven en los países más pobres del mundo (**GAVI**). Estos programas son producto de asociaciones público-privadas, y la Fundación Bill y Melinda Gates es uno de los mayores financiadores de la **OMS**. Las alianzas con el sector comercial limitan claramente los objetivos del derecho universal a la salud a través de un enfoque limitado centrado en las *enfermedades prioritarias* (Buse y Waxman, 2001).

En el siglo XXI la salud emerge en la agenda política global como un problema que solo puede abordarse de manera efectiva a través de esfuer-

zos de cooperación. En ese contexto, la salud adquirió un lugar importante en las relaciones internacionales y ha llegado a desempeñar un papel clave en las agendas de la política exterior en la última década. La **Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio** en el año 2000 también reveló el papel central de la salud en el debate internacional. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, formada en 2005, dio aún mayor impulso al tema. Fidler (2010) ha llamado a este momento la “revolución” de la salud mundial para dar cuenta del papel cada vez más importante de la salud en la política exterior (Fidler, 2010; Labonté y Gagnon, 2010). Esa “revolución” generó un aumento sin precedentes de los flujos de financiamiento general en salud y un visible incremento en la influencia de los legisladores, activistas y filántropos que reclaman la salud como una cuestión de política exterior de importancia de primer orden. Como resultado, la salud global se convirtió en una parte esencial de la ecuación de las relaciones internacionales (Fidler, 2001; 2010) existiendo ahora una mayor conciencia del alcance de las cuestiones de salud y de las consecuencias del rápido ritmo del desarrollo científico y tecnológico. A pesar de ese desarrollo, y aunque han habido grandes avances en la esperanza de vida durante el siglo pasado, las desigualdades en salud, la falta de acceso a la atención médica y a la tecnología y medicamentos y la exclusión social persisten dentro y entre los países.

El caso de UNASUR-SALUD: construyendo soberanía sanitaria en Sudamérica

Después del Consenso de Washington a principios de la década de 1990, el neoliberalismo se había instalado como el paradigma político y económico hegemónico en América Latina. En ese escenario, el acceso a una atención médica de mayor complejidad tecnológica se asoció cada vez más con la capacidad de pago del paciente. Se fortalecieron los programas verticales dirigidos a poblaciones o problemas específicos mediante la creación de seguros de salud específicos, lo que profundizó la segmentación de los sistemas de salud al mismo tiempo que la pobreza y la desigualdad aumentaban en la región (Soares, 2001).

En la década de 2000, los gobiernos de izquierda y progresistas ganaron poder en la mayoría de

los países de la región e intentaron contrarrestar los efectos de las políticas neoliberales. La región también comenzó a emerger como una unidad territorial capaz de intervenir en las luchas por el poder y los recursos simbólicos. Los intentos posteriores de constitución de organizaciones regionales bajo gobiernos progresistas y de izquierda (incluyendo **UNASUR**, la **Comunidad de Estados Latinoamericanos y del Caribe** -CELAC-, la **Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América** -ALBA) han representado un conglomerado de organizaciones comerciales y políticas, y proyectos sociales que giran en torno a nuevos principios de solidaridad y autonomía regional y han brindado la oportunidad de sincronizar las políticas en múltiples escalas.

El esfuerzo por recuperar el potencial de desarrollo de América del Sur fue una clara manifestación de un cambio histórico, un *cambio de era* (en lugar de simplemente una era de cambio). Este cambio de era se caracterizó por la formulación de prácticas políticas arraigadas en el desarrollo social, la comunidad y las nuevas prácticas de acción regional. Las políticas sociales, y particularmente las políticas de salud, se convirtieron en estrategias esenciales para combatir la pobreza y reducir las desigualdades. La salud es un excelente ejemplo de una revolución silenciosa en curso en la economía política regional de la cooperación y la diplomacia y un ejemplo paradigmático de cooperación regional. Como argumentó Riggirozzi (2014:443), la mirada hacia las políticas de salud muestra un *giro social* en la vida de las organizaciones regionales del Sur y su misión de cooperar. Una expresión de eso es la aparición de **UNASUR**, y en particular, en materia de salud, del **Consejo de Salud Suramericano de UNASUR**.

La práctica de los estados miembros hizo de la salud una de las áreas más dinámicas de cooperación regional dentro de **UNASUR**. Mientras que la cooperación internacional hegemónica apunta a abordar enfermedades específicas a través de intervenciones y programas verticales, apoyados por fondos específicos, **UNASUR** ha buscado abordar la salud desde un enfoque más político. Esto se traduce en la incorporación de los determinantes sociales de la salud, la promoción de las escuelas de salud pública y el intento de mejora de los sistemas nacionales de salud (Herrero y Tussie, 2015). En este nuevo escenario, las corrientes de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, que siempre fueron movimientos críticos y, por lo tanto, al margen de las propuestas estatales de los gobiernos neoliberales, tuvieron una oportunidad para ejercer influencia sobre la agenda sanitaria regional e instalar los principios rectores de **UNASUR Salud**. En ese entonces, varios de los ministros de salud de los países de la región eran activos militantes de estas corrientes político-intelectuales.

Si bien, las iniciativas de integración regional en América Latina como la **Comunidad Andina de Naciones (CAN)**, el **Sistema de la Integración Centroamericana (SICA)**, el **Mercado Común del Sur (MERCOSUR)**, y la **Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA)**, anteriores a la **UNASUR**, ya poseían una cooperación en salud más o menos estructurada (Buss y Ferreira, 2010), algunos autores mencionan que **UNASUR** es la ilustración más reciente del avance en las relaciones entre salud y política exterior en la región de las Américas. Teixeira (2017) señala que la creación del Consejo Suramericano de Salud se debió a una suma de factores como la identificación de la salud como campo motor

de la integración regional en tanto instrumento para la reducción de inequidades; la trayectoria de cooperación en salud en las Américas (desde la OPS en adelante); el alineamiento político de los gobiernos de la región que posibilitó consensos en temas relacionados con la salud y el reconocimiento de la salud como un derecho universal y; la presión de movimientos sociales para la elaboración de una agenda regional en salud, que fue recibida por los gobiernos de la región por su proximidad y diálogo con muchos de estos movimientos (Teixeira, 2017). En este sentido, en nuestro estudio, varios entrevistados coincidieron en señalar que el Consejo Suramericano de Salud se conformó gracias a la influencia que tuvieron algunos ministros de salud -representantes incluso de estas corrientes políticas de pensamiento y movimientos sociales- que vieron la oportunidad de formar ese Consejo⁴. Así, no solo el enfoque adoptado por **UNASUR** en materia de salud, sino también el hecho de que el Consejo Suramericano de Salud fue el segundo en ser creado (luego del de Defensa) y el que mayor dinamismo ha adquirido, muestra el rol de la salud como facilitador de consensos y la influencia de estas trayectorias políticas en su constitución⁵. En este proceso, han ejercido influencia en las bases y principios de **UNASUR Salud** y han posicionado la salud como canal central para la cooperación.

Un debate fundamental en el seno de **UNASUR Salud** fue la polémica entre apoyar la iniciativa de **Cobertura Universal de la Salud** (impulsadas por la OMS y la OPS) o los **Sistemas Universales en Salud**, entendidos como sistemas públicos, universales y gratuitos. Uno de los entrevistados mencionó que cuando se debatía si **UNASUR** adoptaría la postura de apoyar la iniciativa de Cobertura Universal de la Salud o los Sistemas Universales en Salud, representantes de estas corrientes y miembros de algunos gobiernos, defendieron los sistemas de salud universales y *luego lograron que UNASUR asumiera como una posición el sistema universal de salud y no la cobertura universal de salud* (ALO4, entrevista personal, 9 de octubre de 2014). A partir de ese debate, el bloque elaboró un documento conjunto que se discutió en la reunión de los ministros de la OPS. Finalmente, la OPS incluso terminó incorporando al tema de la cobertura, el acceso universal: *Ese es un éxito muy importante de UNASUR porque terminó ocupando una posición conjunta [...] ya que hay más espacio en algunos momentos que en otros que deben aprovecharse.* (ALO4, entrevista personal, 9 de octubre de 2014)

⁴ ALO8, entrevista personal. 24 de junio de 2014.

⁵ ALO2, entrevista personal. 11 de noviembre de 2014. ALO4, entrevista personal, 9 de octubre de 2014. ALO8, entrevista personal, 24 de junio de 2014

En su **Plan quinquenal** (2010-2015), **UNASUR** adoptó el enfoque de los determinantes sociales y una perspectiva transversal en sus políticas, promoviendo el desarrollo de asociaciones y redes entre diversos sectores de la sociedad. También propuso aumentar el número de países de la región que reorientan sus sistemas de salud hacia un enfoque en los determinantes sociales. De esta forma, el papel central que desempeñó la salud en el proceso de construcción de la región ayudó a posicionar la inclusión social dentro de la agenda regional. Las referencias a la salud como un derecho humano y el énfasis en abordar los determinantes sociales de la salud no fueron simplemente retóricas en el Plan Quinquenal. Esto se concentró en la conformación -y las acciones- de los **Cinco Grupos Técnicos (Vigilancia y Respuesta de Salud, Desarrollo de Sistemas Universales, Acceso Universal a Medicamentos, Promoción de la Salud y Acción sobre Determinantes Sociales de la Salud, Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos)** que establecen una intención real de trabajar en esos principios. El campo de la salud se convirtió en una política estratégica en busca de objetivos, normas y prácticas colectivas. Incluso, un entrevistado que jugó un papel central en la fundación del Consejo de Salud declaró que era relativamente fácil trabajar en esa dirección debido a la larga experiencia previa de trabajar juntos en **ALAMES**⁶ (AL04, entrevista personal, 9 de octubre de 2014).

La necesidad de fortalecer los mecanismos de cooperación entre los países de la región promovió acciones conjuntas y el fortalecimiento de la integración, bajo el reconocimiento de soberanías nacionales y entendiendo que la soberanía sanitaria se logra fortaleciendo la acción de los Estados nacionales para garantizar el derecho a la salud y proporcionar bienes públicos. Esto es un eje para redefinir las políticas de salud y construir nuevas capacidades de negociación en el marco de la salud internacional alternativa, donde el Estado es el actor central (Rovere, 2011). En el mismo sentido, Teixeira (2017) sostiene que el proceso de integración y cooperación regional llevado a cabo por **UNASUR** contribuye a la promoción de la soberanía sanitaria regional, al tiempo que fortalece las soberanías nacionales de salud de cada país-miembro. La región fortalece y amplía la capacidad de negociación y defensa de sus intereses en espacios multilaterales, frente al mercado y otras organizaciones internacionales y transnacionales, lo que genera una mayor autonomía de los países que pertenecen al proceso

⁶ La **Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)** es una organización política compuesta por personas vinculadas a diferentes campos de la teoría y la práctica de la Medicina Social/Salud Colectiva en América Latina. Se constituyó formalmente en 1984 durante el 3er Seminario Latinoamericano de Medicina Social, realizado en Ouro Preto, Brasil.

de integración regional en relación a la influencia de estos actores. Este ejercicio de soberanía sanitaria regional fortalece no solo a la región en el ámbito de la soberanía externa, sino también a los países individuales que forman parte del proceso de integración regional, aumentando así la capacidad de estos países para definir, con un menor nivel de influencia externa, su políticas de salud, lo que eleva el grado de soberanía sanitaria interna de los estados nacionales. Esta doble soberanía (nacional/interna y regional/externa) establece un mecanismo de resistencia regional, ya que refuerza la independencia y la autonomía en salud de los estados para definir sus propias políticas.

UNASUR surgió como un espacio factible para la promoción de la Cooperación Sur-Sur, ya que los países buscaban reducir las inequidades regionales a través de la creación de espacios para el intercambio y la acción colaborativa (Vance *et al.*, 2017). La salud se convirtió también en campo privilegiado para la construcción de la soberanía a través de la cooperación, ya que existen espacios multilaterales continentales y globales de negociación, que otros campos no poseen (Teixeira, 2017). La promoción de la Cooperación Sur-Sur y el fortalecimiento de un nuevo estilo de integración regional fueron señalados por uno de nuestros entrevistados como una estrategia propia de la creación del **Consejo Suramericano de Salud** (AL08, entrevista personal, 24 de junio de 2014). Así, la creación de **UNASUR** en 2008 y sus consejos ministeriales sectoriales en los años siguientes es una de las experiencias más recientes de Cooperación Sur-Sur en la región.

UNASUR alentó la Cooperación Sur-Sur en sus declaraciones e intentó fortalecer una posición continental en la nueva diplomacia de salud. La Cooperación Sur-Sur se convirtió en una estrategia fundamental para los países de América del Sur basada en una relación horizontal y en la cooperación entre iguales. Esta cooperación también se hizo evidente en el Consejo de Salud, en sus Grupos Técnicos y Redes de Estructuración, y a través del **Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS)**⁷, centro de estudios de alto nivel, reflexión crítica y capacitación de personal estratégico. Se fundó con la intención de promover una visión sudamericana común y reforzar la reflexión crítica sobre la salud global, aunando posiciones y fomentando un vínculo cooperativo (Vance *et al.*, 2017).

Tanto **UNASUR** como el **ISAGS** proponen un modelo horizontal en el que todos los miembros contribuyen a la identificación de problemas y al desarrollo de soluciones. Por ejemplo, el **ISAGS** actúa facilitando los procesos de cooperación en

⁷ **ISAGS** es un centro de altos estudios y debate de políticas públicas, sus acciones contribuyen para el desarrollo de la gobernanza y el liderazgo en salud en América del Sur. La sede del Instituto se encuentra en Río de Janeiro, Brasil.

salud a través de sus espacios de debate (talleres temáticos, conferencias y cursos). Además, de acuerdo con los principios de la Cooperación Sur-Sur, el bloque regional tiene regulaciones estrictas respecto de su financiamiento, que no permite ningún tipo de apoyo económico fuera de los países miembros sin la aprobación previa de su Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores (Vance *et al.*, 2017). Esta regulación busca proteger las decisiones, acciones y estrategias de la entidad frente a intereses externos que puedan oponerse al

interés público. De esta manera, los recursos que se manejan provienen de los Estados miembro. La decisión de **UNASUR** de ser financiada exclusivamente con las contribuciones de los países, imponiendo fuertes restricciones a los fondos de terceros (excepto que todos los ministros de Asuntos Exteriores decidan lo contrario) ha sido una decisión acertada. El hecho de que las decisiones se adopten por consenso ha generado decisiones que adquieren mayor peso político y legitimidad (Belardo 2018).

UNASUR Salud como herramienta para la integración y la creación de consensos

América Latina experimentó una repolitización en las últimas décadas del siglo XX, dando lugar a nuevas organizaciones políticas y proyectos regionales en los que los Estados, los movimientos sociales y los referentes políticos comenzaron a interactuar y construir una nueva comprensión sobre el espacio regional (Riggirozzi y Tussie, 2012). En nuestra región, la salud, la educación, el empleo y la lucha por la tierra y la vivienda han sido demandas sociales históricas, fuertemente vinculadas al concepto de ciudadanía en el siglo XX (Roberts y Portes, 2005). La **MS/SC** han sido tradiciones intelectuales y movimientos políticos comprometidos con las condiciones de vida de las mayorías populares de la región. En la medida en que reconocen la dimensión social y política de las enfermedades, han otorgado gran importancia al estudio (e información) de la determinación social de la salud y de los determinantes sociales de los procesos de salud y enfermedad y a considerar la salud como un derecho humano.

El presidencialismo, el consenso y el intergubernamentalismo son las principales características de las iniciativas y proyectos que han definido y configurado la política pública a nivel regional. En consecuencia, esta defensa de la soberanía nacional coexiste con el discurso de fortalecer la soberanía en la región. De hecho, esto ha sido mencionado a veces como un obstáculo para la construcción de organizaciones regionales fuertes, con una posición regional contra el imperialismo y la dominación extranjera como parte de políticas emancipatorias y aspiraciones de autonomía para la región. Ahora bien, **UNASUR** constituyó un intento de establecer un paradigma alternativo para la integración de los doce países de la región. La creación de esta organización

internacional respondió a una visión geopolítica basada en principios como la independencia, la soberanía, la solidaridad y la complementariedad entre los países miembros. Esta iniciativa eminentemente política e intergubernamental surgió con el objetivo de generar autonomía regional en una gran diversidad de aspectos (salud, defensa, infraestructura, energía, educación, desarrollo social y cultural), mejorar la escala de los esfuerzos individuales, y con el propósito de establecer posiciones comunes en el escenario mundial.

Dadas las consecuencias de las políticas neoliberales y la profundización de la desigualdad social, los referentes de **MS/SC** lucharon por la necesidad de recuperar el papel del Estado. Con el surgimiento de gobiernos de izquierda y progresistas en la región, se abrió una oportunidad para que las ideas de la **MS/SC** ocupen un lugar preponderante en la agenda de algunos Estados, así como de la regional. En este escenario, y desde sus orígenes, **UNASUR** ha entendido la salud como un derecho para todos y un deber de los Estados. Es por eso que **UNASUR** ha adoptado los principios de solidaridad, justicia social y equidad y se enfoca en los determinantes sociales de la salud y la lucha por los sistemas de salud universales (y no la cobertura universal de salud). La construcción de nuevos bloques en la región de América Latina (como **UNASUR**, **CELAC** o **ALBA**) revivió la idea de Simón Bolívar de la construcción de la „Patria Grande“ para recuperar nuestra soberanía. En este escenario, **UNASUR** ha fomentado el diálogo necesario entre los actores nacionales que se empoderan mutuamente y creando nuevos espacios para la coordinación de políticas y la acción colectiva transnacional. El desarrollo de **UNASUR** ha

mostrado esfuerzos por obtener una voz para sus países en el ámbito de la salud mundial, además de ganar prominencia política y disminuir el peso de las asimetrías nacionales dentro de la región.

Como resultado, se creó una agenda de salud con características particulares en la región. Por un lado, sus principios y valores impregnan el proceso de formulación de políticas y acciones comunes, y por otro lado, la promoción de una forma novedosa de influir no solo en los espacios nacionales sino también en los globales. Con relación al primer aspecto, **UNASUR Salud** entiende que la falta de acceso a los sistemas de salud y las desigualdades sociales son causas directas de enfermedad. Por ese motivo, no habla de enfermedades desatendidas o poblaciones desatendidas, sino de derechos, igualdad y justicia social. Esto es particularmente relevante si consideramos que hoy es necesario comprender no solo las causas de las enfermedades, sino también observar todo el proceso de salud y enfermedad a la luz de las inequidades que afectan tanto los resultados de salud como los determinantes sociales de la salud. Esto implicó la necesidad de pasar de un modelo biomédico de salud a uno que tenga en cuenta la complejidad y multidimensionalidad de la salud, las desigualdades sociales y su incidencia en el bienestar y la importancia de un enfoque integral (García-Ramírez, 2013). Si bien los poderes predominantes que lideran la cooperación internacional (como se mencionó en el inicio de este artículo) apuntan a enfermedades específicas a través de intervenciones verticales, programas y financiamiento específico (Harman, 2012), **UNASUR** busca abordar la salud desde un enfoque basado en los derechos y en los determinantes que son productores de enfermedad. Esos principios se consolidan con una estrategia de formación continua de los funcionarios del campo de la salud de los Estados que integran el Consejo Suramericano de Salud, a través del **ISAGS**.

UNASUR se esfuerza por obtener una voz en el escenario de la salud internacional, ganando protagonismo político a través de dos movimientos paralelos altamente relevantes en términos de diplomacia de salud. Para hacerlo, **UNASUR** se ha posicionado en la arena global en la que ha habido un aumento en los temas de salud en la agenda (**Río+20**, **CIPD+20**, **Conferencia Mundial sobre SDH**, etc.). Estos escenarios están marcados por dos movimientos globales diferentes, uno vinculado a la apertura

y la globalización del mercado de la salud y el otro vinculado a los derechos (relacionado con Alma-Ata, foros como **Salud en todas las políticas**, el **Convenio Marco para el Control del Tabaquismo**). Más allá de estos dos movimientos que marcan el escenario, también hay un cambio con el surgimiento de debates en la agenda de salud y desarrollo en la **Organización Mundial del Comercio (OMC)** y la **Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI)**, entre otros (Coitiño, 2014). Al ganar una voz en la diplomacia global, **UNASUR** es una fuerza impulsora central que también permite la construcción de identidad regional. Por ejemplo, pudo negociar como bloque en la **67ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS)** sobre el informe presentado por el Panel Asesor de Desarrollo de la Salud (ISAGS, 2014). En este caso, los Estados miembros de UNASUR adoptaron una posición común sobre 10 temas: vacunas, discapacidad, seguimiento de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**, **Agenda Post-2015**, repercusión de la exposición al mercurio, contribución de la salud al desarrollo social y económico, acceso a medicamentos esenciales, fortalecimiento de los sistemas de regulación y seguimiento de la **Declaración Política de Recife** sobre recursos humanos y del informe presentado por el **Grupo de Trabajo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo** (ISAGS, 2014). Por lo tanto, la participación del Consejo Suramericano de Salud en este tipo de foro internacional es fundamental para la misión de construir una agenda compartida. Un ejemplo de esto ha sido el mapeo de experiencias de atención primaria en las Américas llevado a cabo por el **ISAGS** que da cuenta de los diversos modelos de atención médica integral adoptados a lo largo del tiempo que se presentaron a la **AMS**. La iniciativa tiene como objetivo proporcionar a los gobiernos información para identificar políticas estratégicas para la acción local o regional, facilitando la toma de decisiones.

En este sentido, la región se fortalece al tomar posiciones conjuntas en diferentes escenarios internacionales. Los consensos creados y la participación en instancias internacionales abonan una mayor capacidad de incidencia y un mayor margen de negociación, que ya era desigual entre los países de la región. En el proceso político de **UNASUR**, la salud parece haberse fortalecido como una herramienta para un desarrollo autónomo frente a la influencia externa y el enfoque tradicional de las organizaciones o socios donantes. El campo de la salud aparece, entonces, como un eje integrador de gran potencial (Giffoni, 2018).

Conclusiones

El análisis propuesto en este artículo busca situar a la iniciativa de regionalización de políticas en salud dentro de una corriente de pensamiento y acción con amplia trayectoria en la región, como la **MS/SC**. El proyecto de regionalismo de la **UNASUR**, entonces, debe entenderse como parte de una matriz de pensamiento con perspectiva latinoamericana. De ese modo, **UNASUR** no ha sido ajeno a la experiencia así como a los conflictos y desafíos político-económicos que enfrentan históricamente sus Estados miembros, aun con elementos novedosos. En el paradigma de integración que **UNASUR** propuso, el foco en las políticas sociales logró institucionalizar ciertas dinámicas y roles para el bloque regional. Como dicen Riggiozzi, Herrero y Tussie:

Así, la creación de este organismo regional recreó un nuevo espacio identitario que redefine el principio ordenador de la gobernanza regional más allá de lo comercial-económico, privilegiando el respeto a la soberanía; la solidaridad; y la cooperación para, no solo reducir asimetrías sociales al interior de la región, sino además fortalecer posiciones comunes en el escenario mundial. (Riggiozzi *et al.*, 2018).

Este paradigma novedoso para la integración permitió la creación de un área de trabajo como el Consejo Suramericano de Salud, con una agenda que retomaba elementos de la matriz conceptual tradicional latinoamericana a la vez que rompía con formas establecidas de entender las políticas en salud.

Diez años después del surgimiento de **UNASUR**, es posible afirmar que la salud ha ocupado un lugar destacado en su agenda y que ello responde a la historia de la región. Los valores, principios y enfoques alternativos en salud (salud como un derecho humano, énfasis en los determinantes sociales de la salud, privilegio de los sistemas de salud universales sobre la cobertura universal de salud) se incorporaron a la agenda no solo por la trayectoria que tiene la salud en materia de integración y cooperación en nuestra región, sino también gracias a los esfuerzos intelectuales y militantes de un grupo de profesionales comprometidos, pertenecientes a la larga tradición de la **MS/SC** Latinoamericana, que visualizaron una oportunidad para influir tanto a nivel nacional como regional. Este marco

conceptual le ha permitido a **UNASUR** discutir los lineamientos de las políticas de salud en lugar de “programas” para enfermedades específicas. Asimismo alcanzar posiciones conjuntas con organizaciones internacionales como la **OMS** y la **OPS** fortalece nuestra región al tener una mayor incidencia y margen de negociación (Belardo, 2018).

La constitución de **UNASUR** ha supuesto varios cambios. Primero, los temas de la agenda regional han tenido un impacto diverso en las agendas de diferentes países debido a las diferencias sociales, políticas, económicas y culturales y, sobre todo, a la relación de las fuerzas políticas internas. En segundo lugar, **UNASUR** ha sido considerado como un ejemplo de cooperación político-técnica entre países, sin requerir que los miembros renuncien a la soberanía individual y que establezcan acuerdos de cooperación consensual. En tercer lugar, **UNASUR** ha tratado de romper con las viejas lógicas de la cooperación tradicional en salud, tradicionalmente ancladas en la lucha contra enfermedades o programas específicos sin entender la salud de nuestros países desde una perspectiva estructural. Finalmente, el Consejo Suramericano de Salud, sus Grupos Técnicos y Redes de Estructuración, y el **ISAGS** -un órgano permanente del Consejo- constituyeron espacios pensados para fortalecer la integración y la Cooperación Sur-Sur en salud, reconociendo que la salud es un puente hacia la paz y el desarrollo de los pueblos.

Ahora bien, algunas de las fortalezas que notamos anteriormente pueden convertirse en debilidades o límites. El hecho de que las decisiones políticas se adopten por unanimidad otorga mayor poder y legitimidad a las medidas. Sin embargo, cuando la representación política de los países miembros cambia significativamente, necesariamente la **UNASUR**, en un contexto de diferentes intereses y visiones ideológicas conflictivas, puede entrar en una situación de estancamiento (Belardo, 2018).

En cuanto a la recomendación de las políticas públicas, las organizaciones regionales armonizan los enfoques, pero no son responsables de formular políticas ni sus propuestas tienen fuerza de ley. Entonces, puede haber un consenso general, pero cada país implementa el consenso de una manera diferente, incluso opuesta. Por ejemplo, existe un consenso general sobre la necesidad de una salud universal, sin embargo, los países

interpretan esta universalización de una manera muy diferente. Esto se traduce en diferentes sistemas de salud entre países. Además, a pesar de que varios artículos del **Tratado Constitutivo de UNASUR** proclaman la participación ciudadana en la salud, esta participación popular no se hizo efectiva ni institucionalizada (Belardo, 2018).

Y finalmente, es necesario plantear el debate acerca de la continuidad de las premisas sobre las que los logros mencionados se han sustentado. Después de una década de existencia a favor de la integración, la experiencia de **UNASUR** está amenazada por la aparición de líderes conservadores en la región y la reciente decisión de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay y Perú de abandonar el bloque, que fuera emblema del “giro” a la izquierda de la región. La salida de los 6 países miembros del bloque de la **UNASUR** pondría en peligro la continuidad de los planes y proyectos conjuntos en el área de la salud, debilitando la iniciativa de integración en salud.

La región aún tiene grandes deudas sociales y la necesidad de consolidar muchos de sus logros. El campo de la salud como hemos visto tiene una larga trayectoria en materia de cooperación en nuestra región y ha demostrado, tanto a nivel regional como global, que puede ser un buen canalizador de consensos. En el actual contexto de realineamientos políticos empiezan a adquirir mayor fuerza otros paradigmas de integración regional, aún con acuerdos que se superponen. Las alianzas más ligadas a los intereses de los Estados Unidos están tomando mayor protagonismo, como el acercamiento entre la **Alianza del Pacífico** y el bloque del **MERCOSUR** o los intentos, hasta el momento frenados por la propia **Unión Europea**, entre esta comunidad y el **MERCOSUR**. Queda por ver si esto implicará un realineamiento completo y el direccionamiento de la mirada hacia los postulados del norte, o si será posible mantener espacios soberanos en materia de integración. Uno de los logros que ha sabido construir el proceso de integración sostenido por la UNASUR.

Bibliografía

- Almeida-Filho, N., y Silva Paim, J. (1999). "La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario), N° 75, pp. 5-30.
- Belardo, M. (2018) *Una década en la integración de Sudamérica: límites y perspectivas en salud. 15 de febrero*. Recuperado el 28/06/2018 de: <https://sincopa-sv.blogspot.com/2018/02/una-decada-en-la-integracion-de.html>.
- 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(1):S13-S27.
- Brown, T. M., Cueto, M. y Fee, E. (2006). "The World Health Organization and the Transition from International to Global Public Health". *Am J Pub Health*, 96(1), pp. 62-72.
- Buse, K. y Waxman, A. (2001). "Public-private health partnerships: a strategy for WHO". *Bull World Health Organ*, N° 79, pp. 748-754.
- Buss, P. y Ferreira, J.R. (2010). "Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde". *RECIIS*, N° 4, pp. 93-105.
- Coitiño, A. (2014). *Análisis del fenómeno de los procesos regionales de integración en salud como actores emergentes de la diplomacia de la salud global: el caso UNASUR*. Mimeo sin publicar, presentado en Programas de Líderes de Salud Internacional OPS/OMS (PLSI). Washington, DC: PanAmerican Health Organization.
- Fidler D. (2001). "The globalization of public health: The first 100 years of international health diplomacy". *Bull World Health Organ*, 79(9), pp. 842-849.
- (2010). *The challenges of global health governance*. New York: Council on Foreign Relations. Recuperado el 3/10/2016 de <http://www.cfr.org/global-governance/challenges-global-health-governance/>.
- Galeano, D., Trotta, L. y Spinelli, H. (2011). "Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida". *Salud colectiva*, 7(3), pp. 285-315.
- García-Ramírez, J. y Vélez-Álvarez, C. (2013) "América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas". *Rev. Salud Pública*, 15 (5). pp. 731-742.
- Giffoni, M. (2018). *UNASUR y la integración regional en salud*. ISAGS. Recuperado el 28/06/2018 de <http://isags-unasur.org/es/unasur-y-la-integracion-regional-en-salud/>.
- Granda Ugalde, E. (2003). *¿A qué llamamos salud colectiva hoy?*. Ponencia presentada en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva, Brasilia.
- Harman, S. (2012). *Global Health Governance*. New York: Routledge.
- Herrero, M. y Tussie, D. (2015). "UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America". *GlobSocPolicy*. 15(3), pp. 261-277.
- Herrero, MB. (2017). "Moving towards South-South International Health: debts and challenges in the regional health agenda". *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(7), pp. 2169-2174.
- Iriart, C, Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E.E. (2002) "Latin American social medicine: contributions and challenges". *Rev Panam Salud Pública*, N° 12, 128-136.
- ISAGS (2014). "Posiciones comunes de UNASUR hacen avanzar la agenda de Salud Global". *Newsletter*. Rio de Janeiro. Recuperado el 30/11/2015 de <http://www.isagsunasur.org/uploads/eventos/v%5B282%5Dling%5B2%5Danx%5B257%5D.pdf>.
- Labonté R. y Gagnon M. (2010). "Framing health and foreign policy: Lessons for global health diplomacy". *Global Health*, 6(14), pp. 1-19.
- Lewis, K. (1996) "Social Movements". En Faris, E. (ed.) *Handbook of Modern Sociology*. Chicago: McNally & Company.
- Nunes, E. D. (1992). "Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración". En Franco, S., Nunes, E.D., Breilh, J., Laurell, A.C. (org.) *Debates en medicina social*. Quito/Washington: OPS/OMS-ALAMES/CEAS.
- (2008). *Por una arqueología de la medicina preventiva. El dilema preventivista: Medicina Preventiva: contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Paim, J. S. y Naomar A. F. (1998). "Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas?". *Rev. Saúde Pública*, 32 (4): pp. 299-316.
- Quijano, A. (2005) "Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina". En Lander, E. (comp) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Buenos Aires: CLACSO y UNESCO.
- Riggirozzi, P., Herrero, M. y Tussie, D. (2018). *Viraje político y la agenda regional en salud*. Recuperado el 23/06/2018 de <http://flacso.org.ar/noticias/viraje-politico-y-la-agenda-regional-en-salud/>.
- Riggirozzi, P. y Tussie, D. (comp.) (2012). *The Rise of Post-Hegemonic Regionalism: The Case of Latin America*. Dordrecht: Springer.

- Riggirozzi, P. (2014). "Regionalism through social policy: Collective action and health diplomacy in South America". *Econ Soc.*, 43(3), pp. 432-454.
- Roberts, B. y Portes, A. (2005). "Enfrentando la ciudad del libre mercado. La acción colectiva urbana en América Latina, 1980-2000" en Portes, Roberts y Grimson (ed.) *Ciudades latinoamericanas. Un análisis comparativo en el umbral del nuevo siglo*. Buenos Aires: Prometeo.
- Rovere, M. (2011) "Organismos Internacionales de Salud y la Argentina". *Voces en el Fénix*, 2(7), pp. 21-24.
- Sanahuja, J. A. (2011). *Multilateralismo y regionalismo en clave suramericana: el caso de UNASUR. Los desafíos del multilateralismo en América Latina*. Edición especial: CRIES - Universidad de Guadalajara - Universidad Iberoamericana.
- Soares, L. T. R. (2001). *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis: Vozes.
- Tajer, D. (2003). "Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges". *American Journal of Public Health*, 93(12), pp. 2023-2027.
- Teixeira, M. F. (2017). *O Conselho de Saúde da Unasul e os desafios para a construção de soberania sanitária*. Tesis doctoral. Brasil: Fundação Oswaldo Cruz.
- Tilly, C. (1998) "Conflicto político y cambio social" en Pedro Ibarra y Benjamín Tejerina (editores) *Los movimientos sociales. Transformaciones políticas y cambio cultural*. Madrid: Editorial Trotta.
- Touraine, A. (1995). *Producción de la sociedad*. México: IIS-UNAM/IFAL/Embajada de Francia.
- Tussie, D. (2000). *Luces y sombras de una nueva relación: El Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la Sociedad Civil*. Buenos Aires: FLACSO y Temas.
- (2009) "Latin America: Contrasting Motivations for Regional Projects". *Review of International Studies*, Vol. 35, Sup. 1, Marzo.
- UNASUR (2010). *Plan Quinquenal 2010-2015*. Recuperado el 3/10/2016 de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/ger/rins_documentosunasur/PQ%20UNASUR%20Salud.pdf.
- Vance, C., Mafla, L. y Bermúdez, B. (2012). "La cooperación Sur-Sur en Salud: la experiencia de UNASUR". *Línea Sur, Revista de Política Exterior*. 3(12), pp. 89-102.

Del Fuera Valencius al Fuera Quirino

La restauración conservadora en la Política Nacional de Salud Mental de Brasil (2015-2018)

Do Fora Valencius ao Fora Quirino

A restauração conservadora na Política Nacional de Saúde Mental do Brasil (2015-2018)

Felipe Sales Magaldi | ORCID: orcid.org/0000-0002-1905-5365

femagaldi@gmail.com

Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas
Argentina

Recibido: 14/06/2018

Aceptado: 07/08/2018

Resumen

Se propone un estudio sobre la restauración conservadora en la Política Nacional de Salud Mental (**PNSM**) de Brasil en el período que comprende los años de 2015 y 2018. El nombramiento de profesionales comprometidos con perspectivas manicomiales en las instancias ministeriales y el redireccionamiento económico para la gestión hospitalocéntrica son tomados como telón de fondo de la construcción de una controversia pública que involucra distintas asociaciones profesionales y movimientos sociales del área de salud mental. A través del análisis de notas públicas y de documentos programáticos federales, se busca comprender cómo los sentidos del tiempo (en términos como *avance* y *retroceso*) y de la verdad (en términos como *ciencia* e *ideología*) son disputados a través de discursos acusatorios, tensando la oposición entre perspectivas conservadoras y progresistas. Como resultado, se apunta a una contienda desigual, en la que los principios de la Reforma Psiquiátrica brasileña -jurídicamente establecidos desde 2001- se ven amenazados en la ausencia del apoyo de las organizaciones médicas, en la desconsideración de la voz de la sociedad civil y en la presencia de una configuración presidencial ilegítima.

Palabras clave: Salud Mental, Reforma Psiquiátrica, Políticas Públicas, Controversia pública, Restauración conservadora.

Resumo

Trata-se de um estudo sobre a restauração conservadora na Política Nacional de Saúde Mental (**PNSM**) do Brasil no período que compreende os anos de 2015 e 2018. A nomeação de profissionais comprometidos com perspectivas manicomiais nas instâncias ministeriais e o redirecionamento econômico para a gestão hospitalocêntrica são tomados como pano de fundo da construção de uma controvérsia pública envolvendo distintas associações profissionais e movimentos sociais da área de saúde mental. Através da análise de notas públicas e de documentos programáticos federais, busca-se compreender como os sentidos do tempo (em termos como *avanço* e *retrocesso*) e da verdade (em termos como *ciência* e *ideologia*) são disputados através de discursos acusatórios, tensionando a oposição entre perspectivas conservadoras e progressistas. Como resultado, aponta-se para uma contenda desigual, na qual os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira -juridicamente estabelecidos desde 2001- se vêem ameaçados na ausência do apoio das organizações médicas, na desconsideração da voz da sociedade civil e na presença de uma configuração presidencial ilegítima.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Políticas Públicas, Controvérsia pública; Restauração conservadora.

Introducción

Entre las luchas sociales que comenzaron a ser engendradas en el período de declive de la dictadura civil-militar brasileña (1964-1985), pocas fueron tan resistentes como el movimiento por la Reforma Psiquiátrica. Se puede afirmar que la re-democratización del país coincidió con la relativa efectividad de una serie de propuestas destinadas a la transformación de la representación social de la locura y al redireccionamiento del sistema asistencial de salud mental, incluyendo la disminución progresiva de camas y la creación de servicios sustitutivos de atención psicosocial, con-substanciados en unidades de salud extrahospitalarias, con base en la atención diaria y su distribución en el territorio.

Estos logros se dieron de manera paulatina, con la movilización de trabajadores de salud mental a finales de la década de 1970; la realización de congresos y encuentros nacionales en el sureste del país y la creación de los primeros Centros de Atención Psicosocial (**CAP**) en la segunda mitad de los años 1980; y, finalmente, la tramitación de la Ley 10.216, también conocida como *Ley Paulo Delgado* o *Ley de la Reforma Psiquiátrica*, la cual, partiendo del proyecto de ley n. 3657/1989, fue aprobada solo en 2001. En el transcurso de estos años, el lema *por una sociedad sin manicomios*, inspirado en la psiquiatría democrática italiana y, más ampliamente, en la lucha por los Derechos Humanos, fue ganando progresivo espacio de debate en la sociedad brasileña, siendo manifiesto en las voces de pacientes, familiares y profesionales de salud. La fecha 18 de mayo fue considerada desde 1987 el Día Nacional de la Lucha Antimanicomial.

Gracias a este proceso, el inicio del siglo XXI fue un período de proliferación de políticas públicas comprometidas con los principios reformistas. Además de los **CAP**, se concretaron programas destinados a la ayuda socioeconómica a internos de larga duración, visando su egreso y posibilitando formas inéditas de desinstitutionalización y de cuidado mental comunitario, así como proyectos culturales enfocados en la superación de los estigmas, en la reinserción social y en la construcción identitaria de los sujetos acometidos por sufrimiento psíquico (Amarante, 1995; Delgado, 2011; Tenório, 2002; Pitta, 2001).

Sin embargo, la lista de esas conquistas no debe llevar a creer en su estabilidad absoluta, ni en la resolución final de las propuestas anti-manicomiales. En la actualidad, debido a una con-

fluencia de fuerzas que atraviesan la iniciativa privada, el cotidiano de la estructura manicomial, la demanda reaccionaria de familiares, la hegemonía de la concepción biomédica, y el propio funcionamiento de la burocracia estatal, se verifica una contundente resistencia a los idearios reformistas. Las polémicas planteadas por la complejidad de los dichos trastornos mentales y del uso de sustancias psicoactivas -por ejemplo, las crisis psicóticas consideradas graves, o la abstinencia de usuarios de crack en situación de calle- siguen dando lugar a una zona de controversia, que incluye tanto las denuncias de las insuficiencias del modelo de atención diurna, como la reivindicación de retorno del régimen institucional de privación de libertad.

Este trabajo analiza algunos acontecimientos políticos ocurridos en el período que comprende los años 2015 y 2018, en los cuales se estabilizó de manera más visible una restauración conservadora en el marco de la Política Nacional de Salud Mental (**PNSM**)¹ de Brasil. Se destacan aquí nombramientos de profesionales conocidos por su compromiso con la perspectiva manicomial como representantes estatales en el ámbito de las subdivisiones del Ministerio de Salud; así como, posteriormente, la reformulación de la propia política nacional de atención a personas con trastornos mentales y usuarios de alcohol y drogas, incluyendo la redirección de la asignación pública para la gestión hospitalocéntrica, dañando, por lo tanto, los principios de la Ley de la Reforma Psiquiátrica.

Estos eventos, que comenzaron a ganar forma en el último período de gestión de la presidenta Dilma Rousseff (PT - Partido de los Trabajadores), adquirieron su forma más nítida en el período que sucedió a su *impeachment*, que supuso el ascenso del vicepresidente Michel Temer (PMDB - Partido del Movimiento Democrático Brasileño, actual MDB - Movimiento Democrático Brasileño) para la Presidencia de la República. Desde esta perspectiva, esa coincidencia no constituye una trivialidad, sino que revela la amplitud del giro político en expansión en Brasil y su refracción en el programa nacional de salud mental. Giro

¹ La Política Nacional de Salud Mental (**PNSM**), también conocida como x, fue establecida por la Ley Federal 10.216/2001 como estrategia del Estado, por medio del SUS - Sistema Único de Salud. Este, a su vez, fue creado a partir de la constitución federal de 1988, conocida como *Constitución Ciudadana*, que garantizó a la población brasileña acceso a la salud universal y gratuita con financiamiento público, a través de tres principios principales: universalidad, equidad e integralidad.

este que, como se demuestra en este trabajo, no siempre se reconoce como *conservador*, representándose antes a través de las imágenes del progreso y del respaldo científico. Por ese motivo, es necesario suspender su reificación apresurada y buscar comprender su lógica propia y estrategias discursivas.

Se parte aquí desde un punto de vista etnográfico de las políticas públicas, que entiende al Estado no como entidad estable y externa a los sujetos, sino como un fenómeno procesal hecho y deshecho a través de prácticas sociales, discursos y materialidades (Souza Lima, 2002; Souza Lima y Castro, 2015). En este sentido, se concentra en la problemática de la controversia pública, entendiéndola como un sistema de relación caracterizado por la participación conflictiva de distintos actores sociales (Boltanski y Thévenot, 1999). Esta noción permite que procesos de disputa sean tomados como objeto privilegiado de estudio, siendo entendidos como acciones colectivas que operan en la transformación del mundo social. En este artículo, se pone especial énfasis en la posición de diferentes asociaciones profesionales y movimientos sociales del área de la salud mental, incluyendo sus alianzas y disidencias.

En términos metodológicos, el trabajo se vale de fuentes textuales tales como notas públicas y documentos burocráticos federales, aquí calificadas como materia activa de la producción del conocimiento antropológico. A través de la atención a esos contenidos, es posible observar modos de control administrativo y formas de gobierno que se disponen a estabilizar realidades, así como los agenciamientos colectivos que se configuran en la intención de cambiarlos (Peirano, 2006). La recolección y el análisis de los datos se basaron en investigación virtual, teniendo en cuenta sitios web gubernamentales y no gubernamentales, páginas de organizaciones y redes sociales de gran repercusión. El investigador no tiene ninguna relación directa con estas instancias.

La propuesta se origina a partir de la producción de una tesis de doctorado (Autor, 2018), orientada al estudio de las relaciones entre la Reforma Psiquiátrica brasileña y actividades artísticas y culturales, sobre todo aquellas producidas en la ciudad de Río de Janeiro, precisamente durante el período aquí analizado. Aunque la profundización en ese material escape a los fines particulares de este artículo, debiendo ser consultado en su fuente original, debe tenerse en cuenta que constituyó la base para la selección de los eventos aquí descritos.

#FueraValencius

En diciembre de 2015, el entonces Ministro de Salud, Marcelo Castro, nombró al médico psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, su amigo personal, para el cargo de Coordinador Nacional de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas del Departamento de Acciones Programáticas y Estratégicas del Ministerio de Salud. Esta posición, antes ocupada por profesionales comprometidos con los principios de la Reforma Psiquiátrica², pasaba a incluir al ex director técnico de la **Casa de Salud Dr. Eiras** (conocido como el mayor manicomio privado de América Latina) situado en la región metropolitana de la ciudad de Río de Janeiro.

La sucursal del municipio de Paracambi de la **Casa de Salud Dr. Eiras** fue fundada en 1963

(**CSDE-Pbi**), inicialmente contando con 2.550 camas. La institución sirvió, en principio, de receptáculo de los internos crónicos de su primera sede, en el barrio de Botafogo. Su propietario, Leonel Miranda, llegó a ser Ministro de Salud durante el gobierno dictatorial de Costa e Silva (1967-1969). La **CSDE**, funcionando en el modelo hospitalocéntrico, recibía población de otros municipios y estados brasileños, incluyendo, ya en la década de 1970, internos con larga permanencia institucional.

A comienzos de los años 1990, el establecimiento comenzó a ser denunciado por sus propios trabajadores, en especial los de enfermería, que cuestionaron el modelo de asistencia impuesto a los internos y clamaron por mejores condiciones salariales. Ellos articularon con la Asamblea Legislativa de la Provincia de Río de Janeiro, ganando apoyo de consejos profesionales del área de salud y de derechos humanos, además de la vigilancia sanitaria y movimientos sociales. Gracias a esa movilización, lograron una visita de fiscalización con gran repercusión en los

² El médico psiquiatra Roberto Tykanori era su antecesor inmediato. Militante antimanicomial desde los años 1980, acompañó la aprobación de la Ley de la Reforma Psiquiátrica durante el gobierno de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), y participó en el frente de la Coordinación de Salud Mental desde el inicio del gobierno de Dilma Rousseff (2011-2016).

medios nacionales. Después de auditorías federales que llevaron a la producción de informes que indicaban malos tratos y graves violaciones -incluyendo la práctica sistemática de electroconvulsoterapia, ausencia de ropa, alimentación insuficiente y número significativo de personas en internación de larga permanencia- la **CSDE-Pbi** no pudo recibir más nuevas internaciones desde 2001, aunque siendo cerrada definitivamente en el año 2012 (Guljor, 2013).

Valencius Wurch había sido director de la institución justamente entre 1994 y 2000, período en que, en la estela de la progresiva consolidación del movimiento por la Reforma Psiquiátrica brasileña, se engendraba la denuncia pública de la **CSDE**. El médico, refractario a las críticas, cuestionaba el proyecto de ley reformista y acusaba a su mentor, el diputado federal Paulo Delgado (PT), de ser *superado, no técnico e ideológico*. Esta crítica ganó visibilidad a partir de un reportaje publicado en el Jornal en Brasil en 1995, titulado *Médico critica ley que extingue manicomios* (Jornal do Brasil, 1995).

El acontecimiento pronto dio lugar a reacciones en todo el país. Fue llevada a cabo una ocupación en las dependencias del Ministerio de Salud, en Brasilia, pidiendo su reversión. El *hashtag #ForaValencius* proliferó en las redes sociales a través de perfiles de militantes antimanicomiales y profesionales de salud pública. Entidades del área publicaron manifiestos dirigidos al CNS -Consejo Nacional de Salud³- y al Ministro Marcelo Castro, llamando la atención sobre los peligros del *retroceso* que su nombramiento podría significar. Se destacaron, entre ellas, la **ABRASCO** -Asociación Brasileña de Salud Colectiva⁴-, el **CFP** -Consejo Federal de Psicología⁵-, la **ABRASME** -Asociación Brasileña de Salud Mental⁶-, el **CEBES**

-Centro Brasileño de Estudios en Salud⁷-, el **IMS** -Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro⁸-, el **MNLA** -Movimiento Nacional de la Lucha Antimanicomial⁹- y la **RENILA** -Red Nacional Internúcleos de la Lucha Antimanicomial¹⁰-. Una nota conjunta de estas asociaciones hacía mención a las declaraciones polémicas de Wurch a mediados de los años 1990, a su gestión en la problemática en la **CSDE** y la inexistencia de publicaciones científicas propias, cuestionando su legitimidad en el cargo. En el momento, ya se anunciaba, aún de manera no definitiva, el *impeachment* de la presidenta electa:

Nosotros, defensores de la democracia brasileña y, por lo tanto, contrarios al proceso ilegítimo e inconstitucional de *impeachment* de la presidenta Dilma, venimos a solicitar a la Casa Civil la toma de providencias tendientes de sobrestimar el nombramiento anunciado para que se garantice la continuidad de la Política Nacional de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas, legitimada nacional e internacionalmente, y que fuera producida y sostenida por este Gobierno en diálogo con usuarios, familiares, trabajadores, gestores y académicos comprometidos con la democracia y con la producción de un cuidado en salud mental de calidad, pautado en la garantía de derechos” (ABRASCO *et al.*, 2015).¹¹

La **ABP** -Asociación Brasileña de Psiquiatría¹²-, no obstante, no fue signataria de la manifestación. En el mismo período, emitió nota negando su implicación en la reacción al nombramiento de Wurch. Consideró *inadecuada e intempestiva* la

investigación y servicios de salud mental; fortalecimiento de las entidades miembro y ampliación del diálogo entre las comunidades técnica, científica, servicios de salud, organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y con la sociedad civil.

³ El **CEBES** es una entidad nacional creada en 1976 que reúne a activistas, líderes, investigadores, profesores, profesionales y estudiantes. Articula y participa de frentes y alianzas con diversos movimientos sociales, grupos y entidades de la sociedad civil en pro de la reforma sanitaria brasileña.

⁴ El **IMS**, fundado en 1971, es una unidad académica de la Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ) que alberga uno de los principales programas de postgrado en Salud Colectiva del país.

⁵ El **MNLA** es un movimiento social surgido en el Encuentro Nacional de Trabajadores de la Salud Mental, en 1987, en Baurú, bajo el lema *por una sociedad sin manicomios*. Se caracteriza por la denuncia de los abusos y la violación de derechos humanos sufridos por los usuarios de la salud mental dentro de los manicomios, así como por la lucha por el fin de ese tipo de tratamiento y por la instalación de servicios alternativos.

⁶ La **RENILA** se constituyó en 2003, como disidencia del **MNLA**, incluyendo inicialmente 13 núcleos antimanicomiales esparcidos por Brasil. Justificándose por el crecimiento de la intolerancia y la falta de diálogo imperantes en el primer movimiento, pasó a realizar sus propios encuentros nacionales en 2004.

⁷ En este texto, todas las traducciones son de mi autoría.

⁸ La **ABP** fundada en 1966 como una entidad sin fines de lucro, representativa de los médicos psiquiatras de Brasil.

³ El CNS es un colegio formado por especialistas en asuntos de salud pública. Establecido inicialmente en 1937, tuvo durante la mayor parte de su existencia un carácter consultivo y normativo, o sea, establecía normas y directrices técnicas y emitía opiniones cada vez que era consultado. En 1990, por medio del Decreto n° 99438, se creó el nuevo Consejo Nacional de Salud, con base en los principios y directrices del SUS. Además de congrega diversos segmentos de la sociedad, este nuevo CNS pasó a tener carácter deliberativo, pudiendo analizar y deliberar sobre asuntos de salud pública, a través de resoluciones adoptadas por el Ministerio de Salud.

⁴ La **ABRASCO** fue fundada en 1979 por profesionales, estudiantes y profesores de programas de Postgrado en Medicina Social y Salud Pública, incorporando también, posteriormente, los cursos de Salud Colectiva. Con un historial de defensa del SUS, participa activamente en la formulación y monitoreo de políticas públicas de salud, dialogando con universidades, espacios de representación social y sociedad civil.

⁵ El **CFP** es una entidad profesional fundada en 1977, con sede en el Distrito Federal y en las capitales de diecisiete estados brasileños. La asociación regula los servicios profesionales de la Psicología en el país.

⁶ La **ABRASME** es una organización no gubernamental, fundada en 2007. Con sede en Florianópolis, posee filiales en más de 10 estados de Brasil. Se dedica al apoyo en la articulación entre centros de entrenamiento, enseñanza,

reacción de sus participantes, salvaguardando el acto soberano del Ministerio de Salud. En el texto, sostuvo el apoyo a la *asistencia eficiente* y al *rigor de la ciencia*, criticando el modelo preconizado en los últimos años, que no privilegiaría la re-inserción social y el tratamiento médico adecuado, sobre todo en el caso de pacientes con trastornos mentales graves y persistentes. Este tendría un sesgo *únicamente ideológico* -resonando así la propia acusación al proyecto de ley 3657/1989 protagonizada por Wurch en la década de 1990- responsable por la desactivación de las camas y del sistema ambulatorial, sin expansión correspondiente de la Red de Atención Psicosocial (**RAPS**). En ese sentido, la **ABP** propuso un modelo mixto, *ni sólo hospitalocéntrico, ni sólo capscéntrico*, supuestamente comulgando con los principios de la Ley de 2001, incluyendo el énfasis en la atención básica, en la multi e interdisciplinaridad y en los vínculos con la comunidad. La nota, también firmada por el **CFM** -Consejo Federal de Medicina¹³-, la **FENAM** -Federación Nacional de los Médicos¹⁴-, la **AFDM** -Asociación de Amigos, Familiares y Pacientes Mentales de Brasil¹⁵- y la **ABRATA** -Asociación Brasileña de Familiares, Amigos y Portadores de Trastornos Afectivos¹⁶-:

La ABP espera que la coordinación actual utilice bases científicas para crear una política pública de asistencia en salud mental que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta la importancia de dividir la asistencia en primaria, secundaria y terciaria. Y que se centre en la atención en red considerando la atención primaria como puerta de entrada, punto de clasificación y de resolución para las demandas de esa población, con servicios ambulatorios y hospitales de calidad. No podemos juzgar sin oír lo que el nuevo coordinador de Salud Mental del Ministerio de Salud tiene que proponer y estamos a disposición para unir fuerzas hacia una asistencia en salud mental efectiva y que traiga nuevamente la esperanza de calidad de vida a nuestros pacientes. La situación actual es desoladora para todos nosotros médicos, profesionales

¹³ El **CFM**, creado en 1951, es un órgano que tiene atribuciones constitucionales de fiscalización y normalización de la práctica médica, actuando también en la defensa de la salud de la población.

¹⁴ La **FENAM**, creada en 1973, es un sindicato nacional de médicos.

¹⁵ La **AFDM**, fundada en 1991, es una organización integrada por familiares, amigos y portadores de enfermedad mental en favor de la defensa de la asistencia permanente y del respeto a los derechos.

¹⁶ La **ABRATA**, fundada en 1999, es una asociación sin fines de lucro orientada a la necesidad de atender a personas con trastornos del humor, depresión y trastorno bipolar, así como a sus familiares y amigos.

de Salud Mental, pacientes y familiares.
(ABP, 2015)

Por un momento, la postura de ponderación de la ABP parecía haber triunfado. En abril de 2016, después de 121 días de movilización, la **Ocupación Fuera Valencius** fue removida por la Policía Federal. En esa ocasión, los manifestantes, auto-intitulados *valientes*, publicaron una nota de resistencia, manifestando optimismo en relación al futuro de su lucha. Sus signatarios, además de los ya referenciados **MNLA**, **RENILA**, **CFP**, **ABRASCO**, **ABRASME** y **CEBES**, incluyeron el **MNDH** -Movimiento Nacional de Derechos Humanos¹⁷-, el **CFESS** -Consejo Federal de Trabajo Social¹⁸-, la **FENAPSI** -Federación Nacional de Psicólogos¹⁹-, la **ABORDA** -Asociación Brasileña de Reductores de Daños²⁰-, además de frentes parlamentarios antimanicomiales. En el texto, hacen mención a la conmemoración de los 15 años de la Ley 10.216/2001, que dio lugar a la realización de un seminario en la Universidad de Brasilia, y que contó con la participación de los últimos cinco coordinadores nacionales de Salud Mental, además de movimientos sociales, trabajadores, usuarios, familiares y profesores. También celebran la creación del **Frente Parlamentario en Defensa de la Reforma Psiquiátrica y de la Lucha Antimanicomial**, congregando diputados de diversos partidos en diferentes provincias brasileñas. A pesar de la truculencia policial que llevó a la usurpación de la sala ocupada, los manifestantes relatan haber salido aplaudidos por funcionarios del Ministerio de Salud y demás presentes. Concluyen:

Continuamos NO aceptando a Valencius Wurch como Coordinador Nacional de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas del Ministerio de Salud. Alguien que fue director del mayor hospicio privado de América Latina y connivente con malos tratos y torturas no nos representa y significa exactamente lo que repudiamos y denunciamos. El espíritu valiente continúa en las movilizaciones antimanicomiales y va a persistir con nuevos formatos, nuevas estrategias, aún más fuerte y decidida. Nuestra lucha sólo se fortalece, pues mañana será mayor! Ocupación Resiste! FUERA VALENCIUS! (MNLA *et al.*, 2016)

¹⁷ El **MNDH** es una entidad fundada en 1982 que tiene como principal objetivo denunciar y combatir violaciones a los derechos humanos en Brasil.

¹⁸ El **CFESS**, regulado a partir de 1993, es un consejo profesional que fiscaliza el ejercicio profesional de los Trabajadores Sociales en Brasil.

¹⁹ La **FENAPSI**, fundada en 1985, es un sindicato profesional del área de psicología.

²⁰ La **ABORDA** fue creada en 1997, durante el 2º Congreso Brasileño de Prevención del Sida, en Brasilia, teniendo como objetivo la implementación y el fortalecimiento de la Reducción de Daños como política pública de salud.

Un mes después, en mayo de 2016, Wurch fue exonerado. Este hecho, sin embargo, no se dio exactamente por cuenta de las presiones de los movimientos sociales. En realidad, se realizó en el contexto de la auto-dimisión del propio Ministro Marcelo Castro, resultante de la ruptura con la situación de gobierno. El período estaba marcado por la turbulencia del proceso de *impeachment*, en la cual diversos parlamentarios se retiraban voluntariamente de sus cargos, con el fin de vaciar la política petista, y abrir espacio para la caída de la presidenta, con apoyo explícito del poder judicial y de los medios.

En la ocasión, marcada por la fuga de graba-

ciones telefónicas de políticos, una fue particularmente reveladora, involucrando al Ministro de Planificación y senador licenciado Romero Jucá (PMDB) y al ex presidente de **Transpetro** (procesadora brasileña de gas natural, subsidiaria de **Petrobras**), Sergio Machado. Preocupados por el avance de las investigaciones sobre corrupción -en lo que se conoció como *Operación Lava Jato*- que pronto alcanzaría a sus socios y a ellos mismos, propusieron que la solución era sacar a Dilma Rousseff y colocar a Michel Temer en el poder en *un gran acuerdo nacional, con el Supremo* [Tribunal Federal], *con todo* (Folha de São Paulo, 2016), impidiendo, así, el progreso de las investigaciones.

#FueraQuirino

La condena de Rousseff -supuestamente justificada por irregularidades contables, aunque no constituyan un crimen de responsabilidad, siendo entonces insuficientes como prueba- y el subsiguiente ascenso del vicepresidente Michel Temer, no implicó una resolución de las controversias anteriormente descritas. Después de la estabilización de su mandato en 2017, se reanudaron discusiones a propósito de la expansión de las camas en hospitales neuropsiquiátricos brasileños. En la gestión ministerial de Ricardo Barros (PP-Partido Popular), fue esta vez el médico Quirino Cordeiro Junior quien ocupa el cargo de la Coordinación de Salud Mental, en febrero de dicho año. A diferencia de Wurch, Cordeiro poseía una trayectoria mucho menos controvertida y un currículo académico más notable. Concluyó el doctorado en la Universidad de San Pablo y fue Profesor Adjunto y Jefe del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de San Pablo, así como Profesor de la Universidad Federal de San Pablo. Además, tenía experiencia directa en servicios de la red pública de salud.

Cordeiro era miembro directo de la **APB**, la cual apoyó explícitamente su nuevo cargo. En un artículo titulado *Nombramiento del nuevo Coordinador General de Salud Mental del Ministerio de Salud es celebrado por la ABP*, publicada en la página virtual de la asociación, su presidente Antonio Geraldo da Silva, consideraba el hecho *una conquista para la salud pública brasileña*, llamando la atención sobre su formación y carácter (APB, 2017).

El 21 de diciembre de 2017, bajo su gestión, y con apoyo de la Comisión Intergestores Tripartita (**CIT**) -que reúne a representantes de los ministerios, provinciales y municipales- fue aprobada la reformulación de la **PNSM**. El conjunto de procedimientos congelaba la reduc-

ción progresiva de los lechos psiquiátricos (hasta entonces, la transferencia de un paciente al ámbito ambulatorio implicaba la extinción de la vacante) y proponía el redireccionamiento de fondos públicos para enfermerías especializadas en hospitales generales, incluyendo la reserva del 20% de vacantes para alas psiquiátricas y el aumento del valor del diario pagado por internación (de R\$49 a R\$80) (Ministério da Saúde, 2017). La propuesta original aún preveía integrar las llamadas Comunidades Terapéuticas (**CT**) -en su mayoría vinculadas a grupos religiosos neopentecostales y dedicadas a la atención al usuario de drogas- a la red pública de asistencia. Incluso sin la inclusión plena de esta pauta, el aporte de recursos seguía siendo posible.

Además de la ABP, otras entidades apoyaron la medida. El **CFM** agradeció al Ministro de Salud, al Ministro de Desarrollo Social, Osmar Terra (PMDB), y al nuevo Coordinador de Salud Mental, Quirino Cordeiro, así como a pacientes, familiares y parlamentarios involucrados en el proceso. Indicó, positivamente, que el texto de la resolución *resultó de amplio y democrático debate, con foco permanente al final de la desasistencia y en el respeto a los derechos de los pacientes y sus familiares, así como en la calificación del rol de servicios disponibles* (CFM, 2017). Entre las principales medidas citadas como *perfeccionamiento*, estuvieron: la extensión del funcionamiento del SUS para ambulatorios especializados; el fortalecimiento de los **CAP** en áreas de alto consumo de crack (las *cracolândias*), con equipo 24 horas; la consolidación de enfermerías de psiquiatría en hospitales generales, con equipos multiprofesionales, y de los hospitales especializados en psiquiatría, con camas de buena calidad; la obligatoriedad de la presencia de médicos psiquiatras; la estabilización de las acciones de prevención al suicidio; y el soporte

de las residencias terapéuticas para pacientes crónicos.

Por otro lado, fue esta vez el *hashtag* **#ForaQuirino** el que se extendió en el ámbito crítico de las redes sociales. Una nueva nota pública emitida por ABRASCO endosó el sentido del *retroceso* (anteriormente suscitado en el caso de Wurch), llamando la atención sobre el retorno del énfasis dado a modalidades asistenciales manicomiales, y reconociendo su ineficacia en los procesos de rehabilitación psicosocial, reinserción social, singularización y autonomización de personas con trastornos mentales y usuarios de alcohol y otras drogas. Recurriendo a factores científicos, el texto afirmó en uno de sus pasajes más destacados:

Una cantidad expresiva de estudios ha demostrado, en Brasil y en el mundo, que servicios territoriales son superiores a los hospitales neuropsiquiátricos en esos aspectos y la diferencia no está sólo en el hecho de proponer internaciones breves [...] La diferencia está en la lógica que rige el cuidado desarrollado en esos servicios sustitutivos, una lógica de trabajo en el territorio, privilegiando sus recursos intersectoriales, que ve los usuarios de salud mental, no como “portadores de trastornos mentales”, sino como “portadores de derechos ciudadanos y políticos” y como personas que sufren trastornos mentales. En este caso, tampoco es suficiente el eufemismo de la “asistencia multidisciplinaria” si se desarrolla a partir de una lógica patologizadora, donde lo que importa fundamentalmente son diagnósticos específicos (multiplicados exponencialmente en las últimas décadas), y que dejan de lado la compleja articulación de las condiciones materiales, sociales, culturales, psicológicas y biológicas. Las ayudas reduccionistas aumentan la medicalización y mercantilización de la vida, dificultando la recuperación, inclusive clínica (ABRASCO, 2017b).

Se ve esta vez que el contenido de la nota crítica no hacía tanta mención individual al Coordinador de Salud Mental (el nombre de Cordeiro ni siquiera es citado) o a las instituciones en las que había trabajado (que, como ya subrayado, no eran de naturaleza privada), sino al conjunto concreto de medidas preconizadas. En nota anterior, sin embargo, esa referencia había sido realizada. En septiembre de 2017, ya se despertaban preocupaciones en cuanto a la política de Cordeiro. En el período, por intermedio del Grupo Temático de Salud Mental de la ABRASCO -coordinado por el investigador del Laboratorio de Estudios e Investigaciones en Salud Mental y Atención Psicosocial (Laps/Ensp/Fiocruz), el Dr. Paulo Amarante, una de las voces

más activas en la lucha antimanicomial en Brasil- había sido firmado un manifiesto de docentes e investigadores brasileños de la salud en defensa de la Reforma Psiquiátrica:

Quirino Cordero merece enfático repudio por sus proposiciones [...] cuando defendió la expansión de los hospitales neuropsiquiátricos en un contexto de congelación de inversiones por veinte años en el Sistema Único de Salud. Dicha propuesta es obscurantista, retrógrada y anticientífica. (ABRASCO, 2017a)

La congelación de la que trata el manifiesto se refiere a una de las primeras medidas protagonizadas por la Cámara de Diputados durante el gobierno de Michel Temer en septiembre de 2016: la aprobación de la **PEC** (Proyecto de Enmienda Constitucional) 241, que restringe, por dos décadas, las inversiones en salud y educación, entre otros gastos públicos, en un programa radical de austeridad fiscal. El proyecto quedó conocido por sus críticos como *PEC del fin del mundo*.

Aunque la nota ha sido firmada individualmente por **ABRASCO**, ésta ha sido ampliamente compartida en Internet. Otras asociaciones emitieron manifiestos similares. El **CEP-SP** -Consejo Provincial de Psicología de São Paulo- llamando la atención sobre la lógica de la privatización que subyace al nuevo programa, acusaba: *El discurso moralista y conservador trae a remolque los intereses de mantener y ampliar la concentración del capital político y de la economía* (CEP-SP, 2017).

En enero de 2018, fue el propio Consejo Nacional de Salud que recomendó la revocación de la Ordenanza 3.588, bajo la justificación de la ausencia de debate con la sociedad civil y con la propia entidad. Se subrayó su inconstitucionalidad por medio de su desacuerdo con los principios de la Ley de la Reforma Psiquiátrica, así como de la Ley Brasileña de Inclusión (Ley 13.146/2015) -destinada a asegurar y promover derechos de personas con discapacidad- y de la Ley 8.142, que dispone sobre la participación de la comunidad en la gestión del SUS a través de la Conferencia de Salud, realizada cuatrienalmente. Según la nota, la nueva política presenta *retrocesos*, implicando el retorno de *servicios obsoletos* (CNS, 2018). También apoyaron la moción la ABRASME y la Procuraduría Federal de los Derechos del Ciudadano del Ministerio Público Federal (**PFDC/MPF**), a través de un oficio encaminado al Ministro de Salud.

Hasta el presente, la Ordenanza permanece inalterada. Sin embargo, el 30 de mayo de 2018, pocos días antes de la conclusión de la redacción de este artículo, la Comisión de Derechos Humanos y Minorías de la Cámara de Diputados, presidida por el diputado Luiz Couto (PT), ahora por petición de la diputada Érika Kokay (PT), logró promover una audiencia pública reuniendo

usuarios y expertos del sector. Se convocaron al debate figuras importantes en la defensa de los principios reformistas, como Paulo Amarante, de la **ABRASCO**; Julio Costa, del **CFP**; Ana Maria Pitta, de **ABRASME**; y Andrés Ferrari, de **RENILA**, entre otros. Destacaron los peligros del desmonte del **SUS** en un contexto de Estado de Excepción, favorecedor del crecimiento del odio y

de la intolerancia. También criticaron la posición connivente de la ABP que, según ellos, implicaría la mercantilización del dolor y la medicina, así como la falta de participación de la sociedad civil en la aprobación de la Ordenanza. Incluyeron así la pauta de la Reforma Psiquiátrica como un modo de ejercicio de la democracia y la lucha por el derecho de los excluidos (CDHM, 2018).

Sentidos del tiempo y de la verdad

Ya se ha llamado la atención sobre las discontinuidades entre la sucesión de casos aquí enumerada, referentes a la mayor personalización de la denuncia de Valencius Wurch, por cuenta de su trayectoria en un manicomio privado degradante y de sus declaraciones controvertidas. Esta distinción, sin embargo, se revela sutil si se compara con la contundente contigüidad de los valores involucrados en ambas contiendas, en las que se evidencia una polarización entre la perspectiva reformista y su contrapunto. Aunque dicha polarización encuentre claras evidencias de su inscripción en un espectro político definido en términos de izquierda y derecha, su mera suscripción explicativa o reducción resulta insuficiente. Esta problemática se confirma a medida que se analiza la posible oposición entre el progresismo y el conservadurismo. Lo que se nota es que esta es manipulada por ambas facciones a través de una calidad perspectiva, en la que cada cual reinventa un modo de avance, en detrimento del carácter obsoleto de su término antagónico.

En ese sentido, se evidencia una disputa sobre los modos de definición del sentido del tiempo. Se mostró, por ejemplo, cómo Wurch consideraba el proyecto de ley de Paulo Delgado *superado*. Semejante categoría es también accionada por sus críticos, cuando insisten en los peligros del *retroceso* que su nombramiento puede implicar. El carácter *retrógrado* -y, literalmente, *conservador*- del contrapunto a la reforma reaparece en las manifestaciones contra el programa desarrollado por Cordeiro. Contrasta con la perspectiva de *perfeccionamiento* de los signatarios de la Ordenanza, designando una especie de mejora o evolución; o con el proyecto de crear un proyecto *ni hospitalocéntrico, ni capscéntrico*, indicativo de una salida innovadora, y no de un mero retorno al pasado. De esa observación, resulta que la auto-representación de ambas perspectivas se

encuentra en el orden del progreso, implicando el abandono o transformación de un pasado caracterizado por su agotamiento. El propio sentido de lo que es *reforma* (progresista *per se* en su gramática) es desafiado, así, por los proponentes de un modelo de asistencia que afirma el favorecimiento del modelo de internaciones hospitalarias para la gestión de la salud mental.

Sin embargo, el recurso a través del cual estos posibles sentidos del tiempo son controlados y puestos a prueba se asienta en un sentido de la verdad. Esto implica la imputación, también compartida por las distintas posiciones aquí analizadas, de un modelo *ideológico, no técnico, obscurantista, anticientífico* -términos homólogos compartidos, por ejemplo, tanto por la **ABRASCO** como por la **ABP**, las principales asociaciones involucradas. Es a través de la búsqueda de una política basada en el rigor de la ciencia, demostrada a través de estudios, que ambas posiciones justifican sus programas. El *superado*, así, corresponde al modelo cuestionado por la experimentación científica.

Si se percibe que, de las diversas categorías profesionales que componen campo de la salud mental, sólo las entidades médicas conmemoraron o ponderaron los nombramientos y decretos aquí referenciados, en contraste con la posición de asociaciones de salud colectiva y de psicología -campos disciplinares de menor prestigio académico y relacionados a las humanidades-, no se hace difícil entender la asimetría de poder que subyace a la lucha por la Reforma Psiquiátrica.

Por otro lado, esta asimetría es compensada por una serie de mecanismos de resistencia, entre los cuales se puede citar la crítica de la propia ciencia en su versión medicalizante y patologizante, la denuncia de la inserción del debate en el sistema de producción capitalista y la reivindicación del histórico de violencia y violación de derechos humanos de las instituciones manicomiales.

Consideraciones finales

Se buscó aquí comprender, a partir de determinado eje de la política que involucra a sus agentes estatales a nivel federal, asociaciones profesionales y movimientos sociales, la insurgencia de una restauración conservadora en la Política Nacional de Salud Mental en el Brasil reciente. El sentido del conservadurismo fue aquí tensado a través de la observación de la percepción temporal de sus partícipes, que entienden su programa como expresivo de un *avance* en relación a la insuficiencia del modelo de desinstitucionalización preconizado por la Reforma Psiquiátrica y garantizado por la Ley 10.236, contrastando, por lo tanto, con su acusación de *retroceso*.

Por otro lado, se demostró el desequilibrio de fuerzas evidente en la contienda, garantizado por el apoyo de las categorías médicas a los nombramientos y acciones aquí descritas y, más ampliamente, por la propia ascensión de Michel Temer al poder presidencial, respaldada por una movilización parlamentaria que imputó a la presidenta Dilma Rousseff, implicando en el derrocamiento de sus elecciones ministeriales. Si, en la propia gestión petista, los principios reformistas ya se encontraban amenazados con el nombramiento de un personaje de trayectoria polémica, es en la gestión subsecuente, ilegítima, que la amenaza se consolida a través de un programa gubernamental efectivo.

Se está de acuerdo, entonces, con la idea de que, al mismo tiempo que la “crisis” de las políticas públicas de salud brasileñas no comenzó con ese proceso específico, una nueva etapa ha sido inaugurada. Su programa actual incluye la privatización radical de los servicios estatales y el privilegio del capital, en detrimento de las poblaciones que, en las últimas décadas, lograron concretizar sus demandas históricas por derechos y mejores condiciones de vida (Castro, Engel y Martins, 2016).

La contribución de este trabajo, por lo tanto, reside en la cartografía parcial de ese proceso, con énfasis en el análisis discursivo. Su contenido

será módico, sin embargo, si no se agregan etnografías que, como propone Maluf (2018), aborden el impacto de dichos cambios en el propio cotidiano de los sujetos y las comunidades concretas, es decir, los trabajadores y usuarios de la red de salud mental y de sus familiares, sus afectos y sociabilidades. Se sabe bien cómo estos grupos son susceptibles de ser cooptados por el reto del modelo hospitalocéntrico, y cuánto la internación puede parecer, en sus discursos, en la condición de bandera del *mal necesario*, justificada por su necesidad ineludible de tratar directamente con la locura. Se demostró aquí cómo diferentes movimientos sociales toman partido tanto de la lucha antimanicomial (a ejemplo del **MNLA** y de la **RENILA**) como de los cambios recientes propuestos por el gobierno (tales como la **AFMA** y la **ABRATA**).

Es así en ese ámbito que los defensores de la Reforma Psiquiátrica deberán seguir actuando, si quieren revertir las alteraciones que se consolidan como orientaciones de las políticas públicas del país. Y es en este sentido que deberán surgir abordajes antropológicos sobre el *Brasil profundo*, es decir, que aborden la problemática del posible apoyo de las capas populares y trabajadoras a los desmontes en proceso, incluyendo sus tensiones y contradicciones morales; y que sean capaces de ofrecer una tercera vía a las polarizaciones destructivas que se configuran en el debate público (Pinheiro-Machado, 2016).

Por ahora, lo que es lícito afirmar es el ascenso de un programa, propagado como *científico* y *avanzado* el cual, beneficioso o no, desconsidera, a través de una Ordenanza controvertida, las directrices jurídicamente establecidas desde 2001, así como el diálogo efectivo con el CNS y con la sociedad civil y demás asociaciones. Llevando ese hecho de difícil refutación en cuenta, el sentido del *golpe* no podría haber sido más endosado. Y nombrar esos acontecimientos -sea como *golpe*, *restauración conservadora* o *contextos de crisis*- no debe suponer una ciencia neutra, sino una antropología implicada, aplicada y comprometida (Fleischer, 2018).

Bibliografía

- Amarante, P. D. (1995). *Loucos pela vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Autor. *A Unidade das Coisas: Nise da Silveira e a genealogia de uma psiquiatria rebelde no Rio de Janeiro, Brasil*. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Boltanski, L y Thevenot, L. (1991). *De la justification: les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Castro, R; Engel, C; Martins, R. (2018). "Introdução: Crise por quê? Crise pra quem?". *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Editora sobreescrita.
- Delgado, P. (2011). "Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil". *Ciências e Saúde Coletiva*, vol. 16, N° 12.
- Fleischer, S. (2018). "Apresentação". En Castro, R., Engel, C. y Martins, R. (org.) *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Editora sobreescrita.
- Guljor, A. (2012). *O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso*. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Maluf, S. (2018). "Antropologias e políticas em tempos de crise: saudades do futuro". En Castro, R., Engel, C. y Martins, R. (org.) *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Editora sobreescrita.
- Peirano, M. (2006). "De que serve um documento?". En Palmeira, M. y Barreira, C. (org.) *Política no Brasil: visões de antropólogos*. Rio de Janeiro: NuAP/Relume Dumará.
- Pinheiro-Machado, R. (2016). "Luzes antropológicas ao obscurantismo: uma agenda de pesquisa sobre o 'Brasil profundo' em tempos de crise". *R@U – Revista de Antropologia da UFSCar*, vol. 8, N° 2, pp. 21-28
- Souza Lima, A. C. (2003). "Introdução: Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo". En Souza Lima, A. C. de (ed.) *Gestar e Gerir: Estudos para uma antropologia da administração pública*, Rio de Janeiro: Nuap/Relume Dumará, pp. 11-22.
- Souza Lima, A.C. y Castro, J.P.M (2015). "Notas para uma Abordagem Antropológica da(s) Política(s) Pública(s)". *Revista ANTHROPOLOGICAS*, año 19, 26(2) pp.17-54.
- Tenório, F. (2002). "A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais: História e Conceitos". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Impresso), vol. 9, pp. 25-59

Fuentes documentales

- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria (2017). *Nomeação do novo Coordenador-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde é celebrada pela ABP*. Recuperado de <http://www.abp.org.br/portal/nomeacao-do-novo-coordenador-geral-de-saude-mental-do-ministerio-da-saude-e-celebrada-pela-abp/newsquirino>.
- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria et al (2015). *Nota de esclarecimento da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)*. Recuperado de <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/associacao-brasileira-de-psiquiatria-discordada-de-protestos-a-nomeacao-de-valencius-wurch-a-coordenacao-de-saude-mental/>
- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva et al. (2015). *Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS*. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-publica-cgmadms/15248/>
- - - - - (2017a). *Nota em defesa da Reforma Psiquiátrica e de uma política de Saúde Mental digna e contemporânea*. Recuperado de <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-em-defesa-da-reforma-psiquiatica-e-de-uma-politica-de-saude-mental-digna-e-contemporanea/30550/>
- (2017b). *Nota Abrasco contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de Saúde Mental*. Recuperado de <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/>
- CDHM – Comissão de Direitos Humanos e Minorias. (2018). *Democracia e saúde mental andam juntas, afirmam usuários e especialistas*. Brasília: Câmara dos Deputados. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/democracia-e-saude-mental-andam-juntas-afirmam-usuarios-e-especialistas>
- CFM – Conselho Federal de Medicina. (2017). *Nota Em Apoio A Nova Política De Saúde Mental*. Recuperado de <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/notasaudemental1512.pdf>

- CNS – Conselho Nacional de Saúde. (2018). *Recomendação N° 001, de 31 de janeiro de 2018*. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>
- Folha de São Paulo (2016). *Em diálogos gravados, Jucá fala em pacto para deter avanço da Lava Jato*. São Paulo, 23 de mayo. Recuperado el 05/06/2018 de <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/05/1774018-em-dialogos-gravados-juca-fala-em-pacto-para-deter-avanco-da-lava-jato.shtml>.
- MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial et al. (2016). *Nota de Resistência da Luta Antimanicomial Brasileira*. Recuperado el 05/06/2018 en <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-de-resistencia-da-luta-antimanicomial-brasileira/17242/>.
- Jornal Do Brasil. (1995). *Médico critica lei que extingue manicômios*, 7 de junio.
- Ministério da Saúde (2017). *Portaria N° 3.588, de 21 de Dezembro de 2017*. Brasília. Recuperado el 05/06/2018 de <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>.

Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud

Un análisis ético y político sobre lo “universal” en salud en “tiempos de restauración conservadora”

Universal Healthcare Program -CUS- vs. The right to Healthcare

An Ethical and Political Analysis about what “Universal” Healthcare is in “Conservative Restoration Times”

María Graciela de Ortúzar | ORCID: orcid.org/0000-0002-4566-4535
graceortuzar@hotmail.com

Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas
Argentina

Recibido: 30/06/2018

Aceptado: 05/09/2018

Resumen

El objetivo del trabajo es el análisis crítico de la **Cobertura Universal de Salud -CUS-** impuesta por el actual gobierno argentino bajo el Decreto de Necesidad de Urgencia 908/2016. Nuestra hipótesis general gira en torno a mostrar cómo las políticas neoconservadoras, que se esconden bajo el discurso universalista de la CUS, hacen uso del poder estatal para transferir fondos públicos al sector privado. Esto es, no sólo usan al mismo Estado -criticado por estas políticas como ineficiente-; sino que dejan en peligro al mismo derecho a la salud que dicen proteger. A través del análisis ético y político de la filosofía subyacente a la CUS, estudiaremos: (I) sus finalidades y el modelo sanitario propuesto; (II) sus métodos de apropiación de conceptos populares igualitarios para perseguir efectos neutralizadores, al igual que lo hiciera antes el Banco Mundial (De la Atención Primaria Salud -APS- Integral a la APS selectiva). Por último (III), mostraremos cómo la CUS, lejos de favorecer el derecho a la salud priorizando la medicina preventiva y la Evaluación Integral de Determinantes Sociales, desplaza esta prioridad de nuestra sociedad por la extrapolada Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la modernización informática sanitaria propia de sociedades desarrolladas.

Palabras clave: Equidad en salud; Cobertura universal a la salud; Eficiencia; Modernización informática sanitaria, Historias clínicas electrónicas.

Abstract

The objective of this paper is a critical analysis of the **Cobertura Universal de Salud** -a Universal Healthcare Program in Argentina- (CUS, in its Spanish acronym). My general hypothesis revolves around demonstrating how neoconservative policies, which hide behind by a CUS universalist discourse, make use of State power in order to transfer public funds to the private sector. In other words, not only do they use the State -which is criticised as being inefficient for these policies- but they also endanger the right to healthcare that they claim they protect. Through an ethical and political analysis of the philosophy behind the CUS, I will explore: (I) its purposes and the model of healthcare proposed. (II) How it appropriates popular egalitarian concepts in order to pursue neutralising effects, as it did before the World Bank (from Integral Primary Healthcare to Selective Primary Healthcare). Finally (III) I will show how the CUS does not favour the right to healthcare by prioritising preventative medicine and the integral evaluation of social determinants. Rather, it displaces this priority in our society for an extrapolated Health Technology Assessment and modernised Health Informatics, characteristic of developed societies.

Keywords: Health equality; Universal healthcare; Efficiency; Modernisation of Health Informatics; Electronic Health Records

El “derecho universal a la salud” en cuestión

Desde el reconocimiento institucional de los derechos humanos luego de la Segunda Guerra Mundial¹; los Organismos Internacionales y los Estados Nacionales se comprometieron a proteger los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). El camino emprendido obliga a los Estados partes a promover la dignidad humana en toda su diversidad, garantizando el ejercicio efectivo de éstos derechos. Entre los DESC se encuentra el derecho a la salud, reconocido como derecho humano internacional en 1948 por la Organización de las Naciones Unidas; e incorporado en nuestra Constitución Nacional Argentina en 1994².

El derecho a la salud, tema central del presente trabajo, constituye el derecho universal de las personas a acceder igualitariamente a la atención de su salud; en base a sus necesidades y respetando sus creencias, con el fin de proteger su dignidad humana y favorecer su capacidad de libre elección de plan de vida.

En nuestro país, Argentina, rige un sistema mixto de salud (sector público, sector privado y obras sociales), siendo los hospitales (públicos) el emblema tradicional de atención igualitaria. Estos han cobijado históricamente a todas las personas que requerían atención sanitaria, y muy especialmente a aquellas que no gozaban de obra social o posibilidades de pago en el mercado (seguro privado). La justificación del citado acceso igualitario parte de la premisa que considera a la salud como un bien público y no como un bien comercial. En el momento presente dicho acceso igualitario a la atención de la salud se encuentra -nuevamente- cuestionado. Se critica al Estado y al sistema de salud por burocrático e ineficiente. Al mismo tiempo que el gobierno propone como nueva estrategia la **Cobertura Universal de Salud** -CUS-, pone en peligro a los hospitales públicos y al sistema de salud en pleno³.

¹ Los derechos humanos han sido contemplados en diversas Declaraciones, cito: *Declaración Universal de Derechos Humanos* (ONU, 1948); *Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre* (OEA); *Convención Americana de Derechos Humanos, Pacto de José de Costa Rica* (OEA); *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Protocolo de San Salvador* (OEA, 1988); *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, (ONU, 1966).

² A nivel nacional, nuestro país incorpora el derecho a la salud en su Constitución Nacional (Art. 75°, inc. 22); en las Leyes Básicas de salud de la Ciudad de Buenos Aires (153/99), como así también en el Plan Médico Obligatorio de Emergencia.

³ Ejemplo de ello es lo que ocurre con el Hospital Modelo El Cruce, en la provincia de Buenos Aires, donde el ajuste presupuestario planteado es de 42,9%. Se trata de un Hospital de

Para el estudio del citado problema he elegido investigar la citada CUS, impuesta por Decreto de Necesidad de Urgencia 908/2016, y firmada a la fecha por doce provincias argentinas. A través del análisis crítico de este documento, e indagando sobre la filosofía subyacente al programa, busco desenmascarar el discurso utilizado para justificar políticas públicas sanitarias, mostrando cómo estas políticas persiguen objetivos contrarios a los declarados. Mi hipótesis general gira en torno a evidenciar cómo las políticas neoconservadoras, que se esconden bajo el discurso universalista de la CUS, hacen uso del poder estatal para transferir fondos públicos al sector privado de salud. Al mismo tiempo que enarbolan la bandera del “derecho universal a la salud” desmantelan hospitales públicos a través de políticas de ajuste; instalando -bajo el discurso de la modernización- un extrapolado modelo de *e-gobernanza en salud* (HCE; ETS) que no responde a nuestras prioridades sanitarias ni favorece a la igualdad en salud, beneficiando principalmente al sector privado.

En aras de obtener mayor claridad sobre los pasos de la presente investigación, dividiré el trabajo en tres partes generales. En la primera parte analizaré las principales finalidades de la CUS formuladas en el citado Decreto, explicitando el modelo sanitario subyacente a la propuesta. Aquí me detendré a analizar por qué en un contexto de emergencia se propone: (I.1) Identificación, nominalización y documentación (*electrónica*) de beneficiarios de la **Cobertura Universal de Salud**; (I.2) Fortalecimiento y *modernización* del sector público de salud; (I.3) Desarrollo, *equipamiento y puesta en valor de efectores* públicos de salud (el subrayado es mío).

En segundo lugar (II), mostraré las razones por las cuáles la CUS es solo un discurso políticamente correcto que encubre finalidades políticas contrarias al ejercicio del derecho universal a la salud. En este proceso, dejaré al descubierto por qué la *eficiencia, y no la equidad*, es el valor central de la CUS. Posteriormente, evidenciaré cómo el enmascaramiento de estas políticas neoconservadoras es posible gracias a la apropiación y redefinición

Alta Complejidad, con personal de excelencia e investigadores del CONICET en áreas innovadoras como la Neurociencia, con desarrollo conjunto de *Asistencia Médica Integral* -AMIA- que asiste a pacientes de PAMI; peligrando su continuidad por no renovación de contratos, reducción de personal, no renovación de alquileres de espacios, ajuste del presupuesto general.

de conceptos populares; al igual que lo hiciera antes el Banco Mundial (De la Atención Primaria de la Salud -APS- Integral a la APS Selectiva); y por la ambigüedad en el uso de conceptos (II.3.).

Por último, en tercer lugar (III), esbozaré los argumentos por los cuáles la CUS desplaza la prioridad de la medicina preventiva y la Evaluación

del Impacto en Salud de los Determinantes sociales (EISDS) por la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) y la modernización informática en salud (Credenciales electrónicas -CE-; Historias Clínicas Electrónicas -HCE-), no respondiendo las últimas (ETS y HCE) a las prioridades y urgencias propias de un contexto de emergencia sanitaria.

I. Cobertura Universal de Salud -CUS- (2016)

En el marco de la ley de emergencia sanitaria en Argentina⁴, a través de un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU 908/2016), el Presidente Macri y sus Ministros, aprueban el modelo de **Cobertura Universal de Salud** -CUS- presentándolo como una estrategia para garantizar el acceso universal a la salud. Al respecto, la pregunta básica que considero oportuno plantear es, justamente, si no existía ya la cobertura universal de salud en Argentina. Como he anticipado, nuestro sistema de salud promueve, históricamente, el acceso igualitario a la salud en los hospitales públicos. Por otra parte, desde 1994 nuestra Constitución Nacional contempla el derecho a la salud en forma explícita; desarrollándose programas para garantizar el mismo⁵. ¿En qué consiste, entonces, lo novedoso de la CUS? ¿Qué nueva estrategia de acceso universal a la salud se propone?

Antes de comenzar el análisis de la citada estrategia; es importante señalar que el acceso al contenido de la CUS es dificultoso y enigmático, debido a que no se ha formulado, justificado, ni publicado un programa completo de Cobertura Universal a la Salud. Este no ha sido desarrollado en el Decreto que le dio origen (908/2016); ni posteriormente en su supuesta reglamentación. En el Art. 4º se aclara que el *funcionamiento [del CUS] será oportunamente fijado por la reglamentación que al efecto se dicte*. Sobre la misma no he encontrado documentación alguna. Acerca de sus objetivos, las referencias a los mismos en el citado Decreto nos remiten, en el Art. 3, al Anexo I, donde estarían planteadas sus finalidades, cito⁶:

Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud.

** Mejoramiento de las determinantes sociales de salud.

⁴ Que el Congreso Nacional, a través de la Ley N° 27.200 -dictada el 28 de octubre de 2015- ha prorrogado hasta el 31 de diciembre de 2017 el estado de emergencia sanitaria determinado por la Ley N° 26.204 y sucesivamente prorrogado por las Leyes Nros. 26.339, 26.456, 26.563, 26.729 y 26.896

⁵ Leyes Básicas de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (153/99); Plan Médico Obligatorio de Emergencia, Argentina.

⁶ La cursiva y los asteriscos son míos.

Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud.

Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.

*Acciones de Atención Primaria de la Salud.

Desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Fortalecimiento de los recursos humanos en salud.

**Actividades de Promoción y Protección de la salud y medicina preventiva.

El análisis de dichas finalidades nos lleva a separar las mismas en tres grupos. En primer lugar, he puesto en cursiva lo que considero “original” de esta estrategia, reagrupadas más abajo en tres objetivos principales (I.1-I.3). En segundo lugar, he marcado con un asterisco (*) las estrategias “legitimadoras” de la CUS basadas en la apropiación de conceptos que remiten a programas igualitarios formulados en épocas anteriores, y sobre los cuáles volveré más adelante (II). En tercer lugar, los dos asteriscos (**) corresponden a las políticas de salud basadas en los “determinantes sociales” que, si bien son mencionadas, no son priorizadas por la CUS.

En pos de desmenuzar el nudo de la propuesta, seguidamente estudiaremos los objetivos resaltados como finalidad “original” de la CUS:

I.1.- Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud

I.2.- Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.

I.3.- Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud. Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Comencemos entonces a analizar cada uno de ellos.

I.1. Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la CUS

Este objetivo se presenta como prioritario en el programa. Consiste en la identificación de beneficiarios a través de supuestas credenciales electrónicas. Se trata de pensar la salud desde un sistema moderno de *e-gobernanza* en salud; modelo implementado, desde hace ya varias décadas, en sociedades desarrolladas. Se argumenta que la modernización informática en salud, y, más específicamente, el uso de las credenciales electrónicas y, con ellas, de las Historias Clínicas Electrónicas; respondería a la necesidad de identificar qué “usuario” posee obra social. Esto permitiría facilitar la reasignación del reparto de las facturaciones y disponer de nuevos lugares de atención, distintos de los hospitales públicos. En este sentido, no se desprende de lo anterior que las credenciales garanticen prestaciones igualitarias.

Con el fin de profundizar la comprensión del sistema de *e-gobernanza* en salud, trasfondo de esta propuesta, es importante comenzar a definir algunos términos básicos. Esclareceremos, en primer lugar, qué significa *gobernanza en salud*, para avanzar luego en el modelo *e-gobernanza en salud*. Posteriormente, en (I.2) será necesario remitirnos a la historia del término *gobernanza* para comprender por qué se plantea la modernización del sector público de salud en el actual contexto político y social.

A nivel general, la *gobernanza en salud* -según explica Mayntz (2001 y 2006)- es la transformación de un sistema de control jerárquico tradicional a un modelo horizontal de toma de decisiones compartidas. Como he planteado en trabajos anteriores (Ortúzar, 2015; 2014), este modelo se presenta como una nueva forma de hacer política, en la que participan -además del Estado- una pluralidad de actores e instituciones, públicas y privadas, en la toma de decisiones en salud. Se define como un sistema de decisiones compartidas en políticas de salud.

A nivel más específico, la *e-gobernanza en salud* es la aplicación de las TIC -Tecnologías de Información y Comunicaciones- al sistema de gobernanza en salud. Se distingue entre la e-salud (sistemas electrónicos de información general al paciente; páginas web interactivas bajo control de calidad; seguimiento a distancia de pacientes con enfermedades crónicas, entre otros); y la telesalud (teleeducación -educación online de profesionales-; y telemedicina -atención y tratamiento terapéutico a distancia y en red-, para lo cual se utilizan las Historias Clínicas Electrónicas). Los modelos de *e-gobernanza* suponen condiciones previas de igualdad social, al centrarse en un ciudadano activo, informado y sofisticado (Tsaganourious, 1998; Jovell, 2007); como también suponen la superación de las brechas digitales en la sociedad (Ortúzar, 2016).

Por otra parte, la *e-gobernanza* en salud refuerza la exclusiva responsabilidad del individuo por su salud -malos hábitos, estilos de vida o decisiones equivocadas-. En consecuencia, se ignora la responsabilidad social del Estado de intervenir en los problemas de salud que sufren las personas a partir de desventajas naturales y sociales. Dichos problemas se originan en un determinado modelo productivo y contexto social que genera relaciones familiares y sociales débiles, incidiendo negativamente en la salud y en las posibilidades de elección de las personas (Ortúzar, 2016).

Retomando el tema de **Historias Clínicas Electrónicas** -en adelante HCE-, el uso de éstas es propio de las sociedades desarrolladas donde las necesidades de salud son, claramente, diferentes a las nuestras. En dichas sociedades la igualdad social no es un problema acuciante, gozando del grado de desarrollo tecnológico apropiado para la informatización del sistema de salud. En nuestro país las HCE, amparadas en la supuesta necesidad de la modernización informática del sistema de salud, sólo abren el juego al mercado; siendo el interés prioritario el económico -es decir, garantizar la facturación de servicios eficientes y de calidad-. Queda claro que la informatización del sistema de salud no busca beneficiar a los que más necesitan del acceso igualitario la atención de la salud (a modo de ejemplo remito a la paradoja de la e-salud en I.2). ¿Cómo justificar, entonces, un modelo de *e-gobernanza* en salud en un contexto de creciente desigualdad y marginación social? Al parecer, no se trata de justificar, sino de imponer este sistema extrapolado de sociedades modernas. El proceso de transformación y modernización del sistema de salud beneficia a los intereses sectoriales y privados; pero no beneficia directamente a las personas vulnerables. Por lo tanto, lo que se encuentra en riesgo no es otra cosa que el mismo derecho a la salud, su universalidad, ante la imposibilidad de ejercerlo por las personas que más necesitan acceder a la atención de la salud.

La CUS no ha sido justificada como estrategia de salud para nuestra realidad social. Simplemente, se ha evitado debatirla en consulta legislativa; imponiéndose, en el contexto de la ley de emergencia, a través del citado decreto de necesidad de urgencia. Cito:

Que la crítica situación del sector, evidencia una circunstancia extraordinaria que hace imposible seguir los trámites de rigor previstos por la Constitución Nacional para la sanción de las leyes

Que el trámite legislativo importaría una significativa demora que obstaría al cumplimiento efectivo de los objetivos perseguidos en la presente medida, y es entonces del caso, recurrir al remedio constitucional establecido en el inciso 3 del artículo 99° de la

Constitución Nacional, en el marco del uso de las facultades regladas en la Ley N° 26.122. (Decreto 908/2016)

En síntesis, la extrapolación de sistemas de *e-gobernanza en salud* es altamente cuestionable en sociedades caracterizadas por la desigualdad social; por el no acceso al derecho a la información y por la carencia de alfabetización digital; por las fuertes asimetrías de poder; por la existencia de brechas digitales y sociales⁷.

I.2. Fortalecimiento y modernización del sector público de salud

La modernización del Estado nos remonta, nuevamente, al examen histórico de la gobernanza. Dicho concepto surge en plena época de crítica del Estado de Bienestar en Europa; cuando éste era juzgado como ineficaz en su desempeño ante la demanda social; exigiéndose *su eficiencia y su modernización*. Se cuestionaba la calidad y la eficacia de respuesta del Estado en las sociedades democráticas europeas. A pesar de su inaplicabilidad a nuestra región, esta crítica al Estado fue extrapolada a América Latina en la década del 80 (Camou, 2000). Constituyó el antecedente clave para la posterior implementación de políticas de ajustes en nuestra región (Banco Mundial, 1993), con incidencia negativa en la salud pública (Ortúzar, 2017).

En el momento presente (2016-2018) el mismo discurso modernizante es retomado como eje del programa de la CUS (2. *Fortalecimiento y modernización del sector público de salud*). La modernización informática del sector salud, así planteada, constituye una de las banderas principales en pos del desmantelamiento del poder público del Estado, y la transferencia del mismo al sector privado. Lejos de brindar mayores recursos para la atención hospitalaria de las personas sin obra social, se habilita y financia la participación del sector privado a través de la contratación de servicios en el sistema de salud. Al mismo tiempo que se presenta como un elemento para mejorar la calidad de atención, permite que los gestores sanitarios y los grupos empresariales que detentan el poder tomen las supuestas decisiones *compartidas* (Ortúzar, 2017). De acuerdo a la CUS; *la autoridad pública afirma su papel de conducción general del Sistema y las sociedades intermedias consolidan su participación en la gestión directa de las acciones* (Decreto 908/2016). Aquí, el peso del poder dependerá de los intereses en juego; y como éstos son explícitamente financieros y monetarios, el rol social del Estado ha quedado relegado por su uso

⁷ Sobre este tema, por razones de espacio, remito a trabajos anteriores de mi persona para su ampliación (Ortúzar, 2015; 2014).

instrumental.

Si realmente queremos garantizar la igualdad y la cobertura universal de la salud a través de la modernización informática en salud, entonces debemos tener en claro que dicha inversión por parte del Estado (en Historias Clínicas Electrónicas -HCE- y redes integrales de telemedicina) se justifica, en sociedades no igualitarias y en un contexto de emergencia sanitaria como el nuestro, sólo para zonas aisladas (Ortúzar, 2012). En estas regiones la telemedicina constituye uno de los sistemas centrales para reforzar el acceso a la atención de la salud (telesalud-interconsultas) y el acceso a la educación continua de los profesionales de salud (teleeducación). No obstante, en nuestro país, las Redes Integrales de Telemedicina y de e-salud se centran en las provincias y en las ciudades más ricas del país (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe), siendo en su mayoría reguladas por Hospitales y Centros Privados de Alta Complejidad. La paradoja de la e-salud radica en el hecho de que las poblaciones que más se beneficiarían con la telemedicina (debido a las necesidades determinadas por el aislamiento geográfico y condiciones climáticas) no acceden a la misma por falta de redes e infraestructura. En su lugar, el sector privado y las sociedades intermediarias son las que hacen uso de esta tecnología, lucrando con el negocio desatado por la informatización de la salud.

I.3. Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud

El valor clave enunciado en el cuerpo del Programa de CUS no es la igualdad, sino la eficiencia. El segundo valor es la calidad. Para alcanzar la eficiencia y la calidad en salud el camino elegido por el gobierno es la modernización informática y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Esto explica por qué, en un contexto de recesión y marginación social⁸, se aprueba un programa que permite disponer de grandes sumas de fondos públicos, provenientes del Fondo Solidario de Redistribución (ocho millones de pesos)⁹, para financiar la estrategia CUS. Cito:

Que en los últimos años se fue acumulando en el fondo solidario de redistribución una significativa reserva de capital disponible

⁸ Recesión producto de las políticas de ajuste impulsadas desde el mismo Estado y, ahora también, desde el Fondo Monetario Internacional

⁹ Establécese un régimen excepcional de distribución de los recursos acumulados al 28 de julio de 2016 en el Fondo Solidario de Redistribución, que no fueran oportunamente aplicados conforme la normativa vigente, deducido el mon única vez, de los recursos del fondo solidario de redistribución la suma de pesos ocho mil millones (\$8.000.000.000) con destino a la financiación de la estrategia de cobertura (Art. 2)

-originado en la administración de programas especiales- como consecuencia de la inobservancia de las disposiciones legales vigentes en la materia. Que corresponde proceder en forma inmediata a la asignación de dichos recursos a través de un régimen excepcional, [...] la Superintendencia de Servicios de Salud constituirá un fideicomiso [...] con el objeto de financiar la estrategia de Cobertura Universal de Salud (CUS) **cuyo funcionamiento será oportunamente fijado por la reglamentación que al efecto se dicte.** (Art. 4º, la negrita es mía)

Asimismo, en el Art. 6º se dispone de la creación de un *Fondo de emergencia* para financiar a las obras sociales. Cito:

Dispónese la afectación, por única vez, de los recursos del fondo solidario de redistribución la suma de pesos cuatro mil quinientos millones (\$ 4.500.000.000) con destino a la conformación del fondo de emergencia y asistencia de los agentes del seguro de salud descriptos en el artículo 1º de la ley n° 23.660 y sus modificatorios... los fondos serán destinados a los objetivos y finalidades indicados en el anexo II del presente decreto (la negrita es mía).

“Anexo II”

Asistencia financiera a **obras sociales** ante situaciones de Epidemias y o Emergencias en el ámbito del territorio nacional.

Asistencia financiera a **obras sociales** que desarrollen programas de prevención aprobados por la Superintendencia de servicios de Salud.

Apoyo financiero a las **obras sociales** para la adquisición y/o remodelación de efectores propios.

Asistencia financiera para la **adquisición de equipamiento tecnológico para efectores propios** de la seguridad social.

Asistencia financiera para programas de fortalecimiento institucional de las **obras sociales**.

Apoyo financiero para programas de modernización institucional en el campo informático.

Lo importante, resaltado anteriormente en negrita, es explicitar que lo que se financia -bajo el rubro de inversiones del “fondo de emergencia”- son los programas de *modernización institucional en el campo informático, el equipamiento tecnológico, remodelación de efectores propios de las obras sociales*, entre otros. Pero, pensar en la universalidad

en el marco de la cobertura en salud debería equivaler a pensar cómo incluir a los excluidos, es decir a la población que no posee obra social ni seguro privado. Sin embargo, aquí se piensa en cómo financiar a las obras sociales y sectores privados, mejorando la eficiencia tecnológica del sistema. Simultáneamente, las políticas de ajuste, emanadas del mismo gobierno, llevan a cabo la destrucción del hospital público donde recibían cobertura universal los excluidos. El privilegio de los intereses financieros y especulativos es tal que, a pesar del contexto de emergencia sanitaria; la CUS dispone (Art. 7º) de una gran suma de dinero (\$14.267.913.875) para suscribir Bonos a valor de mercado con objeto de financiamiento de situaciones de excepción, cito:

Dispónese que por el saldo remanente, que a la fecha indicada en el artículo 1º del presente asciende a la suma de pesos catorce mil doscientos sesenta y siete millones novecientos trece mil ochocientos setenta y cinco con noventa y seis centavos (\$14.267.913.875,96), se deberán suscribir a valor de mercado “Bonos de la nación argentina en pesos 2020”, a cuyos fines se faculta al órgano responsable de la coordinación de los sistemas que integran la administración financiera del sector público nacional a emitir con cargo al presente decreto los títulos correspondientes. Dichos bonos permanecerán hasta su total amortización en custodia del Banco de la Nación Argentina, en una cuenta a nombre de la superintendencia de servicios de salud.

Art. 8º- Determinase que los intereses que resulten de los bonos a que se refiere el artículo 7º del presente, pagaderos trimestralmente en las fechas establecidas en su emisión, serán liquidados a favor de la superintendencia de servicios de salud e integrados al fondo solidario de redistribución.

Una vez más, en un contexto de emergencia sanitaria y ajuste en los Hospitales Públicos, la CUS invierte en el Banco Nación fondos públicos de Salud emitiendo Bonos para eventuales situaciones de excepción, utilizando los intereses de los mismos para la modernización informática en salud. Este esquema monetario especulativo es propio de la filosofía neoconservadora, quien hace uso del Estado para acrecentar, a través de fondos públicos, inversiones privadas. Aquí, no se busca invertir en producción nacional de medicamentos para proteger este bien público, o crear un seguro universal de salud y/o de medicamentos para que todos ejerzan el derecho a la salud. Menos se trata de discutir la racionalidad o no de los laboratorios y grandes prestadores que gozan de una impunidad histórica, como

queda evidenciado ante la falta de regulación de los mismos y la flexibilización de licencias y patentes. El Estado se ha convertido en un instrumento que permite transferir poder al sector privado en pos de que este sistema público-privado sea *más eficiente y de calidad*. Claramente, este sistema no será para todos y no se desarrollará desde los hospitales públicos.

La equidad queda fuera de esta estrategia, aun cuando se usa contradictoriamente el término *cobertura universal* para legitimar la misma y permitir la libre disponibilidad de fondos públicos en pos de garantizar la facturación de prestaciones de salud de alta calidad y la imprescindible informatización del sistema sanitario en emergencia.

II. El discurso políticamente correcto de la “Cobertura universal” encubre finalidades políticas contrarias al ejercicio del derecho universal a la salud

En esta segunda parte, analizaré el discurso de la cobertura universal; estudiando la constante apelación de la CUS de los siguientes conceptos: *atención primaria de la salud -APS-, atención integral, salud integral, derecho a la salud, entre otros*. Estos puntos remiten a programas históricos de salud en Argentina; cuando el Banco Mundial se apropió de conceptos populares para aplicar un programa que, lejos de ser universalista, mostró ser un programa selectivo y, en consecuencia, generó estigmatización social en los servicios sanitarios (De la APS integral a la APS selectiva).

II.1. Cobertura universal: ¿eficiencia o equidad?

A pesar de apelar a la cobertura universal como estrategia central, la equidad es puesta en un segundo plano desde en el inicio del programa CUS. El valor prioritario es la eficiencia, explicitado en una parte central del citado Decreto de Necesidad y de Urgencia por el cual se aprueba la estrategia de salud, cito:

Que conforme lo expresara la Directora General de la Organización Mundial de la Salud en su discurso de aceptación del cargo, pronunciado el 23 de mayo de 2012 ante la 65a Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza: “la cobertura universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer. Representa el medio de lograr **mayor eficiencia y mejor calidad**”. (Decreto 908/2016, el subrayado es mío)

En el discurso universalista de la CUS se trata de identificar a las personas que no tienen cobertura de salud. Sin embargo, no se explicita en ninguna parte qué atención especial recibirían las mismas, cómo se financiarían, y dónde serían atendidas (¿hospitales públicos o centros privados?). Estas personas obtendrían una credencial -siempre y cuando sean habitantes

argentinos (exclusión deliberada de los extranjeros de la atención de la salud)- con una historia clínica unificada, que se transformará, en el futuro, en una *historia clínica electrónica*. La razón de la identificación y clasificación de personas, en el discurso legitimador, es *eliminar toda forma de discriminación en base a criterios de justicia distributiva [...] discriminación social, económica, cultural o geográfica* (Decreto 908/2016).

A pesar del discurso universalista, las políticas que se enuncian originan varios tipos de discriminación, basadas en supuestos propios de la filosofía subyacente al proyecto, para la cual la desigualdad social es natural y la responsabilidad en salud recae sólo sobre el individuo. En primer lugar, el término “cobertura universal” no implica un seguro universal de salud, sino seguros diferenciados o focalizados. En un seguro universal se persigue que las personas compartan los riesgos de salud y que accedan a los servicios de calidad que necesitan a lo largo de todo su ciclo de vida (sean de promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos). De acuerdo a Daniels (1994),

el diseño del sistema de salud público en la mayor parte del mundo se basa en el rechazo de la visión que sostiene que los individuos deberían tener la oportunidad de ganar ventajas económicas de sus diferencias en los riesgos de salud. (p.117).

Esta posición se inserta en la concepción liberal igualitaria de equidad en salud. Pero la CUS no responde a la misma al no proponer un sistema cooperativo, es decir universal, público e igualitario. En su lugar, promueve seguros mínimos. Los datos de la OMS muestran que estos *seguros focalizados* sólo incrementan el gasto de bolsillo y no se invierte en fondos públicos en salud (OMS, 2002-2006). Esto es, la CUS incrementa el gasto de bolsillo y el gasto público en servicios que se contratan. Estos seguros mínimos, en un país donde el derecho a la salud es constitucional, conlleva la judicialización de las

decisiones de salud ante la falta de respuesta del Estado en el cumplimiento de este derecho. Continuamos sin “invertir en salud” pública.

Por otra parte, al limitarse a los habitantes de la República Argentina, se abre la puerta a la *discriminación de los extranjeros* del acceso a la salud; tema de por sí delicado en nuestro país y en el mundo. El problema de las migraciones constituye un determinante social global de la salud (Pellegrino Filho, 2002). Millones de seres humanos están siendo expulsados de sus tierras en busca de mejores condiciones de vida, debido a condiciones climáticas adversas, hambrunas, pobreza, y violencia política y social. Negarles la atención de la salud es un hecho aberrante y constituye la violación de un derecho humano básico. En América Latina, las migraciones son un fenómeno en aumento, que exige políticas preventivas y acciones para garantizar el acceso a la atención de la salud. En este grupo de migrantes existe un número considerable de mujeres y niños que trabajan sin documentación ni reconocimiento oficial; son personas expulsadas del sistema social, en un contexto de recesión. Por lo tanto, se discrimina a los pobres, a los ex-tranjeros, y no se incluye la mirada de género, ni la necesaria visión transversal que el abordaje de la igualdad en salud demanda¹⁰. Para ellos no es la CUS.

Las “inversiones en salud” de la CUS nos recuerdan a las inversiones del Banco Mundial; repitiendo el viejo discurso del BM de paquetes diferenciados de salud. De esta manera, el Estado abre las puertas al mercado y a las sociedades intermediarias, para que éstas *consoliden su participación en la gestión directa de las acciones* (Decreto 908/2016). Sin embargo, su filosofía “universalista” no responde linealmente a las concepciones de equidad de corrientes libertarias (o liberales de derecha), quienes impulsarían seguros privados de salud y seguros mínimos (atención mínima estatal o beneficencia de organizaciones sin fines de lucro). Esta visión filosófica, defensora a ultranza del mercado -aun cuando no la compartamos- es coherente en su justificación de acuerdo a su punto de partida. Partiendo de una definición absoluta de propiedad, considera que -si bien existen obligaciones de beneficencia-, no existen obligaciones del Estado de financiar seguros públicos, ya que estos supondrían que el Estado puede disponer de las ganancias y/o propiedades de los conciudadanos para financiar, con impuestos, los costosos seguros de salud de aquellos que no puedan pagarlo (Nozick, 1974; Engelhardt, 1996). Por lo tanto, tampoco

¹⁰ En este punto considero oportuno aclarar que si bien el tema del trabajo ha sido la cobertura universal de salud, en lo que respecta a la justificación de políticas públicas sanitarias considero que debe garantizarse tanto la igualdad de acceso integral (igualdad distributiva y social) como así también el reconocimiento del respeto de la diferencia (género, etnia, diversidad sexual, diversidad de capacidades, clase social), exigiendo esta última un enfoque interseccional y transversal en políticas sanitarias.

permitiría que el Estado disponga de fondos públicos provenientes de impuestos para invertir en modernización informática, o en Bonos en una situación de emergencia sanitaria. Por esta razón, el discurso universalista encubre una nueva forma de hacer política: el uso instrumental del Estado para inversiones que favorecen intereses sectoriales y no para fines públicos. La citada política no responde al igualitarismo liberal (derecho a la salud), pero tampoco es justificada desde la filosofía libertaria o liberal de derecha.

Asimismo, la manera de instalar la CUS a través del Decreto de Necesidad de Urgencia es autoritaria debido a que este programa no responde a las necesidades propias de la emergencia sanitaria. El modelo de *e-gobernanza* y la modernización informática del sistema sanitario podría haber sido debatido en instancias democráticas legislativas tendientes a responder a las necesidades de salud la población. Por las razones formuladas anteriormente, lejos de paliar las urgencias de un sistema de salud en crisis, la estrategia analizada ha sido creada para garantizar, a través del Estado, un sistema de recaudación de fondos para obras sociales y empresas privadas. Sus fines contradictorios; el uso instrumental del mismo Estado al cual se critica; y las nuevas formas encubiertas de legitimar su accionar a través del uso de términos “progresistas” (cobertura universal de la salud, servicios integrados, derecho a la salud); todos ellos constituyen elementos que hacen a la filosofía neoconservadora implícita en las políticas de salud de la CUS.

II.2. Atención primaria de la salud y “servicios integrados”

En tiempos neoconservadores se apela paradójicamente a conceptos universales como el Derecho a la Salud y la Atención Primaria de la Salud Integral; al igual que lo hiciera antes el Banco Mundial -BM-. Cito:

Que es un objetivo del poder ejecutivo nacional la cobertura universal de salud, con la finalidad de asegurar el acceso de la población a servicios de calidad integrados y basados en la **atención primaria de la salud**.

Que el Sistema tiene como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de **prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas**, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud humana, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a criterios de justicia distributiva.

Que las medidas dispuestas tienen como objetivos fortalecer el financiamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud, promoviendo la **atención sanitaria integral** a fin de garantizar el acceso a la salud de toda la población, afianzando los principios de **equidad y solidaridad** que inspiraron su creación. (Decreto 908/2016, la negrita es mía)

Ahora bien, si queremos comprender el significado real de estas categorías -las cuáles no son definidas en el documento-, será necesario realizar un análisis histórico-crítico sobre los modelos de atención sanitaria integral y sus fines. Se trata de mostrar cómo, desde el reconocimiento universal del derecho a la salud, los programas que defienden una posición privatista utilizan un lenguaje que encubre la negación del mismo derecho. Esto es, las políticas sanitarias neoconservadoras suelen apropiarse de conceptos populares para legitimar su modelo de salud bajo términos universalistas, contrarios a la restricción de acceso que promueven a nivel práctico. Un ejemplo de ello lo constituye el Banco Mundial -BM-. Dicha institución se apropió en la década del '90 de conceptos como *participación, empoderamiento, Atención Primaria de la Salud*. De acuerdo a De Vos, el propósito de utilizar dichos conceptos populares es el fin neutralizador que se alcanza. Deliberadamente el concepto de "participación comunitaria" se utilizó para neutralizar la resistencia a las reformas impuestas, a compartir los gastos (por ejemplo, la imposición de cuotas para usuarios), y a la *co-responsabilidad de la organización de la entrega de servicios de salud* (De Vos et al., 2009:127)

La APS integral fue una de las metas principales para la promoción de políticas de salud preventiva basada en los determinantes sociales en la década del 70 (Alma Ata, 1978). Sin embargo, fue resignificada de un modelo integral a un modelo de APS *selectiva*; lo cual equivalía a restringir el acceso a la salud de los pobres un nivel básico (Ortúzar, 2017). De esta manera se estigmatizó y excluyó a grupos vulnerables restringiendo la atención de la salud a *salud básica* (no acceso a tratamientos costosos).

Lejos de erradicar la desigualdad en salud, los seguros focalizados generaron mayores desigualdades sociales y humillaciones a los que acudían a los servicios de salud para recibir sus "vales", minimizando el papel del Estado en salud pública y responsabilizando al individuo (Véase De Vos et al.; 2009; Ortúzar, 2017). Lo mismo ocurre con la estrategia de la CUS, la cual financia un sistema de salud moderno, informatizado, eficiente, y de calidad propio de sociedades desarrolladas. Por ello, para justificar políticas de salud acorde con nuestras necesidades sociales debemos explicitar la definición de salud de la cual partimos, debido a que ésta determinará los criterios de acceso a la salud pública.

II.3. Concepción de salud y derecho a la salud

Resulta curioso, pero no inofensivo, que en el mismo Decreto de la CUS se enlace el *derecho a la salud* y la *concepción integradora del sector con la e-gobernanza*, un sistema en donde convive el Estado y las sociedades privadas y/o sociedades intermedias, participando directamente en la toma de decisiones en el marco de la modernización. Cito:

Que es misión del Sistema Nacional del Seguro de Salud procurar el pleno goce del derecho a la salud de todos los habitantes de la República Argentina, sin discriminación social, económica, cultural o geográfica, organizándose dentro de una concepción integradora del sector y del concepto de salud, *donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del Sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones*. (Decreto 908/2016, el subrayado es nuestro)

El término *concepción integradora del sector* es de por sí confuso, ya que no se refiere directamente a una *concepción integral de Salud*. Esta vaguedad deja "flotando" la salud integral, sin explicitar directamente la misma, pero induciéndonos a pensar en éstas concepciones populares de salud.

La definición de salud constituye un concepto filosófico y político clave para determinar el sistema de salud y su grado de acceso igualitario. A pesar de la imposición de la definición biomédica, no existe una única definición de salud como tampoco existe un único modelo de salud. Dependiendo de los lineamientos teóricos que tracemos para definir la salud, se desprenderán de los mismos los criterios de acceso a la atención de la salud, determinando la obligatoriedad o no de satisfacer las necesidades y las prioridades sanitarias. En este sentido, las *direcciones* en políticas públicas de salud, derivadas de estos criterios y relaciones, determinarán diferentes modelos posibles de acceso a la salud.

En términos generales, si partimos de una *consideración amplia de salud*, que tenga en cuenta el entorno social y las relaciones sociales, entonces se reconocerá la responsabilidad social del Estado de actuar preventivamente para proteger la salud de la población más allá de la atención hospitalaria de urgencia o la complejidad tecnológica de los servicios. Pero, si el modelo se basa en una *visión estrecha de salud* como la tradicional definición biomédica, o, por el contrario, se reproducen múltiples definiciones funcionales al mercado (*disease mongering*), entonces se tenderá a responsabilizar únicamente al individuo por su salud, por sus malos hábitos; o simplemente se aducirá cuestiones de mala suerte o azar natural, apelando a la excelencia tecnológica como remedio.

La CUS no define explícitamente la *salud*, utilizando conceptos ambiguos con fines claramente legitimadores (ej: *concepción integradora del sector*). Sin embargo, resulta claro que se inclina por la

visión estrecha de salud, estableciendo la **Evaluación de la Tecnología Sanitaria** -ETS- para justificar prioridades de inversiones en salud en base a la eficiencia de las mismas, y no de la equidad en salud.

III. Prioridades sanitarias en y para nuestra sociedad ¿Evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) o Evaluación del Impacto en Salud de los Determinantes Sociales (EISDS)?

La prioridad de la CUS es la modernización del sistema informático sanitario a través del uso de Credenciales electrónicas e Historias clínicas electrónicas (HCE) diseñadas para la facturación de prestaciones; racionalización de servicios y evaluación del costo/eficiencia; conjuntamente con la creación de una **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias** (ETS) para justificar qué prestaciones son eficientes y prioritarias en salud. Esta estrategia, para ser legitimada en un contexto de emergencia sanitaria, se presenta bajo la bandera de la cobertura universal de salud. Pero, como he mostrado anteriormente, no beneficia a las personas que no poseen cobertura ni justifica un seguro universal de salud. En este sentido, si bien los determinantes sociales, la medicina preventiva y la atención primaria de la salud fueron mencionados en las finalidades de la CUS (Anexo I), en el citado Decreto no se desarrolla ni se explica cómo se financiará y qué políticas se aplicarán para incidir sobre los determinantes sociales, y favorecer su prevención. Uno de los problemas que encuentro para lograr incluirlos -bajo un mismo modelo y en el marco de una justificación coherente- es: ¿cómo justificar la responsabilidad social del Estado para intervenir en los determinantes sociales si se considera que la responsabilidad de la salud descansa sólo en el individuo?

Pensar en el derecho a la salud, pensar en un sistema de salud *en y para* nuestra sociedad, exige pensar las desigualdades sociales que repercuten en las desigualdades de salud, y cómo éstas se profundizan a partir de la recesión y políticas de ajuste impuestas por el mismo Estado y los organismos internacionales (FMI). Como ha sido establecido por la OMS, lo esencial en salud es atacar de fondo la desigualdad social que genera estrés crónico y nuevas enfermedades en salud, y esto implica evaluar los determinantes sociales de la salud para actuar sobre ellos (Marmot y Wilkinson, 2005). Por lo tanto, para determinar

prioridades sanitarias y favorecer la equidad se requiere un modelo de *Evaluación del Impacto de los Determinantes Sociales* (EIDS) en la salud de la población, entendida ésta en sentido amplio; y actuar preventivamente en los problemas complejos de salud y del entorno social con una mirada transversal, de género, intercultural, que tenga en cuenta la clase social, entre otros factores cruciales para el abordaje de la atención igualitaria de la salud. Esta herramienta permite evaluar anticipadamente potenciales impactos (positivos y negativos) de programas interinstitucionales, teniendo en consideración la multiplicidad de factores que afectan a la salud de la población. Los valores éticos que subyacen a la misma son la equidad, la justicia social, la participación, el compromiso con el desarrollo sostenible, y un enfoque interseccional en salud (género, raza/etnia, clase social, diversidad sexual, edad) y para poder lograr la evaluación integral de los impactos sociales esperados a nivel sanitario.

En síntesis, reconocer la importancia de los determinantes sociales exige también reconocer la responsabilidad del Estado en salud. Esta visión no es compatible con el modelo anterior de *e-gobernanza*, el cual privilegia la eficiencia y la responsabilidad individual en salud. En sociedades donde existe gran desigualdad social desde la constitución de los modelos de producción social, la misma se refleja en las desigualdades en salud por clase, género, etnia, entre otros. Los problemas sanitarios giran en torno al aumento de violencia, la drogadicción, la desnutrición, los embarazos precoces y la obesidad, entre otros. Estos son moneda corriente ante la falta de políticas sociales integrales (Marmot y Wilkinson, 2005). La salud no depende sólo del acceso a la tecnología (Ortúzar, 2015; 2016); sino fundamentalmente depende del desarrollo de sociedades más igualitarias que terminen con las diferencias sociales, y esto exige pensar la salud en el contexto de su sociedad y su tiempo.

Conclusión general

Repasando los pasos dados en el análisis crítico de la CUS, en primer lugar he mostrado cómo dicha estrategia se inspira en modelos de salud de *e-gobernanza* extrapolados de sociedades desarrolladas y basados en la modernización del Estado, la informatización del sistema de salud, y la búsqueda de su eficiencia. Estos modelos no han sido justificados en nuestras sociedades, desconociéndose las desigualdades sociales y asimetrías de poder que impiden ejercer el derecho a la salud de todos. Tampoco se ha justificado la aplicación de la extrapolada crítica del Estado de Bienestar. El modelo planteado de *e-gobernanza* abre el juego a la participación sectorial en la toma de decisiones públicas, haciendo uso del poder estatal en pos de intereses privados. En segundo lugar, he mostrado cómo se instala la CUS a través de un decreto de necesidad y urgencia, evitando su debate legislativo por un contexto de emergencia sanitaria. Para su legitimación, frente al grave problema del desmantelamiento de los hospitales públicos y el aumento de la pobreza por políticas de ajuste, se apela al discurso universalista que neutraliza las reacciones sociales. A través del uso y apropiación de conceptos populares y universalistas en salud pública (atención integral, salud integral, cobertura universal, participación, entre otros), y retomando las mismas políticas del BM (De la APS integral a la APS selectiva), se avanza en la modernización tecnológica, la eficiencia y la responsabilidad individual en salud; al mismo tiempo que se retrocede en la equidad, en la responsabilidad social del Estado, en el derecho a la salud. Este pensamiento “universalista” subyacente a la CUS no descansa en una justificación igualitaria liberal que defienda un seguro universal de salud para compartir riesgos y reducir costos. Por el contrario, sugiere seguros focalizados desde una visión economicista y estrecha de la atención de la salud, comprometida con la **Evaluación de la Tecnología Sanitaria** y la informatización del sistema sanitario como prioridades centrales. Sin embargo, tampoco responde a una concepción libertaria, debido a que la misma no permitiría la libre disposición de impuestos para financiar inversiones en salud. La política neoconservadora que subyace al planteo de la CUS, se basa en tres características centrales:

Es autoritaria, porque:

- ◇ se impone gracias a un decreto de necesidad de urgencia al cual no responde (por no

atender las necesidades urgentes de la población sino sólo la eficiencia en el sistema de recaudación de obras sociales y empresas privadas a través de la libre disposición de fondos del Estado),

- ◇ elude así el debate democrático y legislativo sobre reformas sanitarias urgentes para cumplir el seguro universal;

Es encubierta:

- ◇ se legitima a través del uso de conceptos universalistas que no defiende;

Es economicista:

- ◇ persigue la eficiencia, la modernización informática, las inversiones, la evaluación tecnológica, la racionalización de costos y la facturación, entre otros;

Es individualista:

- ◇ al relegar la responsabilidad social el Estado y acentuar la responsabilidad individual en salud; considerando que las desigualdades sociales son naturales;

Es instrumental, o más precisamente hace un uso instrumental del Estado para transferir fondos públicos al sector privado.

Esta filosofía no protege el derecho a la salud de las personas porque reniega de la equidad y de la responsabilidad social, acentuando sólo la eficiencia y la calidad en salud. El discurso universalista de la CUS sólo busca efectos neutralizadores en la sociedad, mientras avanza en la privatización solapada del sistema de salud.

Si realmente queremos promover una cobertura universal para respetar el derecho a la salud presente en nuestra Constitución; entonces, no solo deberíamos partir de un sistema público de salud, cooperativo, que promueva la responsabilidad social. También deberíamos diseñar políticas públicas en salud que actúen preventivamente frente a los determinantes sociales de la salud (**Evaluación del Impacto en Salud de los Determinantes Sociales**), e impulsar el desarrollo de la medicina preventiva conjuntamente a la igualdad social, ítems esenciales en sociedades atravesadas por desigualdades en aumento. Esta visión exige un abordaje complejo, histórico, intercultural y geográfico de justicia en salud para transformar los modos de vida y organización social, las relaciones sociales, la salud colectiva, familiar e individual.

Por ello, si hablamos de cobertura universal y equidad, no podemos vaciar a la misma de sentido, de su dimensión ética; porque esta exige que no se discrimine a las personas por factores moralmente irrelevantes (género, raza, cultura, clase social, entre otros). Exige proteger a los más

vulnerables y excluidos, todas aquellas personas o grupos que se encuentran en estas condiciones no por su responsabilidad, sino por la acción u omisión del Estado en el cumplimiento de su obligación social de garantizar el efectivo ejercicio de los derechos humanos.

Bibliografía

Documentos consultados

- Alma Ata (1978). Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>
- Agenda de Desarrollo Sostenible 2030. www.onu.org.ar
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud*. Washington. Recuperado el 20/03/07 de <http://documents.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>
- Cobertura Universal de Salud, Decreto 908/2016. Fondo Solidario de Redistribución; Buenos Aires. Recuperado el 02/08/2016 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/264047/norma.htm>
- Constitución Nacional Argentina (1994). Art. 75°, Inciso 22.
- Leyes Básicas de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (153/99). *Plan Médico Obligatorio de Emergencia*. Argentina
- OEA (1988). *Protocolo de San Salvador*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (2002). *Proyecciones de financiamiento. De la atención de salud. Perú 2002-2006*. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Financiamiento_en_salud_2002_2006.pdf.
- Otros: Aruachuan en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-cobertura-universal-de-salud-fue-parte-de-un-encuentro-internacional> (recuperado el 15/10/17).

Artículos

- Bacigalupe, A., Esnaola, S., Calderon, C. et al. (2009). "La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias". *Gaceta Sanitaria*, N° 23 (1), pp. 62-66. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112009000100013&lng=es.
- Camou, A. (2000). *Tres miradas sobre la (in)governabilidad: eficacia, legitimidad y estabilidad política*. Recuperado de <http://www.antonioacamou.com.ar>
- Crozier, S. H. y Watanuki, J. (1975). *The Crisis of Democracy. Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*. New York: New York University Press.
- Daniels, N. (1994). "Individual differences and just health care". En Murphy, et al., *Justice and Human genome Project*. California.
- De Vos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Perez, D., Lefèvre, P. y Van der Stuyft, P. (2009). "Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización". *Medicina Social*, vol. 4, N° 2, 127, Recuperado el 20/03/07 de www.medicinasocial.info
- Engelhardt, T. (1996). *The foundation of Bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Jovell, A.J. et al. (2007). "¿El paciente a la universidad?" *Formación Médica Continuada*, 14, 6, pp. 301-304. Recuperado de www.universidadpacientes.org
- Marmot, M. y Wilkinson, R. (2005). *Social determinants of health*. Oxford University Press.
- Mayntz, R. (2001) "El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna". *Reforma y Democracia, Revista del CLAD*, N° 21.
- (2006). "Governance en el Estado moderno". *Revista Postdata*, N° 1.
- Nozick, R. (1974), *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books
- Ortúzar, M. G. de (2012), "Hacia la telemedicina en el MERCOSUR. Análisis ético comparativo de las normativas de Brasil y Argentina". *Revista eSalud.com*, vol.8, N° 30, pp. 1-17. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=14656>.
- (2014), "Gobernanza y Gobernanza en salud: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político?" *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política*, N° 5, pp.63-86. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/issue/view/1050>.
- (2015), "¿Equidad y gobernanza en salud?" *Pensar lo Propio, Perspectivas Bioéticas en las Américas*, año 19, N° 37-38. Recuperado de <http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2016/03/Perspectivas-Bioeticas-37-38.pdf> <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n36/editorial.pdf>
- (2016). "Responsabilidad social vs. responsabilidad individual en salud". *Revista de Bioética y Derecho*, N° 36, pp 23-36. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/issue/view/13-Doi:10.1344/rbd2016.36.15374>.
- (2017). "El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte", *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*. N° 20, pp. 47-63. Recuperado de <http://www.ub.edu/astrolabio/>

Pasquino, G. (1988). "Gobernabilidad". En Bobbio, N. et al. *Diccionario de Política*. México: Siglo XXI.

Pellegrini Filho, A. (2002). "Inequities in access to information and inequities in health". *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 11, Mayo-Junio.

Sherwin, S. (1992). *No longer patient. Feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press.

Tsaganourious, Z. (1998). *Cyberdemocracy*, London: Routledge.

Llueve sobre mojado

Desigualdades sociales y vulnerabilidades en salud en la adolescencia y juventud

It never rains but it pours

Social inequalities and health vulnerabilities in adolescence and youth

Alejandro José Capriati | ORCID: orcid.org/0000-0001-8204-6878

alejandrocapiati@gmail.com

Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas
Argentina

Recibido: 30/06/2018

Aceptado: 05/09/2018

Resumen

El eje de este trabajo es la reflexión sobre la salud en la adolescencia y juventud. La apuesta es ampliar el espectro de enfoques, conceptos y datos que se movilizan para su definición y comprensión. Los puntos de partida son la crítica a los estudios reducidos al comportamiento de la persona y la propuesta de una matriz que incorpore tanto lo estructural como lo institucional y programático. Esta matriz posibilita la formulación de interpretaciones diferentes del análisis de riesgo.

Desde un enfoque de vulnerabilidad y derechos humanos, analizo los procesos que afectan la salud a partir del estudio de las trayectorias biográficas, las condiciones de vida y el entramado institucional en el cual las personas desarrollan su vida cotidiana; recupero resultados de investigaciones realizadas en barrios del Gran Buenos Aires, Argentina.

En el cierre del artículo planteo la necesidad de contar con abordajes teóricos, metodológicos y tecnológicos que asuman la complejidad de la salud en la adolescencia y juventud y puedan brindar insumos para el trabajo comunitario en salud con jóvenes y sus acciones de prevención y cuidado.

Palabras clave: Desigualdades, Vulnerabilidades, Adolescencias, Juventudes, Biografías.

Abstract

The article takes as a starting point the criticism of the partial approaches of health in adolescence and youth, reduced to the study of the behavior of the person, and proposes a matrix of the structural and programmatic level. This matrix change allows the formulation of interpretations about adolescent health different from risk analysis. Framed from the perspective of vulnerability and human rights, I analyze the processes that affect well-being and health in adolescence and youth from the study of biographical trajectories, living conditions, and the social community framework. In this way, I recover studies carried out in neighborhoods of Gran Buenos Aires that allow putting in relation the biographical trajectories with the social scene. By way of closure, I propose to advance in the development of theoretical, methodological and technological approaches that assume the complexity of health in adolescence and youth and provide inputs for prevention, promotion and protection actions and community work in health with young people.

Keywords: Inequalities, Vulnerabilities, Adolescence, Youth, Biographies.

Introducción

El punto de partida del presente artículo es el pasaje de una matriz individualista a otra de tipo estructural y programática para abordar el estudio de la salud en la adolescencia y juventud. Este pasaje no es sólo un asunto de relevancia teórica, tiene consecuencias en el modo de evaluar una situación de salud, en la definición de las problemáticas y en el tipo de intervenciones que se proponen.

Con el interés en conocer más acerca de las mediaciones entre los procesos estructurales, las instituciones y programas existentes en un territorio y las prácticas de cuidado de las personas y las comunidades recupero un conjunto de enfoques de las ciencias sociales y la salud que se sitúan en paradigmas de conocimiento que denomino como matriz estructural y programática. Esta matriz propone ir más allá del análisis del comportamiento individual de un sujeto para estudiar las relaciones entre los escenarios sociales y las trayectorias biográficas de las personas.

Desde esta matriz, pongo en diálogo conceptos y datos con el propósito de analizar los procesos que producen vulnerabilidades en salud en la adolescencia y juventud. En términos esquemáticos, identifico dos procesos interconectados. El primero remite al encadenamiento de las desigualdades sociales en términos de segregación espacial, clase, género, orientación sexual y pertenencia étnica. El segundo refiere a los déficits de asistencia y acompañamiento, tanto de instancias estatales como comunitarias, frente a las violencias, enfermedades y otras adversidades.

El planteo de este análisis, enmarcado en las coordenadas del enfoque de vulnerabilidad y derechos humanos, recupera resultados de investigaciones realizadas en el Gran Buenos Aires¹. En este artículo presento el análisis del

relato de vida de Camila, una joven de 24 años, y describo el escenario social en el cual nació y creció, Villa Fiorito, partido de Lomas de Zamora. En esta descripción el interés de desplaza de las enfermedades y el estudio de los factores de riesgo hacia los modos en que los aspectos estructurales, institucionales e intersubjetivos influyen en el desarrollo y la salud de adolescentes y jóvenes.

El telón de fondo de este planteo son los encuentros entre las ciencias sociales y la salud en América Latina, los diálogos entre la salud colectiva, la medicina social latinoamericana y la investigación social en salud, sexualidad y derechos, tradiciones que han hecho de la política un supuesto compartido y de la acción colectiva y pública la apuesta por resolver los problemas (Pecheny, Capriati y Amuchástegui, 2018). La politicidad, como rasgo distintivo, enmarca el estudio de los fenómenos sociales en la estructura social conflictiva y en los procesos históricos que la producen.

A modo de cierre, propongo líneas de trabajo para avanzar en el desarrollo de un abordaje teórico, metodológico y tecnológico que avance en la comprensión compleja de la salud en la adolescencia y juventud, que facilite la determinación de niveles de vulnerabilidad y brinde insumos para las tecnologías de prevención, promoción y protección.

doctoral CONICET (2013/2015 - *Cómo salir del barrio sin morir en el intento: trayectorias biográficas de jóvenes marcadas por la desigualdad y la vulnerabilidad*) y el plan de trabajo como Investigador (2016/2017 - *Salud y derechos en la adolescencia y juventud. Vulnerabilidades y soportes en escenarios de inclusión-exclusión*, Gran Buenos Aires, Argentina). Los grupales refieren al proyecto UBACyT 20020120300001 (2013-2015) bajo mi dirección y el proyecto PICT 2346 (período de ejecución 2016-2018: *Heterogeneidades en sectores populares. Escenarios de inclusión-exclusión y trayectorias biográficas en adolescentes y jóvenes de dos partidos del Gran Buenos Aires, Argentina*) en el cual formo parte del Equipo Responsable junto a Gabriela Wald, Mario Pecheny y Ana Lía Kornblit.

¹ Estas investigaciones remiten a proyectos individuales y grupales desarrollados en los pasados cinco años. Los primeros remiten a la investigación realizada con la beca Pos-

Información demográfica y epidemiológica

Antes de exponer las diferencias en los modos de estudiar la salud en la adolescencia y juventud, presento información demográfica y epidemiológica básica como antesala a la discusión sobre el cambio de matrices.

En la región de América Latina y el Caribe habitan más de 100 millones de jóvenes que nacen y crecen con la desigualdad social como rasgo distintivo. Las brechas entre los sectores de la población de altos ingresos y la de bajos ingresos en los centros urbanos de América Latina y el Caribe afecta cada vez más las vidas de adolescentes y jóvenes (Unicef, 2016).

De los 40 millones de personas que residían en Argentina en el año 2010 (Indec) un 33,6% tiene entre 10 y 29 años de edad. Estos datos deben situarse en el proceso de envejecimiento que experimenta la población argentina: en términos relativos aumentan más las personas en edad avanzada que los menores (Binstock y Cerruti, 2016). La población entre 0 y 14 años ha reducido su relevancia relativa y, por primera vez en la historia argentina, se documentó una disminución de sus números absolutos entre 2001 y 2010 (Binstock y Cerruti, 2016). El descenso del peso relativo de la población de niños, niñas y adolescentes (0 a 19 años de edad) remite al proceso de transición demográfica, iniciado el siglo pasado (Govea Basch, 2015).

Si bien la expectativa de vida de la población argentina se encuadra en niveles que corresponden a los de países de altos ingresos, existe una profunda heterogeneidad en las condiciones sanitarias de la población, tanto a nivel micro, al observar individuos en distintos estratos de la estructura social, como a nivel regional, con notables diferencias en los indicadores de salud entre provincias según sus niveles de desarrollo (Binstock y Cerruti, 2016). Las desigualdades en las probabilidades de supervivencia es una de las expresiones de las diferencias sociales (Binstock y Cerruti, 2016). Las personas pertenecientes a los estratos de ingresos más bajos como así también quienes tienen menor nivel educativo tienen expectativas de vida menores que aquellos ubicados en los estratos más altos y con mayor nivel educativo (Manzelli, 2014).

La estructura y nivel de mortalidad de la población adolescente presenta características diferenciales del resto de la población (Martínez y Santoro, 2016). Si bien la mortalidad durante la adolescencia es baja en comparación con otros grupos etarios, hay dos aspectos distintivos: la alta proporción de muertes relacionadas a

causas consideras evitables y la sobre mortalidad masculina (Govea Basch, 2015). La sobremortalidad masculina, presente en todas las edades, es significativamente mayor en la franja etaria 15-35 años.

El perfil de mortalidad adolescente (10-19 años) está asociado a la prevalencia de las violencias intencionales (suicidios y agresiones) y los accidentes, en particular los de tránsito, agrupadas bajo la categoría causas externas de mortalidad, de acuerdo a la *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de la Salud* (CIE-10). Con relación a la morbilidad, la mayoría de los egresos hospitalarios remiten a las mujeres por los controles del embarazo, el parto y puerperio, luego aparecen urgencias por traumatismo, envenenamiento u otras consecuencias de causas externas (Unicef, 2017).

Entre los años 2010 y 2015 más de la mitad de las defunciones fueron por causas externas (Martínez y Santoro, 2015)². Al observar su comportamiento según el *Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas* de cada provincia del país se aprecia un alto grado de desigualdad. Por cada suicidio ocurrido en una jurisdicción de buena situación económica, se produjeron 5 de personas residentes en las jurisdicciones con peores condiciones socioeconómicas. En el mismo sentido, la tasa de mortalidad por agresiones de las jurisdicciones menos favorecidas fue el doble de la registrada en las jurisdicciones con mejores condiciones (Martínez y Santoro, 2015).

Si analizamos un período más extenso, de 1990 a 2010, y nos concentramos en un rango más amplio de edad, por ejemplo entre los 10 y los 29 años de edad (Spinelli, Alazraqui, Osvaldo y Capriati, 2015), se constata en general la misma tendencia. La amplitud del período permite registrar tendencias temporales y sucesos coyunturales. El crítico 2002 registra la tasa más alta del período: duplica los valores de inicio del período.³ Si bien la tasa de mortalidad por suicidios presenta un rango de valores similar a la tasa de mortalidad por agresión, su comportamiento es diferente⁴. La tasa de suicidio crece

² Mientras en la población general, las causas externas representan alrededor del 5%, entre los adolescentes representaron en 2012 el 59% del total de defunciones (Govea Basch, 2015).

³ Tasas de mortalidad por agresiones: 1992, 4,9 cada 100.000 habitantes; 2002, 9,4 cada 100.000 habitantes (Spinelli, Alazraqui, Osvaldo y Capriati, 2015).

⁴ Tasa de mortalidad por suicidio: entre el 4,4 y el 9,4 cada 100.000 habitantes entre 1990 y 2010 (Spinelli, Alazraqui, Osvaldo y Capriati, 2015).

de modo sostenido entre 1997 y 2003, luego, a partir de 2004 permanece estable, no retrocede ni parcialmente lo que había subido durante siete años. Se mantiene en valores que duplican a los registrados en el comienzo del período. Los años 2001 y 2002 expresaron un agravamiento de las condiciones de supervivencia de la población argentina en general y la población joven en particular, altas tasas de desocupación, precarización de las condiciones de empleo, aumento de la violencia estatal.

Esta información traza un diagnóstico parcial, está centrado en la mortalidad, una descripción del comportamiento y tendencia de la tasa de mortalidad; si bien nos detuvimos en la mortalidad por accidentes, suicidios y agresiones, las tres primeras causas, restaría la descripción de las tasa por tumores y de las enfermedades del sistema nervioso central, del sistema respirato-

rio, del sistema circulatorio, infecciosas y parasitarias, entre las siguientes cinco causas según recurrencia. Por supuesto, una descripción completa incluiría indicadores relativos a la sexualidad y la vida reproductiva (fecundidad, uso de métodos, ITS, aborto), al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, a la alimentación, las violencias y discriminaciones (sexo genéricas, institucionales, sexuales), al riesgo ambiental, entre otros.

En este artículo el interés no está concentrado en la producción de un diagnóstico de la situación de salud de la población adolescente y joven. Sin dejar de valorar este tipo de información, el eje del artículo desplaza la discusión hacia los interrogantes que orientan las investigaciones, las técnicas que se utilizan, los datos que se producen y las intervenciones que se proponen en el campo de la adolescencia y juventud.

Cambio de matrices

A lo largo del apartado distingo modos de estudiar la salud en la adolescencia y juventud, con sus respectivos aportes y limitaciones. En primera instancia, presento enfoques centrados en el compartimiento individual, la influencia del nivel socioeconómico y el tipo de barrio. De modo típico, agrupo los tres tipos que presento a continuación como variaciones de una *matriz individualista*.

La versión más convencional de estos estudios ha dedicado considerables esfuerzos a describir la adopción de comportamientos arriesgados para la salud a partir de atributos individuales, el nivel de conocimiento sobre una enfermedad o la actitud hacia la prevención y los hábitos saludables. Estas investigaciones, realizadas por lo general desde las ciencias médicas, ponderan los factores de riesgo y documentan las diferencias en la adopción de hábitos alimentarios saludables, el inicio al consumo de alcohol y tabaco, la realización de actividades de tipo sedentario, etcétera. También se suelen determinar los factores de riesgo del embarazo y situaciones como el intento de suicidio, el consumo de drogas, la conducta antisocial. Se analiza las probabilidades de que un evento ocurra e identifican subgrupos poblacionales expuestos a riesgos más elevados. En este tipo de estudio el riesgo refiere a una medida de probabilidad, no obstante, no es infrecuente la confusión en la interpretación de dicha medida como si denotara una condición social y refiriera a un determinado grupo, tal como acontece con otros temas y poblaciones.

Otro tipo de estudios analizan la asociación entre el nivel socioeconómico y la salud y se interrogan por los gradientes de esa relación al examinar cómo operan variables sociales como ingresos, ocupación, raza, etc. Tradicionalmente, estos estudios tendieron a enfatizar la influencia general del status socioeconómico (*Social Economic Status*, SES, por su sigla en inglés), pero los aportes recientes desconfían de la pertinencia de abordarlo como un concepto unificado, en tanto cada dimensión actúa distinta, con mecanismos específicos (Cutler, Muney y Volg, 2012). Por ejemplo, fluctuaciones positivas en el ingreso en períodos cortos aparece asociado con reducción de la salud, mientras que incrementos en el ingreso y la riqueza en tiempos más prolongados están correlacionados con mejores indicadores de salud. A partir de una revisión de las investigaciones en países industrializados, realizadas entre las décadas de los noventa y del 2000, Cutler, Muney y Volg analizan cómo los comportamientos de la educación, los recursos financieros, el rango social y la raza varían entre sí como así también difiere su influencia según la fase del curso de vida. Así, constatan que durante la infancia, los recursos de los padres como nivel de ingresos o nivel de educación tiene un potente efecto en la salud de sus hijas o hijos. Ahora bien, pasada la infancia, el efecto de los recursos económicos o la riqueza en la adultez no juega un papel tan determinante. En cambio, la educación sí continúa teniendo poder explicativo en las distintas etapas del curso de vida. Se configura un círculo de determinaciones

con un componente intergeneracional: los niños de familias con buenos recursos económicos son más sanos, los niños sanos logran una mejor educación, el mayor nivel educativo les brinda facilidades en la vida laboral adulta y mejores ingresos financieros. La otra cara de este mismo proceso da cuenta de las desventajas (Cutler, Muney y Volg, 2012).

En tercer lugar, hay estudios que se han interrogado por la influencia del barrio en la situación de salud y bienestar de niñas, niños y adolescentes. Si bien es abundante la evidencia sobre la asociación de problemas de salud con las características de la comunidad y los barrios (Sampson, 2003) y se documentan los efectos negativos de vivir en un barrio pobre o segregado a partir de la medición de las diferencias entre áreas pobres y ricas en relación con el riesgo de bajo peso al nacer, el maltrato infantil y el abuso, el embarazo adolescente y la criminalidad (Leventhal y Brooks-Gunn, 2000), esta evidencia suele estar asociada con falacias ecológicas o individualistas (Sellström y Bremberg, 2006). Con el propósito de sortear esta limitación, los estudios con técnicas multiniveles contribuyen a precisar la importancia del barrio como factor contextual en la salud, en tanto separa los efectos del barrio de los de la familia. A partir de una revisión sistemática de estudios multinivel en países de altos ingresos, realizados entre 1990 y 2003, Sellström y Bremberg constatan empíricamente la asociación del factor barrio en sí mismo, con independencia del tipo de hogar o grupo familiar, con la salud encuentran: nacer en un barrio pobre y/o segregado duplica las chances de nacer con bajo peso y de pasar por situaciones de violencia. El riesgo de nacer con bajo peso, pasar por situaciones de violencia o tener problemas de comportamiento es analizado según tipo de barrio según su nivel socioeconómico (nivel de pobreza, segregación) y clima social (soportes, tasa de crímenes, asociaciones voluntarias activas). Para controlar el efecto del barrio o vecindario incluyeron en la revisión estudios de áreas pequeñas, de hasta 4000 habitantes. Desde este enfoque se valorizan las intervenciones en barrios desfavorecidos como estrategias para reducir los riesgos a la salud de niños, niñas y adolescente, especialmente de aquellos con familias sin recursos.

Si bien estos tres tipos de trabajo exhiben notables diferencias, comparten como foco de interés el comportamiento individual, sus factores de riesgo, el gradiente social o el tipo de barrio.

Por otro lado, recupero una diversidad de enfoques como distintivos de una *matriz estructural y programática*, en la cual la definición de salud rebalsa las definiciones médicas convencionales, se habilitan otras preguntas y posibilitan marcos de acción alternativos en prevención y cuidado.

Un denominador común de estos enfoques, parafraseando a Castro y Bronfman (1999) es evitar

constatar *ad nauseam* la relación entre variables socio económicas o demográficas y los riesgos de tener bajo peso al nacer, padecer situaciones de violencia o tener problemas de comportamiento. En esta matriz, se abre ángulo de observación, diferente del análisis de riesgo, descripción de comportamientos o actitudes. El interrogante está puesto en las condiciones o relaciones capaces de producir malestar o bienestar en las personas, grupos sociales y comunidades, adaptando la definición propuesta por Kornblit (2010). Es una perspectiva más amplia que el análisis centrado exclusivamente en lo individual, distinto del estudio del comportamiento de una persona y su normalidad morbo-funcional. Se trata de pensar las prácticas de las personas en el entramado de sus relaciones sociales, con el interrogante situado en las escenas cotidianas, puerta de entrada para la comprensión de las necesidades y prácticas de cuidado de adolescentes y jóvenes, adaptando la definición de Paiva (2018), son escenas que condensan lo intersubjetivo, el escenario social y las instituciones y permiten analizar las vulnerabilidad en salud. Retomando la definición de Ayres, Paiva y Cassia (2018), la vulnerabilidad en salud es entendida como un conjunto de aspectos, individuales y colectivos, vinculados con una mayor susceptibilidad de padecer perjuicios y una menor disponibilidad de recursos para su protección.

Desde la investigación social en salud hay un interés en estudiar los fenómenos sociales en su conexión con la estructura social, el Estado y las instituciones. Sería un error pensar que desde esta perspectiva se desconoce la importancia de una conducta de riesgo o niega la relevancia de sus consecuencias (Parker y Aggleton, 2003). Se propone una perspectiva más amplia que considera las prácticas de las personas en el entramado de sus relaciones sociales, prestando especial atención al impacto del Estado, tanto por su acción o su omisión (Pecheny, 2013). En esta otra matriz, la pretensión es superar la factorización de los determinantes contextuales en la explicación de las vulnerabilidades (Ayres, Paiva y Cassia, 2018:26). No se aspira sólo a reconstruir totalidades comprensivas y captar los significados sociales. Desde un marco de derechos humanos, los análisis están atravesados por el interés en las acciones del Estado, por acción u omisión, en relación con sus obligaciones y evaluación de las posibilidades de intervención. En el análisis de las diversas situaciones de vulnerabilidad, los derechos humanos *ofrecen una referencia positiva [...] no prescriptiva o moralista, pero tampoco relativista ni inconsecuente [...] para combatir las diferencias que discriminan y las igualdades que homogenizan*, recuperando la síntesis que trazan Ayres, Paiva, Casia de la proposición original de Boaventura de Sousa Santos sobre el *ethos* de la emancipación solidaria (2018:32-33).

Los enfoques en salud específicamente tienen como marco de referencia las obligaciones del Estado con respecto a los derechos humanos en materia de salud. Los organismos internacionales de salud reconocen tres relaciones que se establecen entre la salud y los derechos humanos: las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o apliquen, la violación o la desatención de los derechos humanos pueden tener graves consecuencias para la salud, a vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos (OMS 2002:8). La utilización de estos marcos en la región ha dado un conjunto amplio de contribuciones: desde el incremento de la supervisión de los sistemas de salud y el mejoramiento de la calidad de la atención de los establecimientos de salud, hasta la reasignación del presupuesto de salud para mejorar equidad y no discriminación, la denuncia por violaciones a los derechos humanos, pasando por la apropiación del acceso a una atención de calidad como derecho político, retomando la síntesis de Yamin y Frisancho (2015).

Al estudiar fenómenos con la población joven, particularmente cuestiones vinculadas con salud, esta amplitud de foco para evitar reproducir

una ideología que culpabiliza a personas por su falta de cuidado al desconocer por las fuerzas que se ejercen sobre la vida de las personas, sus trayectorias y escenas de la vida cotidiana. Estas fuerzas, fundadas en procesos históricos y económicos, asumen formas como el racismo, el sexismo, la violencia política y la pobreza, que tienden a erosionar la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre sus vidas (Arachu Castro y Farmer, 2003), restringen los campos de posibilidades de las prácticas autónomas, a nivel individual, comunitario y colectivo. Las descripciones escindidas de su contexto tienden a reforzar interpretaciones que se las culpabiliza por no adherir a comportamientos de cuidado. Una lectura netamente individualista depositaría en los propios jóvenes los problemas que les afectan, desde la práctica de investigación no podemos sumar un juicio moral que atribuye los problemas a la ignorancia o falta de capacidad de las personas afectadas. Hace cincuenta años, Becker sugería que la mayoría de la investigación sobre juventud estaba diseñada para descubrir por qué ésta era tan molesta para los adultos, “antes que interrogarse la igualmente válida pregunta sociológica: ¿por qué los adultos se hacen tanto problema con la juventud?” (1967:242, Traducción propia).

Llueve sobre mojado

En este apartado recupero resultados de un estudio realizado en barrios del Gran Buenos, investigación que tiene como objetivo poner en relación las trayectorias biográficas con el escenario social a partir de la utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas⁵⁻⁶. El marco conceptual de este estudio fue construido con el objeto de comprender las trayectorias biográficas de varones y mujeres jóvenes, contemplando el peso de las desigualdades sociales, así como los modos en que influyen en ellas los distintos programas sociales y las instituciones presentes

en los territorios donde estos jóvenes viven (Capriati, Wald, Schwarz *et al* 2017; Wald, Capriati, Pecheny *et al.*, 2017).

Además de la importancia de la dimensión territorial y el interés por investigar la superposición de las desigualdades⁷, los acontecimientos biográficos constituyen pilares privilegiados para el estudio empírico de cómo se encadenan las vulnerabilidades en las trayectorias biográficas de las personas.

Las nociones de desigualdad social y vulnerabilidad son conceptos complementarios. A diferencia del término pobreza, circunscripto a un grupo social privado de ciertos bienes básicos, con la noción de desigualdad social se aspira a recuperar el aspecto relacional en el acceso a bienes y servicios y pone en conexión la cuestión debates filosóficos y políticas sobre que aspiramos para una sociedad con los principios

⁵ Proyecto PICT 2346 (MINCyT) *Heterogeneidades en sectores populares. Escenarios de inclusión-exclusión y trayectorias biográficas en adolescentes y jóvenes de dos partidos del Gran Buenos Aires, Argentina*. Equipo Responsable: Mario Pecheny, Gabriela Wald, Alejandro Capriati y Ana Lía Kornblit.

⁶ Este estudio se inscribe en una línea de trabajos de tipo cualitativa producida en el área de Salud y Población. Específicamente, subrayo la iniciativa de una investigación dirigida por Pablo Di Leo y Ana Clara Camarotti, en la cual se interrogaron por las nuevas formas de individuación en las y los jóvenes de sectores populares desde el enfoque biográfico (Di Leo y Camarotti, 2013).

⁷ En el campo de la educación avanza en esta dirección Steinberg (2015), mientras que en el campo de la medición de la pobreza infantil en clave de derechos humanos se destacan los trabajos de Tuñón y Poy (2017).

de justicia social y ciudadanía (Kessler, 2014). Se puede señalar como punto de partida la crítica a las visiones centradas exclusivamente en la distribución del ingreso. La apertura al análisis comparativo, las vinculaciones entre diversas dimensiones como entorno urbano, vivienda, educación, salud, género, la comprensión de *causas, engranajes y consecuencias*, es el horizonte en torno a este enfoque (Kessler, 2014). El concepto de vulnerabilidad, como hemos visto, remite a la integración analística de niveles y está sostenida desde un marco de derechos. El análisis de vulnerabilidad remite a tres dimensiones interdependientes: la *intersubjetividad*, entendida como la identidad personal construida en las interacciones con los otros significativos; lo *social*, definido como los espacios de experiencia atravesados por la organización política y económica, etc.; y lo *programático*, referido al conjunto de políticas, servicios y acciones disponibles (Ayres, Paiva y Casia, 2018).

Desde este marco, el impacto de las desigualdades sociales y de género en la salud no es exterior, sino constitutivo: las desigualdades producen tales vulnerabilidades, éstas no son resultado de actitudes individuales o familiares, de conocimientos y prácticas, remiten a procesos estructurales (Pecheny, 2013). Estos procesos pueden observarse y analizarse en un territorio determinado, por medio de la descripción del escenario de inclusión desigual que configura cierta disponibilidad de bienes y servicios, como así también en las trayectorias de sujetos y grupos a partir de sus experiencias.

Al centrar la referencia empírica de los estudios en barrios del Gran Buenos se debe redoblar el alerta frente a los errores que induce el pensamiento sustancialista de los lugares (Bourdieu, 1990). Los barrios son expresiones singulares del espacio social, forman parte de un espacio urbano en tanto construcción histórica y política. Se trata de comprender las expresiones territoriales como relaciones entre las estructuras del espacio social y las del espacio físico. Olvidar dicho proceso quedar atrapado por “los efectos del barrio”, recuperando la noción de Bourdieu, incapaz de advertir que el barrio no es una retraducción espacial de las diferencias económicas y sociales (Bourdieu, 1990:21).

La producción de evidencia empírica transita simultáneamente en dos direcciones: por un lado, describe cómo múltiples privaciones superpuestas configuran un territorio determinado; por otro, analiza las trayectorias biográficas, sus acontecimientos biográficos, adversidades y puntos de apoyo. El enfoque biográfico resulta fecundo para captar los acontecimientos y procesos que precarizan las condiciones de vida y cuenta con la sensibilidad para observar cómo estructuran los fenómenos sociales a nivel de las experiencias personales y aproximarse a los

sentidos de las prácticas (Leclerc-Olive, 2009; Di Leo y Camarotti, 2013; Capriati, 2017).

En su formulación más abstracta, la estrategia planteada ni su objetivo tiene viso alguno de originalidad en la teoría social. Hacia fines de los años sesenta del siglo pasado, Mills explicaba que ni la vida de un individuo ni la historia de una sociedad podían entenderse sin comprender ambas cosas y situaba la tarea del sociólogo en captar la relación entre la historia y la biografía (Mills, 2003). En nuestras sociedades los acontecimientos del mundo se relativizan tomando como referencia las relaciones interpersonales de cada sujeto, a la inversa de lo que ocurría en las sociedades tradicionales, en las que existían calendarios colectivos que hacían que los individuos se plegaran a los ritmos impuestos por los fenómenos naturales en tiempos pretéritos y posteriormente por los patrones sociales y religiosos (Leclerc-Olive, 2009; Kornblit y Capriati, 2014). El interrogante que se plantea es cómo se estructuran los fenómenos sociales a nivel de las experiencias personales, lo *biográfico*, como afirma Leclerc-Olive, se impone como objeto de nuestro tiempo. Situar al individuo en el centro del análisis no significa sustraer el contexto del análisis social, ni supone quedar reducido a un análisis al nivel de actor (Martuccelli, 2007), es la consecuencia de una “transformación societal que instauro al individuo en el zócalo de la producción de la vida social” (Araujo y Martuccelli, 2010:79). El trabajo con una biografía tiene valor solo si permite la comparación entre individuos y sus contextos, como señala Jablonka, *el estudio de la nieve humana debe revelar la potencia de arrastre de la avalancha y, a la vez, la irreductible delicadeza del copo* (2015:89).

Este análisis, situado dentro del paradigma interpretativo de las ciencias sociales, no tiene como propósito contrastar estas proposiciones mediante experimentos o testearlas con técnicas estadísticas, procedimientos que serían adecuados para *una explicación dentro del modelo nomológico-deductivo* (Sautu, 2010). Se trata de contribuir con explicaciones que abonan la complementariedad de perspectivas micro, meso y macro sociales para saber más sobre los mecanismos y relaciones entre el escenario barrial y las trayectorias juveniles en los procesos de vulneración de derechos en la adolescencia y juventud.

En este artículo planteo que la producción social de las vulnerabilidades en salud en la adolescencia y juventud puede ser sintetizada en la frase popular **llueve sobre mojado**. Es decir, los déficits programáticos, las carencias en las instancias de asistencia y protección se dan especialmente en los grupos y territorios en los cuales el encadenamiento de las desigualdades ha producido mayores privaciones sociales. Son los territorios y los conjuntos sociales que

presentan profundas privaciones ambientales, económicas y educativas en donde están disponibles los menores recursos institucionales para la contención y el acompañamiento frente a la escasez de alimentos, las agresiones y violencias, los consumos de drogas, entre otras problemáticas.

Las batallas de una sobreviviente

En este apartado, si bien la exposición está concentrada en el análisis de una de las entrevistadas y su relato (Camila), luego se recuperan otras experiencias de mujeres y varones para establecer similitudes y diferencias. Este recorte obedece a un principio básico de la investigación biográfica, en tanto totalidad singular, el relato biográfico debe ser respetado en su mayor especificidad y densidad posible (Leclerc-Olive, 2009); principio al que, en el presente artículo, podemos aspirar solo si nos detenemos de modo especial en uno de los relatos.

El relato de vida de Camila y la descripción de su barrio, Villa Fiorito, no son expuestos como evidencias para testear hipótesis. A partir de su análisis se aspira a comprender las conexiones con procesos sociales más amplios. En el análisis de un relato no se trata de resumir lo planteado en las entrevistas, es una reconstrucción de una trayectoria biográfica como un modo de recorrer el espacio social, en la cual cada suceso o experiencia, por su propia dimensión temporal, implica una imposibilidad de volver atrás y exclusión de otras posiciones y posibilidades, adaptando la definición de Bourdieu (1990). El eje de análisis está concentrado en las vinculaciones entre los acontecimientos que han marcado su vida, los soportes, los entornos institucionales y el escenario barrial.

La conocemos de toda la vida. Camila es una sobreviviente, ¡tenés que conocerla!, me dijo la referente del centro educativo complementario (CEC, en adelante). Camila había asistido a ese centro por más de diez años, allí aprendió muchas cosas que en la escuela convencional le resultaban casi imposibles, como leer y escribir, y sobre todo encontró un espacio que le brindó cierta contención frente a los maltratos que enfrentó desde pequeña.

Al momento de las entrevistas, Camila tenía 24 años y era su hijo mayor quien asistía al jardín del establecimiento. Llegaba en bicicleta con sus dos hijos, el mayor entraba a su salita en el jardín y nosotros tres nos acomodábamos en una oficina cedida. La presencia de su hijo pequeño, de apenas dos años, fue positiva: sus juegos y travesuras nos permitieron generar pausas en la entrevista, especialmente en los pasajes más tristes y dolorosos.

La vitalidad que Camila transmitía montada en su bicicleta con sus dos hijos y la fuerza

que emanaba de su voz generaba un profundo contraste con su apariencia física. Su cuerpo delgado y su rostro huesudo parecían desmentir su fortaleza. Una tos insistente le marcaba pausas en su relato, pero esa molestia era apenas un detalle en las vicisitudes de su vida, hacía un año había empezado un tratamiento por un cáncer de cuello de útero. En la época de las entrevistas, Camila se estaba realizando las extracciones de sus dientes, situación que obligó la reprogramación de las entrevistas. Sus enfermedades y problemas de salud han sido tan intensos y graves como los maltratos y padecimientos que ha afrontado a lo largo de su vida.

La trayectoria biográfica de Camila no puede comprenderse sin hablar de su barrio, Villa Fiorito, sin reparar en los diferentes entornos para el desarrollo y la salud que coexisten en el Gran Buenos Aires.

Villa Fiorito, ubicada en el noroeste del partido de Lomas de Zamora, es una localidad densamente poblada del Gran Buenos Aires. Con más de un siglo de historia, Villa Fiorito se conformó tras una sucesión de asentamientos que se organizaron con las migraciones, sucesivamente atraídas por la posibilidad de un empleo y una vida mejor.

La zona de Villa Fiorito en la cual creció Camila presenta distintos grados de urbanización: alterna un área de casas bajas y de material, generalmente de material, calles pavimentadas y veredas transitables junto a otras zonas con organización irregular, viviendas precaria y de chapa. El acceso a servicios básicos es heterogéneo: unas manzanas tienen cloacas y acceso al agua de red, mientras que la situación generalizada está signada por la falta de acceso a agua segura y los déficits en el sistema de desagües cloacales y pluviales. La calidad de servicios básicos y la calidad constructiva de las viviendas presentan diferencias entre su partido y el barrio en el cual Camila reside. Mientras que en el partido de Lomas de Zamora el 37% tiene calidad insuficiente (viviendas que no disponen de tenencia de agua ni desagües), en el barrio de Camila los déficits prácticamente se duplican y trepan al 62%.⁸ La calidad constructiva de las viviendas también traza diferencias: mientras en el partido de Lomas de Zamora el 62% refiere a viviendas que disponen de materiales resistentes, sólidos y con la aislación adecuada, este porcentaje se reduce a un 32% en el barrio de Camila⁸. Si midiéramos la diferencia entre los barrios más y menos privilegiados del partido obtendríamos brechas mayores; como es sabido, el promedio es sensible a los valores extremos.

No obstante, la mayor diferencia entre Villa Fiorito y otras localidades del Gran Buenos

⁸ Estos datos comparativos han sido elaborados por el Equipo del proyecto PICT a partir del uso de *Redatam* del Censo Nacional de Hogares, población y viviendas (INDEC) para procesar información a nivel radio censal.

Aires reside en la presencia de los factores contaminantes: en Villa Fiorito son múltiples y refieren a la problemática ambiental de la cuenca Matanza-Riachuelo. Desde hace varios años, organizaciones vecinales y sociales de Villa Fiorito, como el Foro Hídrico de Lomas de Zamora, denuncian la contaminación por metales pesados que afecta a la población del barrio, situación agravada por las deficiencias alimentarias que padecen las niñas y los niños de las familias con menores ingresos⁹. La zona también está afectada por la proliferación y quema de basura -al no haber recolección de basura diaria en los asentamientos-. Este cuadro de situación se ve potenciado por las inundaciones: el ascenso de las napas contaminadas representa un riesgo para la salud de estas poblaciones.

Otro rasgo singular de Villa Fiorito son las referencias a los delitos y las violencias que pueblan su vida cotidiana y reaparecen constantemente en las conversaciones en escuelas, comercios y centros comunitarios. La sensación de desprotección frente al crimen, la violencia policial, la convivencia de las fuerzas policiales con el delito, los robos en la calle o el hogar, emergen reiteradamente en los discursos de referentes comunitarios, técnicos y vecinos. Esos comentarios son tan frecuentes como las menciones al estigma de vivir en Villa Fiorito, una sombra que acompaña a sus residentes, especialmente cuando salen de su localidad. La carga negativa es tan grande que diversos referentes institucionales desaconsejan a los jóvenes *decir que vivís en Fiorito* cuando se busca empleo o transita fuera de su localidad.

Esa ribera contaminada, con humedales rellenos con basura, fueron el patio trasero de Camila y sus hermanos. En su infancia no hubo cuentos ni juegos, sino maltratos y obligaciones laborales. Camila tiene seis hermanos mayores por parte de su padre y otros cinco hermanos menores por parte de su madre y su padre. Las cotidianas agresiones de su padre hacia su madre y sus hijos fueron interrumpidas por la intervención de una trabajadora social del barrio. Con apenas tres años, Camila recuerda cuando junto a su madre y su hermanito recién nacido se fueron a vivir a un hogar institucional. Esa situación duró dos años y fue apenas un paréntesis, una protección temporal hasta al regreso a la casa paterna.

No sólo la violencia persistió, con el empeoramiento de la subsistencia familiar, Camila y su hermano tuvieron que salir a trabajar como cartoneros. El compromiso de los dos hermanos con el trabajo fue tallado por medio de las agresiones y amenazas de su padre. Desde los ocho

años Camila llevó adelante una triple jornada: asistía al centro educativo complementario por la mañana, estaba en la escuela desde el mediodía y por la tarde, cuando finalizaba la escuela, comenzaba su *trabajo con el cartón*. Se subía a un camión y realizaba con su carro el circuito asignado por la Ciudad de Buenos Aires. Regresaba a su casa a la una de la mañana. Las condiciones en el traslado eran paupérrimas, corría el año 2000, no se había organizado el movimiento cartonero ni el *Movimiento de Trabajadores Excluidos* (MTE), todavía no estaban los camiones de la cooperativa, la obra social del gremio, ni las guarderías para terminar con el trabajo infantil, solo había persecución policial e indiferencia social. Camila se reservó para ella situaciones vividas en esas noches, en la oficina del CEC a ella y a mí nos faltaba el aire, hizo una pausa y nos quedamos en silencio.

El paso de Camila por la escuela finaliza en séptimo grado, cuando decide que no quiere continuar. Al poco tiempo supo que había sido una mala decisión: el hipotético tiempo libre que añoraba nunca existió, por el contrario, se incrementaron sus obligaciones con el cartoneo y se le sumaron tareas con el cuidado de sus hermanitos. Camila pierde uno de los puntos de apoyo más significativos: la escuela y especialmente el CEC. En los recuerdos de sus maestras remarca la paciencia, la calidez y la atención por sus necesidades y las de sus hermanitos. En este pasaje a Camila se le hace polvo la única red institucional que la sostenía y se clausura una infancia que tuvo poco juego y recreo.

La adolescencia marcó una nueva etapa en la vida de Camila, un tiempo en el que empieza a idear la huida de su casa y tiene sus primeros romances. Mientras sus amigas se juntaban y hacían planes para salir el sábado a la noche, Camila retiraba bolsones, recolectaba y clasificaba el papel. Las palabras de sus amigas para que se fuera de su casa retumbaban en su cabeza, pero el miedo a la reprimenda era más fuerte y su repertorio de recursos prácticamente nulo. Ni los vínculos familiares ni el tejido comunitario le brindaban opciones alternativas a la casa paterna. A sus 17 años tuvo su primera pareja y no dudó: tomó lo que pudo de sus cosas, abandonó la casa paterna y dio un paso hacia el nuevo rumbo que deseaba para su vida, un paso decisivo y lleno de incertidumbre.

Con su pareja convivieron tres años, se acomodaron en una casita en el fondo del terreno donde vivía la familia de él, un muchacho del barrio, también cartonero. Camila alternaba el trabajo con el cartón con changas como limpieza. Los comienzos no fueron fáciles, en la primera separación, al mes de convivencia, Camila tuvo que volver a la casa de su padre y enfrentó una de sus escenas más duras. En su dormitorio no encontró sus pertenencias, habían sido repartidas entre sus hermanos mayores. Hacía rato no contaba con su

⁹ En 2004 se inició la demanda por daño ambiental colectivo ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, conocida como la causa Mendoza. En el trabajo de Merlinsky se puede apreciar un balance de la política de recomposición ambiental de la cuenca Matanza Riachuelo y se dimensionan los desafíos de la gobernabilidad metropolitana (2017).

familia y ahora también su vida en pareja entraba en crisis. En ese dormitorio que ya no era el de ella, piensa que el único modo de ponerle fin a tanto dolor es quitarse la vida. Aparece la imagen de uno de sus hermanitos y se pregunta qué será de él, quién lo cuidará. No se permite bajar los brazos, desanuda la sábana y sale del cuarto. Deja para siempre la casa de sus padres.

Si bien los puntos de apoyo institucionales con los cuales Camila contó fueron exiguos y en los momentos más duros brillaron por su ausencia las redes o soportes de tipo comunitario o estatal, es inexacto suponer la ausencia del Estado y la falta de organización comunitaria en su entorno. En el barrio de Camila existen servicios del Estado que cubren, con distintos niveles de déficit, las áreas de educación (jardines, primarias, secundarias, secundarias para adultos, terciarios) y salud (centros de APS). En zonas próximas a su casa paterna están disponibles servicios municipales descentralizados, en el cual funciona el servicio de protección a niños, entre otros recursos estatales existentes. Incluso, a diferencia de otros barrios del Gran Buenos Aires, Villa Fiorito ha logrado construir un denso entramado institucional a partir de la labor de organizaciones con larga trayectoria. No obstante la existencia de estos servicios y organizaciones, en la trayectoria de Camila los sostenes remiten centralmente a su vida en pareja y el entramado familiar.

Finalizada esa primera relación, conoce a su actual pareja y padre de sus dos hijos. El nacimiento de sus hijos termina de sellar un giro en la vida de Camila, se abre una nueva etapa en la cual comienza a saldar algunas de las cuentas pendientes con el pasado. Se dedica por completo al cuidado de sus hijos y disfruta con ellos todo lo que tuvo vedado en su niñez, siente que está recuperando algo de lo mucho que le fue arrebatado. La alegría por los nacimientos fue inmensa: a sus 19 años le habían informado que no iba a poder tener hijos por un problema en el cuello del útero, le informaron *que tenía una mancha en los ovarios* y le indicaron unas pastillas para aliviar sus dolores. Este problema no le impidió tener hijos pero reapareció tiempo después cuando decide realizarse una ligadura de trompas; su madre se había la había realizado luego del sexto embarazo, y ella había decidido no tener más de dos hijos.

Comienzan aquí sus desventuras con los servicios públicos de salud. Cuando acude al hospital, un centro de alta complejidad en la provincia de Buenos Aires, le informan que tiene un embarazo en curso que se debe interrumpir porque detectan *placas blancas en el cuello del útero*. En ese primer hospital le realizan el aborto pero no se avanza con tratamiento alguno ni le realizan la ligadura. Interrumpe las consultas en ese centro: no sólo porque le exigen una suma de dinero para la intervención quirúrgica sino también por las pésimas condiciones hospitalarias, las cuales

denuncia en un noticiero televisivo. Unos meses más tarde acude a un segundo hospital, también de alta complejidad, ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, con la intención de realizarse la ligadura. Le realizan los estudios y a los dos meses recibe un llamado de carácter urgente del hospital. Sabe que es algo grave, es la primera vez que la llaman. Le informan que tiene un cáncer de cuello de útero, le remarcan que no podía esperar mucho, el virus estaba avanzado. Tampoco se da curso inmediato a un tratamiento: corría fines de diciembre y la fecha que le proponían era fines de febrero. Decide no esperar y acude a su obra social, la mutual Sendero de los trabajadores de la economía popular. La primera semana de enero la operaron y dos meses más tarde le realizaron la ligadura. En el momento de la entrevista se realizaba controles cada seis meses.

En este tiempo de idas y vueltas con los servicios de salud, Camila construye nuevos vínculos con su suegra y suegro, compañías en su vida diaria. Orgullosa de ser madre de dos hijos, en el tiempo de las entrevistas se encontraba entregada a las tareas de la crianza y la vida familiar. Anhelaba poder retomar el secundario y terminarlo.

El pasado no era un asunto cerrado, golpeaba seguido su ánimo y nublabo muchos momentos, incluso los mejores. Ella lo reconocía y sus personas más cercanas se lo advertían, como si la siguiera un halo de tristeza.

Escenarios críticos para la adolescencia y juventud

En este marco, se torna evidente la pertinente crítica que han realizado los estudios sobre juventudes desde las ciencias sociales a los discursos sobre la adolescencia o juventud como si fuera un grupo social homogéneo, con vivencias similares o intereses compartidos. La condición juvenil como objeto de estudio refiere a un conjunto de procesos de orden biológico, psíquico y social, constituidos en singulares entramados de relaciones de clase, género, cultura y generación. No se asume que la pubertad y los cambios del organismo remitan a un patrón único de desarrollo psicosocial normal con sentidos prefijados. Por ejemplo, los modos de crianza, las transformaciones corporales, las maneras de acceder a la vida adulta remiten a experiencias con significados diversos para varones y mujeres, como así también para quienes se apartan del binarismo de género. Las desigualdades y diversidades de las sociedades contemporáneas tornan obsoleta la categoría "juventud", caracterizada por una transición lineal y predecible hacia el logro de la plenitud adulta (Brunet y Pizzi 2013).

Si bien no es suficiente para comprender la condición juvenil o planificar acciones sobre las adolescencias y juventudes, la edad es un dato importante. En el plano normativo se definen

alcances de las Convenciones y políticas en función de cortes etéreos. Mientras la Convención de los Derechos del Niño se refiere a las personas hasta los 18 años, la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes define al sujeto juvenil entre los 15 y los 24 años (Krauskopf, 2016).

La selección del relato de Camila y la reconstrucción de su trayectoria biográfica permite establecer similitudes y diferencias con otras experiencias de jóvenes residentes en barrios también precarizados, con trayectorias marcadas con situaciones de violencia en el ámbito familiar, interrupción de los estudios, migraciones, consumo problemático de drogas, problemas con la policía y obligaciones en lo laboral y doméstico.

Las técnicas de análisis utilizadas en este estudio no permiten precisar la frecuencia de casos como el de Javier o Camila, tampoco determina la probabilidad de giros o quiebres biográficos como los que acontece en experiencias como las de Javier. Sí podemos señalar que en la vida de jóvenes que tienen una trayectoria biográfica como Camila y Javier, los ciclos vitales se suceden a toda prisa en un escenario excluyente y violento. A partir del contrapunto entre Camila y otras trayectorias vuelvo a examinar tres proposiciones sobre los modos de anudamiento de acontecimientos, soportes e instituciones en este tipo de trayectoria (Capriati, 2017).

En primer lugar, la asunción de tareas laborales a edades tempranas está enlazada con trayectorias marcadas por precariedades materiales y de falta de asistencia y contención. A diferencia de otras niñas y adolescentes, sus obligaciones no fueron el trabajo doméstico o las tareas de cuidado, implicó un salir fuera de su casa para generar ingresos. Como en otros casos, el caso de Camila expresa un anudamiento de estas obligaciones con el maltrato familiar.

En segundo lugar, los puntos de apoyo con las cuales Camila ha contado han sido exigüos, su capacidad de amortiguar las consecuencias de las situaciones adversas han sido limitada. A diferencia de la trayectoria de Camila, en otros relatos de jóvenes que han pasado situaciones similares operan soportes institucionales, aparece la figura de un referente comunitario, un técnico o un profesional que habilita espacios de escucha, brindan acompañamiento, y de distintas maneras proveen herramientas de formación.

En tercer lugar, los modos de significar las adversidades plantean una tensión entre la privatización de las adversidades vividas, cuando las dificultades son explicadas por atributos personales, y la politización de la experiencia, cuando en tales eventos se vislumbra la conexión con otras circunstancias que exceden lo individual.

El relato de Javier, residente en una villa cercana al barrio de Camila, nos permite identificar similitudes en las adversidades vividas y contrapuntos a partir de los soportes y los modos de significar lo vivido. En la historia de Javier la vida

misma se convirtió en una tarea que debió asumir desde su infancia para poder subsistir: huérfano de padre y de su madre desde los 9 años, queda a cargo de su abuela en un clima de maltrato familiar. Poco tiempo después, empieza a vivir en la calle junto a su hermano menor y sobreviven como pueden: juntan cartones y empiezan a consumir alcohol y otras drogas. Padre desde los 15 años, será una situación límite a sus 17 años, cuando casi muere por una apuñalada en una pelea, lo que le permitirá revisar el rumbo que tomaba su vida. Con la certeza de que necesita un cambio, se acerca al director de la escuela de su barrio, quien lo había invitado en numerosas oportunidades. La vida de Javier es la historia de un muchacho que dio vuelta en su vida la página del descontrol y los excesos, una época que define como de falta de límites. Logra terminar el secundario, su compromiso con las necesidades de la escuela y su participación en acciones vecinales lo posiciona como referente de su barrio. Las cuentas del pasado retornan, su hermano menor se suicida. El caso de Javier es excepcional: no solo por lo dramático de los acontecimientos, sino por los soportes que han actuado en su trayectoria, los cuales habilitaron espacios que le permitieron reflexionar sobre sí mismo y le pusieron a disposición nuevas posibilidades de formación.

Si acentuamos las experiencias y procesos similares y compartidos por este grupo de jóvenes, podemos decir algo más que la fase juvenil se sucede a toda prisa. El tiempo de la infancia, breve y con maltratos, se interrumpe: se deja la escuela y se afronta la obligación de trabajar. Avanzan como pueden, quedan más expuestos a todo tipo de violencia, explotación y estigmatización. Si bien existen políticas y programas, muchas veces lo llegan, o lo hace muy tarde y parcialmente. La exigencia de convertirse en adulto a los 8, 10 o 12 años es un acontecimiento tajante en la trayectoria biográfica, lo que se describe sobre el desarrollo psicosocial normal y los sentidos fijos para cada etapa, queda desdibujado, como también suena distante el poder de las convenciones.

Así, adolescentes y jóvenes como Camila, residentes en territorios con múltiples privaciones sociales, carentes de la protección social que brinda el trabajo formal a las familias, se encuentran con asistencia precaria para resolver situaciones adversas y se ven obligados a hacerse a sí mismos con precario acompañamiento del mundo adulto y de las instituciones.

Conscientes de este veloz transcurrir del tiempo, este grupo de jóvenes saben que es mucho lo que han vivido. No obstante, el sentido en torno a los motivos, causas o razones que movilizan para explicar sus circunstancias es heterogéneo. En términos típicos, estos sentidos se pueden agrupar en función de la tensión mencionada entre privatización y politización. La noción de

politización de la experiencia no hace referencia a la actividad política tradicional, sino a la narración de los eventos que conforman el calendario privado de cada persona en un entramado de conflictos y opresiones sociales, ligados al contexto histórico más general.

Camila pertenece a un grupo de relatos en el cual los problemas vividos en el ámbito familiar, en la escuela o el barrio son narrados como asuntos de índole exclusivamente personal. Así, la violencia en el hogar es una cuestión privada de su entorno familiar, los fracasos en la escuela expresan su falta de actitud, la precariedad del empleo obedece a la exigüidad de sus competencias. En el otro grupo de relatos, ilustrado en el caso de Javier, cuando se explica lo vivido no aparecen solo referencias a su personalidad o su familia, cobra sentido el contexto en el cual las circunstancias transcurrieren, el desamparo de un escenario excluyente y violento.

En este punto del análisis es cuando hay que duplicar las alertas sobre el sustancialismo de los lugares y recuperar el foco en el escenario socio histórico más amplio en el cual las experiencias transcurren. Si bien la referencia empírica es una zona de Villa Fiorito, el entorno que se genera no es exclusivo ni único, tiene rasgos comunes con otros barrios en tanto expresiones del espacio social. Indudablemente, los procesos que vulneran el desarrollo y la salud en la adolescencia y juventud tienen como telón de fondo las transformaciones en la historia reciente de sociedad argentina y las dinámicas globales, regionales y locales del capitalismo contemporáneo.

En los últimos cuarenta años pocas cosas han permanecido constantes a nivel nacional, sin embargo hay una dimensión central en la vida social que se ha afianzado: el trabajo informal, privado de las protecciones sociales del empleo formal. Esta situación, que se tornó estructural desde mediados de los setenta del siglo XX, bajo el proyecto político económico de la última dictadura militar, se ha consolidado en las casi cuatro décadas de democracia en la Argentina (Merklen, 2017). Un tercio de las y los trabajadores y sus familias afrontan esa desigualdad que los priva de la condición social del salario, es decir, del derecho a la protección frente a la enfermedad y al accidente, de la protección del embarazo y del nacimiento, del derecho a la jubilación, de la prohibición del trabajo infantil.

Estos reordenamientos sociales, iniciados hacia mediados de 1970 y profundizados durante la década de 1990, remiten a cambios estructurales que pueden ser leídos como una *expropiación del*

bienestar (Epele, 2010), concepto que apunta al resquebrajamiento de las formas tradicionales de bienestar, a la emergencia de promesas vinculadas al mercado y a la producción de nuevos malestares y padecimientos. Estos procesos no están exentos de contramarchas y tensiones. En clave diacrónica, se observa en los últimos treinta años cómo las crisis en torno al empleo, el incremento de la desigualdad de ingresos y la heterogeneización de la pobreza de las familias coexiste con el reconocimiento de derechos. En clave sincrónica, se documenta la ambivalencia de las acciones desde el Estado, agencias y efectores públicos, en las cuales se alternan respuestas punitivas, políticas sectoriales y abordajes más integrales de restitución de derechos.

Específicamente, en el Gran Buenos Aires, ese territorio de 24 partidos en el cual viven más de 10 millones de personas, de las cuales 1 de cada 4 son adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años de edad (Indec, 2010). Las persistentes desigualdades sociales configuran una diversidad de escenarios con mayor y menor susceptibilidad a padecer perjuicios y diferente disponibilidad de recursos para su protección.

La problemática ambiental de la cuenca Riachuelo Matanza es un elemento decisivo del escenario: a lo largo de catorce municipios y buena parte de la Ciudad de Buenos Aires residen más de medio millón de habitantes en diferentes villas y asentamientos (Merlinsky, 2017). Esta población acarrea con *sus dolencias de salud las consecuencias de este modelo de desarrollo que los empuja a vivir en sitios de riesgo ambiental* (Merlinsky, 2017:33). Además de las desigualdades en la cobertura de agua potable y saneamiento, continuando con el planteo de Merlinsky, se pone de relieve también la distribución diferencial de los peligros ambientales en el espacio, producto del desarrollo urbano desigual de la metrópolis.

El barrio en el cual ha vivido Camila expresa un escenario crítico para el desarrollo y la salud de adolescentes y jóvenes, en el cual, además de convivir con inundaciones, napas contaminadas, servicios básicos deficientes, tienen que hacer frente al estigma que acompaña a sus residentes. En estos y en distintos barrios periféricos del país, con situaciones más o menos precarias, el escenario se ha agravado aún más: los colectivos por los derechos de la infancia y adolescencia denuncian el incremento del uso irracional de la fuerza por parte de las fuerzas de seguridad contra niños, adolescentes y jóvenes, y un desfinanciamiento del sistema de protección y promoción de derechos, entre otros retrocesos de orden institucional en los últimos años.

Consideraciones finales

Desde el enfoque de vulnerabilidad y derechos humanos, las desigualdades sociales y de género, la segregación socioespacial y la discriminación, como así también la falta de respuestas sociosanitarias adecuadas, forman parte constitutiva del proceso de salud enfermedad atención y cuidado. Al asumir esta premisa de trabajo, desplazamos el foco de las actitudes y comportamientos para echar luz sobre la producción social de la vulnerabilidad en salud en la adolescencia a partir de la superposición de las desigualdades sociales y la falta de intervención oportuna frente a las violencias y otras necesidades de protección.

En este marco, tanto para la investigación como para la intervención, es vital considerar la dimensión espacial territorial como así también adentrarse en las experiencias biográficas que modulan la condición juvenil. Para dar un paso más allá de la descripción general de los rasgos de la desigualdad, el análisis de la concreción de las relaciones de clase, género y generación en las escenas de la vida cotidiana es una *puerta de entrada más interesante al análisis de la vulnerabilidad* (Paiva 2018:155). Este acceso permite reconstruir cómo interactúan y están siendo vividas en cada lugar las desigualdades, jerarquías y diferencias de poder. La apuesta teórica en la problematización de la condición juvenil, retomando el planteo de Chaves (2005), es pensar la juventud como relación y al joven como posibilidad, incluir todas las facetas, experiencias y trayectorias, concebir la posibilidad no en el sentido de lo deseable, *sino en el sentido del poder hacer, del reconocimiento de las capacidades del sujeto* (2005:32). Por medio del enfoque biográfico se abre un camino para reconocer las capacidades de las personas y aprehender los giros de la existencia, en las cuales lo determinado, cerrado e imposible deja lugar a lo inesperado, aleatorio y posible (Leclerc-Olive, 2009; Capriati, 2017).

Ahora bien, si asumimos que en salud el código postal importa más que el código genético (Graham, 2016), las políticas de salud no pueden pensarse escindidas de los escenarios sociales, del mismo modo que los indicadores no pueden estar reducidos a análisis de riesgo ni la generación de soluciones involucra solo al sector salud o los servicios de salud. Si bien en los últimos cuarenta años se produjeron profundos cambios en el modo de concebir la salud, sus determinantes y las acciones de prevención, éstos no se traducen fácilmente en modificaciones en las políticas o

prácticas de salud (Capriati, Kornblit, Camarotti, Wald, 2018).

Desde la formalización del modelo de la Historia Natural de la Enfermedad y los Niveles de Prevención a mediados de los años cincuenta del siglo veinte, se han generado notables desarrollos teóricos que han revisado las formas de entender las prácticas de salud como, por ejemplo, el énfasis desde los años setenta en la atención primaria de la salud y la nueva promoción de la salud, o el enfoque de vulnerabilidad y derechos humanos desde los años noventa, entre otros (Ayres, Paiva, Casia, 2018). Las transformaciones en salud, no obstante, son procesos complejos, tal como lo reflejan las distintas iniciativas que se desarrollaron en países y ciudades del mundo y que en la actualidad continúan apostando, de modo más o menos institucionalizado, por renovar las prácticas de salud.

En este camino, planteo líneas de trabajo para avanzar en el desarrollo de un abordaje teórico, metodológico y tecnológico que permita una comprensión amplia del proceso salud enfermedad atención y cuidado en la adolescencia y juventud.

Por un lado, es prioritario dar un salto en el nivel de abstracción desde los marcos teóricos y metodológicos que utilizamos en las investigaciones para poder formalizar modelos sobre las formas en que los aspectos estructurales, institucionales e intersubjetivos influyen en el desarrollo y la salud de niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

En esta tarea se debe profundizar el diálogo crítico entre diversos aportes disciplinarios, en los cuales revisemos aspectos teóricos básicos como las concepciones sobre el sujeto y los modos de categorizar los condicionantes del entorno, como así también las definiciones programáticas sobre las competencias de los servicios e instituciones en las acciones en la prevención, promoción, asistencia y protección. Un diálogo que dé lugar a una construcción transversal de indicadores para describir el nivel de vulnerabilidad en salud en la adolescencia y juventud, atendiendo a la complejidad de las relaciones entre lo individual, lo institucional y lo estructural, apoyado en un marco de derechos humanos.

En los países de la región de América Latina la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes brindan un marco de referencia fundamental (Krauskopf, 2016), además de la Convención para la eliminación de todas las

formas de discriminación contra la mujer y otros marcos normativos. En Argentina, si bien ha sido positivo el avance en la creación de jurisprudencia (Tuñón, 2013), es significativo el desafío de acortar la brecha institucional para reducir la distancia entre la sanción formal y la implementación de estrategias efectivas bajo la nueva jurisprudencia.

Por otro lado, un nudo especialmente crítico es la sistematización de los modos en que las acciones de los servicios, programas e instituciones intervienen, por acción u omisión, en la vida de las personas, generando posibilidades de desarrollo, soportes frente a situaciones adversas o reforzando situaciones de desamparo. Si bien es incipiente la producción de conocimiento sobre los encadenamientos de las desigualdades sociales, de género y en salud, hemos sistematizado aún menos el conocimiento sobre los procesos que logran interrumpir la reproducción de las desigualdades y la vulneración de la salud.

Avanzar en esta dirección significa estrechar las redes entre la investigación, los servicios y organizaciones que trabajan con niñas, niños,

adolescentes y jóvenes. En el heterogéneo espectro de estas instituciones se manifiestan tensiones teóricas, políticas y prácticas en la implementación de las acciones o dispositivos institucionales. Los modos de concebir la salud y los derechos, el rol del Estado y las acciones de sus agencias, las maneras en que se organiza la comunidad, las metodologías de trabajo, son algunos de los aspectos a examinar colectivamente para echar luz sobre la caja negra del trabajo con niñas, niños, adolescentes y jóvenes y fortalecer las tecnologías de prevención y cuidado.

Los avances en estas líneas de trabajo nos permitirá producir conocimiento sobre los mecanismos que precarizan las condiciones de vida como así también sobre los procesos que contrarrestan los daños y los malestares y reducen las vulnerabilidades. La apuesta radica en estrechar la producción teórica, metodológica y tecnológica, en conectar lo máximo posible cómo definimos, medimos e intervenimos en salud, por medio del intercambio entre técnicos y profesionales, gestores de programas, organizaciones de niñez y juventud.

Referencias bibliográficas

- Arachu Castro y Farmer, P. (2003). "El Sida y la violencia estructural. La culpabilización de la víctima". *Cuadernos de Antropología Social*, 17, pp. 29-47.
- Araujo, K. y Martuccelli, D. (2010). "La individuación y el trabajo de los individuos". *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.36, p. 077-091.
- Ayres, J. Paiva, V., y Franca, I. (2018). "De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en prácticas en transformación en la salud pública contemporánea". En Paiva, V., Ayres, J.R., Capriati, A.J., Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (ed.) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Teseo.
- Ayres, J., Paiva, V. y Cassia, M. (2018). "Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud". En Paiva, V., Ayres, J.R., Capriati, A.J., Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (ed.) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Teseo.
- Becker, H. (1967). "Whose side are we on?". *Social Problems*, 14(3), pp. 239-247.
- Binstock y Cerruti (2016). "La población y la estructura social". En Kessler, G., *La sociedad argentina hoy*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (1990). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Brunet, I. y Pizzi, A. (2013). "La delimitación sociológica de la juventud". *Última Década*, 38, pp. 11-36.
- Capriati, A. (2017). "Tensiones y desafíos en el uso del método biográfico". *Cinta de Moebius. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, 60, pp. 316-327. Recuperado el 15/5/2018 de <https://revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/47862/50865>.
- Capriati, A., Wald, G., Schwarz, M., Herrero, B., Gentinetta, B., Salum, B., Weisbrot, V. (2017) "Escenarios sociales y trayectorias biográficas. Una propuesta metodológica para el análisis de vulnerabilidades en la adolescencia y juventud en barrios populares urbanos". *XII Jornadas de Sociología*, 22 al 25 de agosto de 2017. Recuperado el 1/4/2018 de http://jornadasdesociologia2017.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/ponencia/818_262.pdf.
- Capriati, A.; Kornblit, A.; Wald, G.; Camarotti, A. (2018). "El trabajo comunitario en salud con jóvenes: experiencias de prevención, promoción y protección". En Paiva, V.; Ayres, J.R.; Capriati, A.; Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (ed.) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Teseo.
- Castro, R. y Bronfman, M. (1999). "Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud, en Salud, cambio social y política". En Bronfman, M. y Castro, R. (ed.) *Perspectivas desde América Latina*. México: Edamex.
- Chaves, M. (2005). "Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea". *Última Década*, N° 23. Chile: CIDPA.
- Cutler, D., Lleras-Muney, A. y Vogl, T. (2012). "Socio-economic Status and Health: Dimensions and Mechanisms". En Sherry, G. y Smith, P. (ed.) *The Oxford Handbook of Health Economics*. New York: Oxford University Press.
- Di Leo, P. y Camarotti, A. C. (2013). "Quiero escribir mi historia". *Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.
- Govea Basch, J. (2015). *Dinámica demográfica de la niñez y la adolescencia en la Argentina*. Luján: EdUNLU.
- Graham, G. (2016). "Why Your ZIP Code Matters More Than Your Genetic Code: Promoting Healthy Outcomes from Mother to Child". *Breastfeed. Med.*, N°11, octubre, pp. 396-397.
- Indec (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Recuperado el 15/5/2018 de http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro_24.asp.
- Jablonka, I. (2015). *Historia de los abuelos que no tuve*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kornblit, A. (2010). La promoción de la salud entre los jóvenes, en *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*, vol. 56, núm. 3, Argentina: Fundación ACTA.
- Kornblit, A.L., y Capriati, A. (2014). "Giros de la existencia y tiempo biográfico en los relatos de vida". *International Congress of Qualitative Inquiry (ICQI) y I Post Congreso (ICQI)*. University of Illinois at Urbain Champaign, CIECS-CONCIET/UNC, Universidad Siglo 21.
- Krauskopf, D. (2016). "La salud de la adolescencia y juventud en el marco de las Políticas Públicas: fundamentos, avances y desafíos". En Pasqualini, D. y Llorens, A. (comp.) *Manual de Adolescencia y Salud. Un abordaje integral*. Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Leclerc-Olive, M. (2009). "Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos". *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, N° 8, IV, 1-39.

- Leventhal, T. y Brooks-Gunn, J. (2000). "The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes". *Psychol Bull*, 126, pp. 309-337.
- Manzelli, H. (2014). "Educational attainment and adult mortality differentials in Argentina". *Revista Latinoamericana de Población*, N° 14, pp. 129-163. Recuperado el 15/5/2018 de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/416525>.
- Martínez, L. y Santoro, A. (2016). "Desigualdades en la mortalidad adolescente por causas externas. Argentina, 2010-2014". *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, agosto 2016. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Martuccelli, D. (2007). *Gramáticas del individuo*. Argentina: Losada.
- Merklen, D. (2017). "Simpatía por la desigualdad". *Anfibia*. Recuperado el 15/5/2018 <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/simpatia-la-desigualdad/>.
- Merlinsky, G. (2017) "El conflicto del Riachuelo. Cuencas metropolitanas y justicia ambiental". En Charriérem, M. (dir.) *Costas y cuencas de la Región Metropolitana de Buenos Aires: estudios, planes y proyectos*. Buenos Aires: Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo.
- Mills, W. (2003). *La imaginación sociológica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- OMS (2002) "Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos". *Serie de publicaciones sobre salud y derechos*, N°1.
- Paiva, V. (2018). "Escenas de la vida cotidiana. Metodologías para comprender y disminuir la vulnerabilidad en la perspectiva de derechos humanos". En Paiva, V., Ayres, J.R., Capriati, A.J., Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (ed.) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Teseo.
- Parker, R. y Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action, en *Social Science and Medicine*, vol. 57, USA: Elsevier.
- Pecheny, M., Capriati, A. y Amuchástegui, A. (2018). "Introducción". En Paiva, V., Ayres, J.R., Capriati, A.J., Pecheny, M. y Amuchastegui, A. (ed.) *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Teseo.
- Pecheny, M. (2013). "Desigualdades Estructurales, Salud de Jóvenes LGBT y Lagunas de Conocimiento: ¿Qué Sabemos y qué Preguntamos?" *Temas em Psicologia*, Vol. 21, N° 2, pp.961-972.
- Sampson, R. (2003). "The Neighborhood Context of Well-Being". *Perspectives in Biology and Medicine*, Vol. 46, N° 3, pp. 53-64.
- Sautu, R. (2010). *Carta sobre hipótesis*. Recuperado el 15/5/2018 de http://campuscitep.rec.uba.ar/pluginfile.php?file=%2F138230%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FSautu_2010.pdf.
- Sellström, E. y Bremberg, S. (2006). "The significance of neighborhood context to child and adolescent health and well-being: A systematic review of multilevel studies". *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(5), pp. 544-554.
- Spinelli, H., Alazraqui, M., Osvaldo, S. y Capriati, A. (2015). "Vulnerabilidad y derechos sociales: datos y notas sobre mortalidad por violencias en adolescentes y jóvenes en Argentina (1990-2010)". Alvarado, A., Conch-Eastman, A., Spinelli, H., Tourinho Peres, M.F. (comp.) *Vidas truncadas: el exceso de homicidios en la juventud de América Latina, 1990-2010, los casos de Argentina, Brasil, Colombia y México*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos.
- Steinberg, C. (2015). Desigualdades sociales, políticas territoriales y emergencia educativa, en Tedesco, J.C. (comp.) *La Educación Argentina hoy. La urgencia del largo plazo*. Buenos Aires: Siglo XXI y Funcación Osde. pp. 191-234.
- Tuñón, I. (2013). "Inclusión educativa y estructura de oportunidades para la recreación. Niñez y adolescencia en la Argentina urbana". *Observatorio de la Deuda Social Argentina*, Vol. 1. Recuperado el 20/8/2013 de http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo81/files/Boletin_UCAREcreacion.pdf.
- Tuñón, I. y Poy, S. (2017). "Infancias en situación de pobreza multidimensional. Análisis comparado de diferentes metodologías de cálculo de la pobreza para el caso de las infancias en la Argentina en el período del Bicentenario (2010-2016)". *Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie del Bicentenario (2010-2016)*, Boletín N° 2.
- UNICEF (2016). *Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 15/5/2018 de [http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf).
- - - - (2017). *El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina*. 2017. Recuperado el 15/5/2018 de https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-03/salud_adolescente_FINAL_0.pdf
- Yamin, A. y Frisancho, A. (2015). "Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina". *MEDICC Review*. Vol. 17, S5-S7. Recuperado el 15/5/2018 de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20desde%20los%20Derechos.The%20Lancetpdf_0.pdf.
- Wald, G., Capriati, A., Pecheny, M., Schwarz, M., Gentinetta, B., Salum, B., Weisbrot, V., Ini, N., y Rodríguez Ardaya, S. (2017). "Posiciones, oportunidad y recursos: primeros pasos del estudio de vulnerabilidades en adolescentes y jóvenes de sectores populares urbanos". *Actas I Jornadas de Sociología de la UNMDP*, pp. 366-400.

Agradecimientos

Este artículo retoma aportes del proyecto EUBACyT 20020120300001 (2013-2015) y del proyecto PICT 2346 (período de ejecución 2016-2018). En ambos proyectos he recibido valiosos aportes de colegas del área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani y del equipo de jóvenes estudiantes de sociología que han participado de ambos proyectos. De diferentes maneras, Ana Lía Kornblit, Gabriela Wald, Pablo Di Leo, Ana Clara Camarotti y Mario Pecheny, han contribuido con mis avances de investigación en los últimos cinco años. Las referencias bibliográficas a sus trabajos y las producciones conjuntas son indicadores del fecundo intercambio con cada una de ellas y ellos.

El proyecto PICT demandó un exigente trabajo, posible gracias al trabajo conjunto con Gabriela Wald, Matilde Schwarz, becaria del proyecto por la Agencia Nacional de Promoción

Científica y Tecnológica (MINCyT), y un grupo amplio de colaboradoras y colaboradores: Bianca Gentinetta, Cintia Hasicic, Bárbara Salum, Victoria Weisbrot, Sofía Rodríguez Ardaya, Natalí Ini, Santiago Parrilla, Francisco González, Martín Di Marco y Mariela Weisbrot. El compromiso con la investigación hicieron posible la realización de las entrevistas y relatos, el relevamiento comunitario y procesamiento de datos censales.

Nada hubiera sido posible sin el apoyo de la Fundación Che Pibe y del Centro Educativo Complementario N° 805, Villa Fiorito, Lomas de Zamora, quienes facilitaron el acceso al barrio y nos establecieron los contactos para las entrevistas.

Por último, un agradecimiento especial a cada una de las y los jóvenes que aceptó el desafío de participar de esta investigación y depositó en nosotros su confianza al contarnos las alegrías y dolores de sus vidas.

La genética en el discurso biomédico contemporáneo sobre determinación sexual

Nuevas tecnologías ¿Viejos relatos?

Genetics in contemporary biomedical discourse about sexual determination

New technologies, old speeches?

Luciana Hadid | ORCID: orcid.org/0000-0002-7446-871X

luhadid@gmail.com

Universidad de Buenos Aires

Argentina

Recibido: 29/06/2018

Aceptado: 23/07/2018

Resumen

El discurso biomédico contemporáneo sostiene que el elemento originalmente determinante del sexo humano es el camino de desarrollo tomado por las gónadas al comienzo de la vida. Siguiendo un enfoque binario, dejan de ser órganos sexualmente indiferenciados para transformarse en ovarios o en testículos. Se sostiene actualmente que esa diferenciación define el resto del desarrollo genital.

Este trabajo se propone indagar acerca del papel de la tecnología genética y genómica en el discurso biomédico sobre determinación sexual entre 1990 y 2015, como parte de los cambios más destacados de la biomedicina contemporánea de acuerdo con Nikolas Rose: molecularización, conocimiento somático especializado y subjetivación. El abordaje general utiliza las categorías de colectivo de pensamiento y estilo de pensamiento de Ludwik Fleck. Se utiliza una metodología cualitativa, con fuentes primarias y secundarias (entrevistas, manuales de estudio y artículos científicos).

En los últimos años el discurso redefinió la constitución de los cuerpos sexuados a nivel molecular. Describir hoy la verdad biomédica sobre la determinación sexual requiere un conocimiento más especializado y el uso creciente de tecnologías. Si bien algunos cambios de enfoque comienzan a permear, el proceso es todavía

Abstract

The contemporary biomedical discourse holds that the element that originally determines human sex is the path of development taken by the gonads at the beginning of life. Following a binary approach, they stop being sexually undifferentiated organs to transform into ovaries or testicles. It is currently held that this differentiation defines the rest of the genital development.

This work aims to inquire into the role of genetic and genomic technology in the biomedical discourse on sexual determination between 1990 and 2015, as part of the most outstanding changes of contemporary biomedicine according to Nikolas Rose: molecularization, specialized somatic knowledge and subjectivation. The general approach uses the *collective thought* and *thought style* categories of Ludwik Fleck. A qualitative methodology is used, with primary and secondary sources (interviews, study manuals and scientific articles).

In recent years the discourse redefined the constitution of sexed bodies at the molecular level. To describe today the biomedical truth about sexual determination requires more specialized knowledge and the increasing use of technologies. Although some changes of focus begin to permeate, the process is still enunciated as normal, universal and natural. These

enunciado como normal, universal y natural. Estas tecnologías aparecen reafirmando su entidad eminentemente biológica.

Palabras clave: Determinación sexual, Genética, Biomedicina.

technologies appear reaffirming their eminently biological entity.

Keywords: Sexual determination, Genetics, Biomedicine.

Introducción

El concepto de determinación sexual es una noción biomédica contemporánea que hace referencia al camino de desarrollo que siguen las gónadas embrionarias (Copelli *et al.*, 1995; Vilain, 2002; Gilbert, 2010 y Piprek, 2016). El discurso biomédico hegemónico sostiene que en los embriones humanos hay un período temprano en que el sexo permanece indiferenciado. Durante esas primeras semanas del desarrollo se van conformando algunas estructuras que luego serán órganos genitales pertenecientes a un sexo particular. Entre estas estructuras genitales iniciales se destacan unas formaciones pares que se desarrollan en el cuerpo del embrión: las gónadas indiferenciadas.

En la quinta semana luego de la fecundación las gónadas -hasta el momento indiferenciadas- toman un camino de desarrollo particular: desde una perspectiva binaria, se transforman en ovarios o testículos. Se sostiene actualmente que el camino seguido por las gónadas define el resto de la diferenciación genital del embrión (Copelli *et al.*, 1995; Vilain, 2002 y Gilbert, 2010). Si las gónadas se desarrollaron como testículos, aparecerán luego en el embrión epidídimo, conductos deferentes y eyaculadores, vesículas seminales, próstata, escroto y pene. Si las gónadas se desarrollaron como ovarios, habrá trompas de Falopio, útero, vagina y vulva. De este modo, el proceso que genera la distinción entre los sexos humanos durante el desarrollo embrionario es descripto en dos pasos (Gilbert 2010): primero se definen las gónadas y luego, a partir de esa determinación sexual, se diferencia el resto de los órganos genitales. De acuerdo con el discurso biomédico contemporáneo describir cómo se produce la determinación sexual es, por lo tanto, encontrar el elemento originalmente determinante del sexo humano.

La génesis de la diferencia sexual ha resultado interpelante para el pensamiento occidental desde hace siglos. Por ejemplo, el pensamiento hegemónico sobre la determinación del sexo en la Grecia clásica consistía en concebir el proceso de determinación como un único camino cuyo

resultado ideal es la generación de un macho¹. Si algo interrumpe o modifica este camino, se produce una hembra. La concepción binaria del sexo erigida en un ordenamiento jerárquico con supremacía de los machos continuó a través de los siglos, y fue consolidándose en una mirada heteronormativa². Unos 13 siglos después de que los filósofos griegos clásicos desarrollaran sus teorías, la medicina del siglo XX enuncia su *teoría del default*. Esta propuesta sostiene que durante el desarrollo las hembras aparecen por defecto (*default*), y sólo ante la presencia de determinados atributos positivos ese camino se modifica para producir un macho. Es evidente que persisten en la *teoría del default* elementos comunes al pensamiento antiguo.

Los notables avances teóricos y tecnológicos que consolidaron al siglo XX como el siglo del gen, en materia de determinación sexual, parecieron tener su punto más alto con la aparente confirmación de la *teoría del default* en 1990. En ese año un grupo de investigadores presentó la identificación de un gen humano en el cromosoma Y (el gen **SRY**) (Sinclair *et al.*, 1990). Este gen, únicamente presente en los machos, se postuló como el atributo positivo necesario -tanto tiempo buscado- para modificar el camino automático generador de hembras. Si el producto de la concepción posee **SRY** en su genoma, produce

¹ Se decidió utilizar las opciones *macho*, *hembra* e *intersex* para la categoría sexo -abonando a la hipótesis del *continuum* de Fausto-Sterling (2006)-, y tomar entre las múltiples posibilidades para la categoría género las opciones varón y mujer/femenino y masculino, en consonancia con las referencias necesarias para esta investigación. Separar de este modo las categorías sexo y género es una decisión operativa para facilitar el análisis distinguiendo aquellas observaciones referidas a la estructura material de los cuerpos.

² El término heteronormatividad refiere a la institucionalización de la heterosexualidad como categoría universal, coherente, natural y estable, que funciona como patrón de prácticas y sentidos sexuales, relaciones afectivas y modos de ser y estar en el mundo. Esta noción permite dar cuenta de la construcción de normas, hábitos e instituciones que privilegian la heterosexualidad (Pecheny, Figari y Jones, 2008).

testículos en su determinación sexual primaria y a partir de ahí genera el resto de los genitales propios de los machos (Sinclair *et al.*, 1990; Moore y Grumbach, 1992; Lukusa, Fryns y van der Berghe, 1992; Hawkins, 1992; Voutilainen, 1992).

Con la finalización del **Proyecto Genoma Humano** y la secuenciación completa del ADN, el determinismo biológico enmarcado en los supuestos de la genética clásica quedó en jaque. A pesar de conocer la secuencia de ADN humano no se cuenta con la información necesaria para comprender y manipular el genoma, como se había supuesto. Más bien al contrario. Se empieza a tener conciencia de que mucho más es necesario. La secuenciación mostró que sólo alrededor del 5% del genoma humano corresponde a genes, evidenciando que se desconoce la función de gran parte del 95% del ADN restante. En relación al 5% que sí corresponde a genes, también hubo una mala noticia para los defensores del determinismo genético: se vio que un determinado gen puede codificar diversos ARN y distintas proteínas, por lo tanto el dogma de la genética clásica *un gen=una proteína*, cayó (Fox Keller, 2002; Massarini, 2007; Rose, 2012). Conocer la secuencia de un gen no alcanza para saber cómo opera y cómo funcionarán sus eventuales productos: la multiplicidad de eventos que ocurren más allá de la secuencia de nucleótidos en el ADN es crucial. La epigenética, las interacciones múltiples, las secuencias de desarrollo y las cascadas de regulación conforman un sistema complejo que define la genómica contemporánea, y la posgenómica (Rose, 2012).

El conocimiento somático se va haciendo cada vez más especializado y molecularizado, y van modificándose parte de las configuraciones de los discursos de verdad de las ciencias de la vida (Rabinow y Rose, 2006; Rose, 2012).

Entre las características que Rose (2012) enuncia como las más salientes de la biopolítica contemporánea hay 3 que resultan especialmente pertinentes para el caso de la determinación sexual: la molecularización, el conocimiento somático especializado y la subjetivación (este último íntimamente ligado con las nuevas configuraciones de ciudadanía biológica). En esa línea, este trabajo se propone indagar en torno al papel de la genética y la genómica en el estilo de pensamiento biomédico sobre determinación sexual entre 1990 y 2015³.

El presente artículo se estructura en 3 secciones. En la primera se presenta la metodología utilizada. La segunda hace referencia a los resultados obtenidos de acuerdo a las dimensiones de análisis y se organiza en 2 partes: la primera observa las vinculaciones con el enfoque tradicional del estilo de pensamiento, y la segunda profundiza en las referencias a la genética, la genómica y a otros determinantes moleculares. En la tercera sección, anterior a las reflexiones finales, se discuten las categorías teóricas seleccionadas en función de los resultados obtenidos.

³ Este trabajo es parte de una investigación mayor, en el marco de la investigación efectuada para la tesis de maestría y en proceso de profundización en la investigación doctoral en curso.

Abordaje y métodos

La determinación sexual aparece en el discurso biomédico contemporáneo, al menos a priori, como un proceso normal, universal, natural y eminentemente biológico. La comunidad biomédica suele analizar sus hechos científicos desde una perspectiva ahistórica, tomando como eje el descubrimiento de una verdad natural por parte de un observador objetivo. En esta investigación se adscribe a la perspectiva constructivista y por lo tanto se asume que el discurso biomédico – como cualquier otro – no relata objetivamente un hecho dado sino que es un desarrollo en el que determinados actores sociales crean los patrones de la vida social a través de sus concepciones y sus acciones (David y Sutton, 2004). De este modo,

constituye parte de la realidad de esos actores y por lo tanto resulta central en la definición de sus prácticas –siendo el propio discurso biomédico una de ellas-. En esta línea, no resulta suficiente que la reflexión en torno al discurso biomédico se haga sobre las técnicas y proposiciones de la biomedicina sino que debe incluir el análisis de los patrones de racionalidad y aplicación que se encarnan en esas técnicas y proposiciones, así como en otras formaciones discursivas que componen el tejido social. El encuadre general de este trabajo toma la propuesta teórica de Ludwik Fleck (1986). Este enfoque, a partir de los conceptos de *colectivo de pensamiento* y *estilo de pensamiento* -categorías analíticas centrales

en este trabajo-, permite indagar en el modo en que la comunidad biomédica contemporánea se organiza en torno a la determinación sexual y la construye a través de su discurso.

Esta es una investigación cualitativa, a partir de fuentes primarias y secundarias. La recolección de datos se efectuó por medio de una articulación que incluyó fuentes primarias a través de entrevistas semi-estructuradas a especialistas seleccionados y fuentes secundarias a partir de la revisión de tres tipos de documentos. Estas fuentes secundarias estuvieron constituidas por un conjunto de textos elegidos para sistematizar el discurso hegemónico sobre determinación sexual prenatal antes de 1990 como antecedente para comprender el período de estudio de esta investigación, una selección de artículos publicados en revistas biomédicas sobre la temática entre 1990 y 2015, y los 3 manuales más utilizados para su abordaje en las escuelas públicas de medicina de la Argentina. Se realizó una sistematización a partir de los datos relevados.

Las principales dimensiones de análisis utilizadas para este trabajo fueron:

1. *Vinculación de la tesis principal que se presenta con el enfoque tradicional que sostenía el estilo de pensamiento hasta 1990:*

- ◇ Relación con la teoría del default. Se apoya, se discute o no se menciona.

- ◇ Consideración sobre los destinos de la determinación: binaria o múltiple, fija o dinámica.
- ◇ El desarrollo teórico principal se refiere a la determinación ovárica, testicular, o a ambas (o, si sigue visión no binaria, dedica o no similar espacio a ambos polos).

2. *Genética, genómica y otros determinantes moleculares:*

- ◇ Importancia de estos elementos en el relato valorando especialmente molecularización y conocimiento somático especializado.
- ◇ Concepción genética clásica, visión orientada a la nueva genómica, otras descripciones moleculares (epigenética, ARN pequeños, etc.).
- ◇ Ordenamiento general de los elementos moleculares en el proceso de determinación: jerárquico, redes, otros sistemas.
- ◇ Tensiones en el discurso, especialmente entre el modo de explicar la determinación y la concepción sobre genética/genómica del desarrollo que aparece.
- ◇ Referencias a la subjetivación a partir de determinantes moleculares.

3. *Fecha de publicación o referencia temporal en la entrevista.*

A continuación se presentan los resultados obtenidos, asociados las dimensiones de análisis.

Vinculaciones con el enfoque tradicional del estilo de pensamiento

La teoría del default

En la primera década del período analizado la mayor parte de los artículos apoya la teoría del default en la determinación sexual. El gen SRY apareció como la llave confirmatoria de esa teoría, y en esa clave fue designado (**SRY** es sigla de **Sex Determining Region**).

También en 1990, Lancet publicó un artículo *-The secret of sex-* donde se señalan algunas limitaciones del **SRY** como factor explicativo absoluto (Ferguson-Smith, North, Affara, y Briggs, 1990). Luego se suman otros autores a las críticas, aunque son minoría. Sin embargo, en muchos de los artículos donde se sostiene la teoría del default se plantean las limitaciones del **SRY** como factor explicativo absoluto sin explicitar esta inconsistencia como una contradicción. Por ejemplo, se relatan casos clínicos en que el gen **SRY** está presente y sin embargo hay desarrollo ovárico y, por el contrario, en ausencia de SRY aparece tejido testicular. En algunos de esos artículos, además de hacer esos relatos

clínicos, se sigue enunciando al **SRY** como el gen determinante testicular con escasa o nula problematización de la contradicción (Fechner, 1996; entre otros). En 1994 se publicó un artículo donde se plantea la posibilidad de que exista un sistema genético de determinación ovárica (Bardoni *et al.*, 1994).

Hacia finales de la primera década analizada, si bien en numerosos artículos persiste la enunciación del desarrollo ovárico *por default*, comenzó a aparecer un cambio de denominación de la teoría hegemónica de determinación a *switch*. Bajo este nombre se sostiene la idea de que si el producto de la gestación no tiene gen **SRY**, las gónadas indiferenciadas se desarrollarán como ovarios. Si el gen **SRY** está presente, se gatilla el desarrollo testicular (Matsuo, 1996; Capel, 1998). El llamado *switch* es un evento que se postula a cargo del gen **SRY**, que funcionaría como un interruptor. Como se evidencia, la idea de desarrollo ovárico *por default* permanece subyacente. El **SRY** es presentado como *necesario y suficiente* para el desarrollo testicular (Capel,

1998), características que se le siguen atribuyendo en muchos artículos durante la década siguiente. Hacia finales de la década del 90 se multiplican los artículos que proponen alguna explicación al desarrollo ovárico. Muchos postulan genes candidatos a ser inhibidos por el **SRY** en los machos, explicando la determinación sexual en clave de *switch* entre dos modelos gonadales posibles. Esta visión se irá profundizando en la década siguiente.

A comienzos de siglo, 10 años después de la descripción del **SRY**, el estilo de pensamiento siguió manteniendo a ese gen como eje explicativo. Con la descripción de algunos otros genes y sus productos, en varios casos con resultados contrapuestos entre diversos grupos o incluso en el mismo artículo, se fue delineando como hegemónico el postulado de dos mecanismos diferentes centrados en la activación o inhibición de determinados genes: uno para la determinación del ovario y otro para la del testículo. La presencia o ausencia del gen **SRY** se mantiene como organizador, aunque aparece otro gen -el **SOX9**- que se postula como el verdadero efector de la determinación testicular (es activado por la proteína SRY, producto del gen homónimo). El gen **SOX9** cobró mucha relevancia en el discurso -manteniendo la misma idea general sobre la determinación sexual-. Durante la primera mitad de esta década aparecieron más aportes críticos o que postulaban otros modelos, pero no fueron retomados por el estilo de pensamiento hegemónico en la mayoría de las grandes revisiones ni en los relatos sobre este período que surgen de las entrevistas.

En 2006 ocurrió algo diferente: la mayor parte de los artículos publicados sobre determinación sexual aportaban información sobre la determinación ovárica. Algunos fundamentaban por qué debe desestimarse el desarrollo ovárico por *default*, y otros presentaban moléculas específicas necesarias para el desarrollo de los ovarios (Parma *et al.*, 2006; Capel, 2006; entre otros). Esas moléculas, en particular la Rspo-1 y la vía de las cateninas, fueron conformando una cascada de determinación ovárica cuya descripción se afianzó en los años siguientes.

Se fue consolidando una visión hegemónica de la determinación en el estilo de pensamiento que ve dos cascadas moleculares posibles: una convierte a las gónadas en testículos, y otra en ovarios. La relación entre ambas admite ciertas variantes según los distintos los autores pero de acuerdo con la mayor parte de las visiones relevadas en los artículos, atendiendo a la síntesis que hacen los expertos entrevistados, y considerando que los manuales recogen el discurso de la ciencia de revista y lo rearmen en la ciencia de manual consolidando una versión que será la más difundida en el colectivo de pensamiento (Fleck, 1986), se observa que la mirada hegemónica del estilo de pensamiento en

los últimos 10 años continúa vinculándose a la teoría del default. La cascada de determinación ovárica se activaría en cierto modo automático (o por default) salvo que esté presente el atributo génico particular característico de los machos. Este se fue desplazando del gen SRY a su molécula diana en la cascada de determinación, el **SOX9**, pero uno u otro -o ambos- siguen apareciendo como características positivas fundamentales para que se active la determinación a testículo o, en su ausencia, quede la determinación a ovario que, si bien ahora sí tiene descritas sus moléculas específicas, sigue estructurándose como producida por defecto -en forma explícita o implícita- en el discurso dominante.

Consideración sobre los destinos de la determinación: binaria o múltiple, fija o dinámica

La mayor parte de los artículos consideraban la determinación sexual normal como un proceso del desarrollo binario y fijo. Sin embargo, se encontraron publicaciones que proponían la determinación como un espectro en la que ovarios y testículos -también hembras y machos- son sólo polos en un continuum. En este sentido destacamos que en 2015 la importante revista *Nature* publicó un artículo que introduce la idea de sexo como espectro (Ainsworth, 2015). Si bien no propone una idea inédita -tal como señala Fausto-Sterling (2015) posteriormente en una carta publicada en la misma revista- es remarcable esta introducción formal en el estilo de pensamiento. Por otra parte, otros autores sostenían, en particular en los últimos años del período analizado, que la determinación debe sostenerse a lo largo del tiempo, incluso luego de la pubertad. Es decir, no tendría un destino fijo sino que podría ser dinámica y moverse dentro de un espectro de múltiples posibilidades incluso a lo largo del ciclo vital (Jakob y Lovell-Badge, 2011; Arnold, 2012; Herpin y Schartl, 2015; Lindeman, 2015). Esta mirada no se observó en los manuales analizados y tuvo muy escasa representación en las entrevistas.

Polo de la determinación al que se destina el desarrollo teórico principal (determinación ovárica, testicular, o a ambas)

En el conjunto de las fuentes analizadas se destinó mucho mayor espacio al desarrollo teórico de la determinación testicular. Si bien en los artículos se evidencia mayor espacio para la determinación ovárica en los últimos años (especialmente a partir de 2006) sigue siendo dominante la presencia del desarrollo testicular, tanto en extensión y jerarquización dentro de cada material como en número de artículos publicados sobre el tema.

Genética, genómica y otros determinantes moleculares

Relevancia de estos elementos en el relato en clave de molecularización y conocimiento somático especializado

En pleno siglo del gen, la descripción del SRY en 1990 irrumpió como la solución al enigma de la determinación sexual con un enfoque determinista, inscribiendo la teoría del default en el modelo de la genética clásica. En la primera década luego de la presentación de este gen se intentó describir su mecanismo de acción y el discurso se focalizó en cuestiones moleculares.

A partir de 2000 se multiplicaron los artículos que apuntaban a las tecnologías de laboratorio (fundamentalmente relacionadas a genética y genómica) como fuentes, combinadas o no con datos clínicos -sobre todo relacionados con los llamados desórdenes del desarrollo sexual⁴- y/o con enfoque de embriología comparada entre diversas especies. Continuó la hegemonía de los genes en el discurso, pero fueron apareciendo elementos adicionales como la importancia de las dosis de productos del gen (y no sólo su presencia o ausencia, activación o inhibición) en el momento adecuado (*timing*) (Polanco y Koopman, 2006; Gross, 2006), la importancia del procesamiento postranscripcional y la ubicación celular de las moléculas (Li et al., 2001), y los mecanismos epigenéticos (Bouayed Abdelmoula, 2003). En la última década, si bien los genes involucrados en el discurso sobre determinación sexual se multiplicaron, la molecularización de la explicación se intensificó y se añadieron otros sistemas de regulación al de los genes, que continuó siendo hegemónico. Por ejemplo, aparecieron como posiblemente relevantes en la determinación sexual sistemas de regulación molecular muy recientemente descriptos como el de los ARNpi⁵ (Huang, Bai, y Ren, 2014).

Algunos de los especialistas entrevistados y numerosos autores en los artículos examinados

⁴ Los desórdenes del desarrollo sexual (**DSD**, del inglés *Disorders of Sexual Development*) son un grupo de heterogéneo de condiciones que la biomedicina engloba como anomalías derivadas de alteraciones en este proceso del desarrollo (Guercio et al., 2010). Dentro de este grupo se incluiría a las personas intersex.

⁵ Los **ARNpi** (*piwi-interacting ARN*) son un grupo de moléculas de reciente descripción. Corresponden a pequeñas moléculas de ARN que no codifican proteínas y se postulan como cruciales en el desarrollo temprano, la regulación epigenética, la gametogénesis, la regulación del ciclo celular, y el silenciamiento de elementos transposables y algunos genes que sí codifican proteínas.

-especialmente entre 2010 y 2015- hicieron referencia a los avances recientes en términos de tecnologías genéticas y genómicas, y al modo en que posibilitaron la apertura a descripciones más precisas de procesos y moléculas involucradas en materia de determinación sexual (Eggers y Sinclair, 2012; Wilhelm, Yang y Thomas, 2013; Bashamboo y McElreavey, 2015; entre otros). Muchos señalaron, asimismo, que estas tecnologías aún no han sido suficientemente explotadas y representan herramientas que posibilitarán nuevos horizontes -moleculares- en la caracterización de la determinación sexual.

Ordenamiento general de los elementos moleculares en la descripción del proceso de determinación

El modelo hegemónico en la primera década tenía un ordenamiento jerárquico estructurado en la presencia o ausencia del gen **SRY** (y luego también el **SOX9**, diana molecular del anterior). Con las descripciones de la determinación molecular ovárica, inicialmente se plantearon dos cascadas posibles, cada una ordenada jerárquicamente, donde la presencia o ausencia de **SRY/SOX9** actuaba como interruptor entre ambas: se enciende una u otra (*switch*).

En la segunda mitad del período estudiado fueron apareciendo más descripciones de interacciones dinámicas a diversos niveles entre ambas cascadas, posibilitando incluso -como se describió más arriba- que la determinación no sea binaria ni fija. En este sentido, se planteó que la represión de la cascada contraria es central, y debe sostenerse en el desarrollo postnatal (Jakob y Lovell-Badge, 2011).

En los últimos años se están proponiendo otros enfoques. La mayor parte de estas nuevas miradas considera que los diversos determinantes moleculares no se ordenan en cascadas con un orden jerárquico inamovible sino que configuran redes (Herpin y Schartl, 2015). Algunas de esas redes fueron recogidas siguiendo un modelo booleano (Ríos et al., 2015), muestra de la complejidad y diversidad de miradas y aportes dentro de la red molecular actualmente central en el estilo de pensamiento sobre determinación sexual.

Este trabajo no se enfoca en los límites del discurso, es decir, en los aportes que se encuentran en los márgenes del estilo de pensamiento y

que no representan los postulados hegemónicos que se sostienen. Sin embargo, es interesante tener en cuenta que a lo largo de todo el período estudiado van apareciendo autores con propuestas alternativas que no son retomadas por los especialistas entrevistados ni en los manuales de estudio analizados. Por ejemplo, Arnold (2012) propone un modelo con múltiples determinaciones en diversos órganos, sacando del centro a la determinación ovárica como determinación sexual fundacional.

Referencias directas a la subjetivación a partir de determinantes moleculares

Durante todo el período estudiado las referencias a la categoría sexo se solaparon con la categoría género. Esto ocurrió en artículos, manuales y entrevistas, y trascendió el idioma utilizado. De este modo, la determinación aparece como femenina o masculina, y produce femineidad y masculinidad, hombres y mujeres, más o menos explícitamente. Sólo en dos de las entrevistas con especialistas se traslució una visión crítica al respecto, en ambos casos parcial, a pesar de que los mismos entrevistados en la mayor parte de sus relatos referenciaban las categorías sexo o género indistintamente.

Discusión

El discurso de verdad sobre los seres vivos es una de las dimensiones centrales de las estrategias y configuraciones que se articulan en torno al concepto de biopoder (Rabinow y Rose, 2006). A lo largo del siglo XX muchas de las dinámicas de sostén y caracterización del biopoder fueron cambiando hasta delinear el modelo actual, en el que se destaca la vigente relación entre lo macro y lo micro -molar y molecular en la perspectiva deleuziana- (Rabinow y Rose, 2006). En este punto la tecnología genética -y luego también genómica- ha tenido un rol fundamental, tanto que aparece vinculada en la propia estructuración de la biopolítica contemporánea.

Íntimamente vinculado con las estrategias de intervención sobre la existencia colectiva en nombre de la vida y la salud, y con los modos de subjetivación, el discurso biomédico sobre determinación sexual -y con él, sobre los cuerpos sexuados- constituye un elemento relevante para la biopolítica actual que está atravesado por estas tecnologías. Para analizar la biopolítica del siglo XXI, Rose (2012) propone enfocarse en las dimensiones que más han mutado en el último tiempo. Destacamos 3 de ellas como centrales para el objeto de este trabajo: el **conocimiento somático especializado**, la **molecularización** y la **subjetivación**.

Es evidente que la irrupción de las tecnologías genética y genómica en el discurso sobre determinación sexual ha producido cambios. En las últimas décadas se fueron consagrando disciplinas como la biología del desarrollo, la genética médica y cierto sector específico de la endocrinología infantil como las portadoras del conocimiento

somático especializado en torno a esta temática, todas orientadas hacia el círculo esotérico del colectivo de pensamiento (Hadid, 2017).

En la década del 90, la genética fue eje de la molecularización de la determinación. La descripción del gen SRY en 1990 fue recibida en el colectivo de pensamiento como la respuesta final a la pregunta sobre qué es aquello que determina la diferencia sexual (Hawkins, 1992). Ese interrogante, planteado siglos antes de la descripción del SRY, ya en el siglo XX fue buscando una respuesta cada vez más alejada de lo molar y adentrada en lo molecular (Hadid, 2017). Así, el SRY tuvo dos grandes consecuencias en el discurso. Por un lado, se presentó como la confirmación de que la presencia de un atributo positivo llevaba al desarrollo testicular -retomaremos este punto más adelante-. Por otro, la detección exacta de este gen, su locus, y en los años subsiguientes más datos sobre los detalles de su mecanismo de acción, fueron confirmando dentro del estilo de pensamiento que en el nivel molecular de análisis debía estar el foco. Se multiplicaron las publicaciones en este nivel, que complementó a los anteriores enfoques de embriología comparada y análisis de casos clínicos, hasta desplazarlos al menos parcialmente. El hecho de que, como se ha señalado, la enorme mayoría de los artículos analizados, todas las entrevistas y todos los manuales utilicen la perspectiva molecular para describir la determinación sexual muestra que la molecularización de los cuerpos sexuados -incluyendo su lógica de desarrollo- es central para el estilo de pensamiento actual en torno a esta temática. Una consideración especial es pertinente

para la utilización de casos clínicos como fuente para estructurar nuevo conocimiento. Este enfoque, que aparece como complementario al molecular en muchas de las fuentes, pone el foco en los **DSD** -como se ha descrito- fusionando la antigua tendencia de poner el foco en los cuerpos que se salen de la norma con la mirada molecular. En este sentido, muchos de esos avances fueron llevados a cabo en clave de caracterizar procesos de determinación considerados patológicos para luego describir a partir de esa información la determinación normal. Es decir, construir discurso sobre normalidad a partir de las desviaciones, *molecularizando* ambas dimensiones de la existencia vital y también la causa de su propia diferencia⁶.

De este modo, la molecularización se consolidó como central para la subjetivación que opera a través de este discurso. Los cuerpos+ sexuales son delineados molecularmente, incidiendo en su subjetivación, y eso tiene implicancias en un doble sentido: el individual y el colectivo (Rose, 2012). Es individualizante en tanto insumo para la constitución de la corporalidad, el propio soma y el yo sexual. El sentido colectivizante refiere al modo de entender las diferencias humanas, en especial aquellas relacionadas con la salud, en función de influencias genéticas. La ciudadanía genética es, de este modo, una de las dimensiones de la ciudadanía biológica contemporánea (Rose, 2012). Este concepto -cuyo antecedente es la categoría de ciudadanía genética de Rapp- es bien evidente al observar, por ejemplo, las intersexualidades (Rose, 2012).

De este modo, la tecnología genética y genómica contribuye directamente a la construcción de los somas sexuales, cada vez más biologizados, aportando desde el discurso biomédico sustento para la consolidación de la ciudadanía biológica (Franklin, 2003; Rose, 2012). Estos cambios en las racionalidades y estrategias del biopoder se inscriben en una particular relación entre naturaleza y cultura. No es objeto de este trabajo puntualizar en ese complejo y trascendente aspecto, de modo que sólo se hará aquí un breve comentario en este sentido. Sarah Franklin (2003) propone repensar la relación naturaleza cultura en la era genómica en términos de una conexión merográfica entre lo social y lo biológico. Ella

estudia el caso particular del parentesco, pero ese modelo podría proponerse para un análisis del sexo como categoría a analizar. En este sentido, la determinación sexual podría ser pensada como un proceso en el que una conexión híbrida -merográfica de acuerdo con Strathern- entre diversas partes (entre ellas la genética y la social, que a su vez componen totalidades en sí mismas) conforman un relato hegemónico, en este caso biomédico.

Estas conexiones son particularmente evidentes si observamos lo que ocurrió en el período analizado en torno a la idea general de la determinación sexual. En el contexto del estilo de pensamiento biomédico contemporáneo sobre biología del desarrollo es cuanto menos llamativo que el colectivo sostenga que un órgano se desarrolle *por default*, es decir, en forma automática y sin determinantes moleculares específicos. Sin embargo, la genética apareció legitimando las ideas preexistentes -*protoideas*, de acuerdo con Fleck- al menos desde la antigüedad. El gen SRY, como se describió, se presentó como prueba confirmatoria de que los machos provienen de un proceso de desarrollo completo determinado por un atributo positivo, mientras que las hembras son la resultante de un proceso defectuoso condicionado por una carencia. Así la teoría del default, lejos de desestimarse, se consideró comprobada (y se encuentra enunciada aún en algunos documentos a pesar de que los determinantes ováricos aparecen explicitados, en muchas ocasiones, en la misma fuente). Además, el esfuerzo del colectivo de pensamiento continúa mayoritariamente enfocado a la descripción de la determinación testicular. Por otra parte, aunque la existencia de múltiples sexos posibles ocurre, y la evidencia molecular presentada por el propio colectivo -especialmente en los últimos 5-10 años del período analizado- habla de redes e interconexiones entre diversos factores, el estilo de pensamiento sigue enunciando mayoritariamente la concepción binaria y fija de los sexos.

Estas tensiones en el discurso, especialmente entre el modo de explicar la determinación y la concepción sobre genética/genómica del desarrollo que aparece, pueden ser leídas en términos de conexiones entre naturaleza y cultura. En este sentido, la ontología de la diferencia sexual y la dimensión sexo/género son fundamentales. En los tres tipos de fuentes analizadas se observaron referencias cruzadas entre las categorías sexo y género. Femenino, hembra y ovario aparecían como sinónimos. Mas-culino, hombre, testículo y macho también se presentaban de ese modo. En algunas fuentes, incluso, se hacía referencia explícita a la vinculación causal natural entre sexo y género, apuntando a la biologización de procesos de subjetivación. De este modo, el discurso biomédico contemporáneo sobre determinación sexual

⁶ En este punto resulta interesante mencionar que en las fuentes analizadas, especialmente en los artículos, apareció en muchos casos la idea de que "la biología no es destino sino oportunidad" (Rose, 2012, pp. 121). Se propone la identificación de determinadas moléculas en el proceso de determinación sexual como puntos posibles de intervención, tanto ante posibles **DSD** como en intervenciones sobre la fertilidad. En este último caso, determinadas líneas de investigación han surgido especialmente en los últimos 10 años motivadas por las posibilidades de intervención por ejemplo sobre la reserva ovárica de gametas, que han redundado en nuevo conocimiento sobre la propia determinación sexual (en esas líneas se inscriben mayoritariamente los datos de que ciertos procesos moleculares de determinación deben ocurrir en la vida postnatal y mantenerse en el tiempo, por ejemplo en los ovarios de las hembras adultas).

sigue colocando en el *soma* las relaciones sociales de dominación (Bourdieu, 2000), esta vez utilizando como herramientas a la genética y la genómica, entre otros lenguajes moleculares. Íntimamente relacionada, la ontología de la diferencia sexual aparece estructurando el estilo de pensamiento. Este aspecto ha sido abordado por diversos autores y no se pretende aquí dis-

cutirlo exhaustivamente, sino poner el foco en cómo estas concepciones permean y utilizan las nuevas tecnologías, en muchos casos, como insumos para confirmar supuestos previos. En palabras de Sarah Franking, *la suposición de que los genes nos hacen lo que somos es demasiado cierta como para ser ignorada, y demasiado parcial para ser suficiente verdad por sí misma* (2003:83).

Reflexiones finales

Muchas racionalidades, estrategias y tecnologías del biopoder cambiaron en los últimos años (Rabinow y Rose, 2006) consolidando la biopolítica contemporánea. La genética y la genómica han tenido mucho que ver con ello. Sin embargo, el estilo de pensamiento contemporáneo sobre determinación sexual sigue conteniendo *protoideas*, tensiones y resistencias. Estas tecnologías aparecieron inicialmente en el discurso como herramientas para confirmar

concepciones preexistentes, ideas que aún persisten al menos parcialmente. En los últimos años están aportando, no obstante, elementos que el propio estilo de pensamiento considera sólidos en favor de nuevos enfoques para la determinación. La genética y la genómica, sumadas a otros sistemas más recientes de descripción de lógicas moleculares, están empezando entonces a mostrar su potencialidad transformadora.

Bibliografía

- Arnold, A. P. (2012). "The end of gonad-centric sex determination in mammals". *Trends in Genetics*, 28(2), pp. 55-61.
- Bardoni, B., Zanaria, E., Guioli, S., Florida, G., Worley, K. C., Tonini, G., Ferrante, E., Chiumello, G., McCabe, E.R., Fraccaro, M. et al. (1994). "A dosage sensitive locus at chromosome Xp21 is involved in male to female sex reversal". *Nature Genetics*, vol. 7, N° 4, pp. 497-501.
- Bashamboo, A. y McElreavey, K. (2015). "Human sex-determination and disorders of sex-development (DSD)". *Seminars in cell & developmental biology*, 45, pp. 77-83.
- Bernard P., Harley, V. R. 2006 "Wnt4 action in gonadal development and sex determination", *The International Journal of Biochemistry and Cell Biology*, vol. 39, núm. 1, pp. 31-43.
- Bouayed Abdelmoula, N., Portnoi, M. F., Keskes, L., Recan, D., Bahloul, A., Boudawara, T., Saad, A., Rebai, T. (2003). "Skewed X-chromosome inactivation pattern in SRY positive XX maleness: a case report and review of literature". *Annales de Genetique*, 46(1).
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Buenos Aires: Anagrama.
- Capel, B. (1998). Sex in the 90s: SRY and the switch to the male pathway. *Annual Reviews of Physiology*, 60, 497-523.
- - - - - (2006). R-spondin1 tips the balance in sex determination. *Natural Genetics*, 38(11), pp. 1233-1234.
- Copelli, S., Targovnik, H. y Bergada, C. (1995). "Molecular sex determination: significance in the diagnosis of gonadal pathologies". *Medicina (B Aires)*, 55(6), pp. 705-711.
- David, M. y Sutton C. D. (ed.) (2004). *Social Research: The Basics*. Londres: SAGE Publications.
- Eggers, S. y Sinclair, A. (2012). "Mammalian sex determination-insights from humans and mice". *Chromosome research*, 20(1), pp. 215-238.
- Fausto-Sterling, A. (2006) *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*, Barcelona: Editorial Melusina.
- Fechner, P.Y. (1996). "The role of SRY in mammalian sex determination". *Acta Paediatrica Japonica*, 38(4), pp. 380-389.
- Ferguson-Smith, M. A., North M. A., Affara, N. A., Briggs, H. (1990). "The secret of sex". *Lancet*, 336(8718), pp. 809-810.
- Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico: Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. España: Alianza Editorial.
- Fox Keller, E. (2002). *El siglo del gen*. España: Península.
- Gilbert, S. F. (2010). *Developmental biology*. Estados Unidos: Sinauer.
- Grosz, L. (2006). "Male or female? It depends on the dose". *PLoS Biology*, 4(6).
- Guercio, G., Constanzo, M., Berensztein, E., Bailez, M., López, J. C., Durán, V., Ongaro, L., Belgorosky, A., Rivarola, M. (2010). "Anomalías de la diferenciación sexual (DSD). Enfoque pediátrico". *Revista medicina Infantil 2010*, XVII(2), pp. 184-189.
- Hadid, L. (2017). Discurso biomédico en torno a la determinación sexual primaria entre 1990 y 2015. *Acta académica del XXXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS)*.
- Hawkins, J.R. (1992). "Cloning and mutational analysis of SRY". *Hormone Research*, 38 (5-6), pp. 222-225.
- Herpin, A. y Schartl, M. (2015). *Plasticity of gene-regulatory networks controlling sex determination: of masters, slaves, usual suspects, newcomers, and usurpators* 16(10), pp. 1260-1274.
- Huang, Y., Bai, J. Y. y Ren, H. T. (2014). "PiRNAs biogenesis and its functions". *Bioorganisheskaia Khimiia*, 40(3), pp. 320-326.
- Jakob, S. y Lovell-Badge, R. (2011). "Sex determination and the control of Sox9 expression in mammals". *The FEBS Journal*, 278(7), pp. 2-9.
- Li, B., Zhang, W., Chan, G., Jancso-Radek, A., Liu, S., Weiss, M.A. (2001). "Human sex reversal due to impaired nuclear localization of SRY. A clinical correlation". *The Journal of Biological Chemistry*, 276(49).
- Lindeman, R. E., Gearhart, M. D., Minkina, A., Krentz, A. D., Bardwell, V. J. y Zarkower, D. (2015). "Sexual cell-fate reprogramming in the ovary by DMRT1". *Current Biology*, 25(6), pp. 764-771.
- Lukusa, T., Fryns, J. P., van der Berghe, H. (1992). "The role of the Y-chromosome in sex determination". *Genetic Counseling*, 3 (1), pp. 1-11.
- Massarini, A. (2007). *Ciencia, sociedad y ciudadanía: el caso de la genética humana*. Recuperado de http://repositorio.educacion.gov.ar/dspace/bitstream/handle/123456789/95915/cienc_soc_ciudadania_massarini.pdf?sequence=1
- Matsuo, N. (1996). "Fetal testis formation: a critical event for sex determination and differentiation". *Acta Paediatrica Japonica*, 38(4), pp. 377-379.

- McLaren, A. (1990). "What makes a man a man?" *Nature*, 346, pp. 216-217.
- Moore, C.C. y Grumbach, M.M. (1992). Sex determination and gonadogenesis: a transcription cascade of sex chromosome and autosome genes. *Seminars in Perinatology*, 16 (5), 266-78.
- Nordqvist, K. (1995). Sex differentiation, gonadogenesis and novel genes. *The International Journal of Developmental Biology*, 39 (5), pp. 727-736.
- Parma, P., Radi, O., Vidal, V., Chaboissier, M. C., Dellambra, E., Valentini, S., Guerra, L., Schedl, A. y Camerino, G. (2006). "R-spondin1 is essential in sex determination, skin differentiation and malignancy". *Nature Genetics*, 38(11), pp. 1304-1309.
- Pecheny, M., Figari, C. y Jones, D. (comp.) (2008). *Todo sexo es político*. Buenos Aires: del Zorzal.
- Piprek, R.P. (ed.). (2016). *Molecular mechanisms of cell differentiation in gonadal development*. Suiza: Springer.
- Polanco, J. C. y Koopman, P. (2006). "SRY and the hesitant beginnings of male development". *Developmental Biology*, 302(1), pp. 13-24.
- Rabinow, P. y Rose, N. (2006). "Biopower today". *BioSocieties*, 1, pp. 195-217.
- Ríos, O., Frias, S., Rodríguez, A., Kofman, S., Merchant, H., Torres, L. y Mendoza, L. A. (2015). "Boolean network model of human gonadal sex determination". *Theoretical biology & medical modelling*, 12(26).
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Argentina: UNIPÉ.
- Sinclair, A. H., Berta, P., Palmer, M. S., Hawkins, J. R., Griffiths, B. L., Smith, M. J., Foster, J. W., Frischauf, A. M., Lovell-Badge, R., Goodfellow, P. N. (1990). "A gene from the human sex-determining region encodes a protein with homology to a conserved DNA-binding motif". *Nature*, 346 (6281), pp. 240-244.
- Vilain, E. (2002). "Genetics of sexual development". *Annual Review of Sex Research*, 11, pp. 1-25.
- Voutilainen, R. (1992). "Differentiation of the fetal gonad". *Hormone Research*, 38 (2), pp. 66-71.
- Wilhelm, D., Yang, J. X. y Thomas, P. (2013). "Mammalian sex determination and gonad development". *Current Topics in Developmental Biology*, 106, pp. 89-121.

La salud de las mujeres y sus trabajos

Convergencias entre la medicina social latinoamericana y la teoría feminista

Women's health and their work

Convergences between Latin American social medicine and feminist theory

María Florencia Linardelli | ORCID: orcid.org/0000-0002-3250-2895

mflinardelli@mendoza-conicet.gob.ar

Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas
Argentina

Recibido: 07/07/2018

Aceptado: 27/08/2018

Resumen

Este artículo establece un diálogo entre dos tradiciones teóricas: la medicina social-salud colectiva latinoamericana y la teoría feminista. El objetivo es contribuir a la discusión teórica sobre las especificidades que cobra la relación trabajo-salud cuando de mujeres trabajadoras hablamos. La metodología utilizada combina técnicas de análisis, interpretación de textos y elaboración conceptual propios de la indagación teórica en ciencias sociales. A través de una revisión documental, se sistematizaron y analizaron artículos y libros abocados al análisis de las categorías centrales de cada perspectiva. Las conclusiones destacan las posibilidades conceptuales del uso complementario de ambas tradiciones: el análisis conjunto de los procesos de producción y reproducción social en el estudio de la salud-enfermedad; la visibilización de la carga global de trabajo femenino, producto de interacción entre empleo y labores reproductivas; y la consideración de los cuidados como un trabajo en sentido pleno y un aporte fundamental para la sostenibilidad de la vida.

Palabras clave: Mujeres trabajadoras, Salud-enfermedad-cuidado, Medicina social-salud colectiva, Teoría feminista

Abstract

This paper proposes a dialogue between two theoretical traditions: Latin American social medicine and feminist theory. The objective of the work is to contribute to theoretical discussion about specificities of work-health relationship of working women. The methodology used combines theoretical tools research of social sciences: texts analysis and interpretation, and conceptual elaboration. Articles and books related to central categories of each perspective were analyzed through documentary review. The conclusions focus on the conceptual possibilities of complementary use of both traditions: to analyze, at one time, the social production and reproduction in the study of health and disease; to make visible the entire female workload, product of interaction between employment and reproductive work; and to consider care as a work and a fundamental contribution in order to the sustainability of life.

Keywords: Working women, Health-disease-care, Social medicine-collective health, Feminist theory.

Introducción

Por los años ochenta, desde la medicina social-salud colectiva latinoamericanas se afirmaba que *como en ningún otro hecho, se puede leer en la salud obrera la impronta de la explotación* (Laurell, 1984). En paralelo, las pensadoras feministas desde hace décadas argumentan que el capitalismo no es indiferente a las identidades de los/as sujetos que explota y que las relaciones de trabajo que impone operan sobre cuerpos sexuados y racializados (Ciriza, 2011).

Entre ambas afirmaciones, este artículo propone visitar algunas nociones clásicas acuñadas por la medicina social-salud colectiva latinoamericanas, desde el punto de vista que aportan conceptualizaciones provenientes de la teoría feminista. Se articulan conceptos como proceso de salud-enfermedad-cuidado, relación trabajo-salud, cargas de trabajo y procesos de desgaste, con las nociones de trabajo reproductivo, división sexual del trabajo, doble presencia, cuidados y sostenibilidad de la vida.

La primera de estas perspectivas ha realizado innumerables contribuciones al estudio de la salud de los/as trabajadores/as de nuestra región, mientras que la segunda mantiene un largo debate al interior de las ciencias sociales para dilucidar las particularidades de las labores de las mujeres y las formas específicas en que se produce la explotación/apropiación de su trabajo en el contexto de sociedades capitalistas-patriarcales. Se trata de campos de conocimiento que desde su surgimiento trascendieron las fronteras de la academia y mantuvieron compromiso activo con los movimientos de trabajadores y de mujeres.

Esta propuesta cobra relevancia en un escenario que exhibe condiciones de vida, trabajo y salud marcadas por una desposesión creciente para las grandes mayorías y, en estas, especialmente para las mujeres trabajadoras. El retorno de gobiernos de cuño neoliberal en buena parte de los países del sur de América evoca un pasado reciente de reformas del Estado y crisis económicas que fueron soportadas con mayor intensidad en las espaldas de las mujeres. Ellas, encontraron en el aumento de su trabajo remunerado y doméstico el único paliativo a la retracción estatal, pagando con su salud y bienestar los programas de ajuste. El actual contexto exhibe, además, la recurrencia de discursos que pregonan la pérdida de derechos laborales como vía para obtener competitividad y cuestionan los sistemas universales, públicos y gra-

tuitos de salud por su presunta ineficiencia. En este marco, recuperar los aportes de tradiciones críticas y urdir lazos entre estas resulta una tarea necesaria.

El artículo resulta de la indagación teórica vinculada con un trabajo de investigación más amplio desarrollado desde 2014, en el marco de una tesis doctoral sobre experiencias de salud, enfermedad y cuidados de mujeres migrantes que trabajan en la agricultura en Mendoza, Argentina¹. La estrategia metodológica que sustenta este escrito supuso la utilización de técnicas de análisis, interpretación de textos y elaboración conceptual propios de la indagación teórica en el campo de las ciencias sociales. Se realizó una revisión documental orientada a explorar, sistematizar y analizar artículos, libros y actas de reuniones científicas cuyos/as autores/as se inscribieran explícitamente en la medicina social-salud colectiva y en los estudios feministas, o bien que abordaran las categorías de análisis centrales de tales tradiciones. La revisión fue realizada mediante la técnica de rastreo bibliográfico y desplegada a partir de diferentes motores de búsqueda de textos científicos, principalmente en las bases **SciELO**, **Redalyc**, **Scholar Google**, **SECEDOC**, **SID** y **MINCYT**. Las categorías que se ponen en discusión han sido seleccionadas de acuerdo a la relevancia que tienen al interior de cada perspectiva y para el tema propuesto.

De acuerdo a los fines señalados el trabajo se organiza en tres secciones. En el primer apartado se presenta la medicina social-salud colectiva latinoamericanas y algunas de sus categorías clásicas que pueden abrirse al diálogo con nociones feministas sobre el trabajo, la reproducción social y los cuidados. Luego, se aproximan las respuestas dadas por el feminismo a preguntas tales como *¿qué se considera trabajo? ¿cuánto y cómo trabajan las mujeres? ¿el trabajo reproductivo tiene alguna especificidad?* El último apartado propone relaciones y tensiones entre las perspectivas teóricas seleccionadas, para analizar la salud de las trabajadoras en tiempos de restauración conservadora.

¹ Dicha tesis se ha llevado adelante en el marco de una beca doctoral otorgada por CONICET. A su vez se vincula al PICT *Políticas de protección social y salud y trabajo de cuidados. Las relaciones entre la intervención estatal y las experiencias de las mujeres desde una perspectiva crítica de género, en Mendoza a partir de 2009* aprobado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica en 2017.

Una mirada socio-histórica sobre la salud-enfermedad-cuidado: la medicina social-salud colectiva latinoamericana

La confluencia entre ciencias sociales y salud en América Latina ha conocido diversas denominaciones, vinculadas con luchas y posicionamientos ideológico-políticos: ciencias de la conducta y medicina preventiva, sociología y antropología médicas, medicina social y salud colectiva (Castro, 2016). Si bien no existe acuerdo al respecto, reconocidos/as autores/as del campo utilizan como sinónimos los términos medicina social y salud colectiva para referirse a un mismo movimiento crítico que articula las ciencias sociales y las disciplinas de la salud para el análisis y la intervención en problemáticas vinculadas con la salud-enfermedad-cuidado (Laurell, 1986, 1994; Spinelli, 2005; García, 2007 [1986]; Breilh, 2013).²

Vinculado con la medicina social europea de finales del siglo XIX, el surgimiento de la medicina social-salud colectiva (en adelante **ms-sc**) en América Latina se produce casi un siglo después (Nunes, 1996; Iriart, et al, 2002; García, 2007 [1986])³. Entre los precursores del pensamiento médico-social crítico en nuestras latitudes se reconoce a Salvador Allende y a Juan Cesar García⁴ (Waitzkin, 2006; Galeano, et al, 2011; Feo Istúriz, et al., 2012). Más allá de estas figuras centrales para la tradición, la **ms-sc** latinoamericana se gestó a fines de la década del sesenta en estrecha vinculación con el movimiento de trabajadores,

² Para algunos/as autores/as se trata sólo de una diferencia nominativa y geográfica. Mientras que *medicina social* es el término elegido en los países hispanoparlantes, el término *saúde coletiva* es utilizado por el movimiento sanitario brasileño (Iriart, et al., 2002). Existen quienes distinguen entre una y otra en función del momento histórico de surgimiento e identifican en la medicina social un antecedente de la salud colectiva brasileña (Paim, 1992; Nunes, 1994; Spinelli, 2005; Osmo y Schraiber, 2015). En Ecuador suele utilizarse el término *salud pública alternativa* emparentándolo con la salud colectiva (Granda, 2003). En este artículo se acuerda con autoras/es que refieren a la medicina social-salud colectiva de manera unificada (López Arellano, et al., 2008; Stolkiner y Ardilla Gómez, 2012; Casallas Murillo, 2017).

³ El concepto de *Medicina Social* nace en 1848 en Europa, el mismo año de los grandes movimientos revolucionarios en dicho continente (García, 2007 [1986]). Pese a un uso ambiguo inicial, los promotores del término coincidían en la importancia del papel de los factores sociales para la comprensión de los problemas de salud-enfermedad y en el rol activo que el Estado debería asumir para la solución de los problemas de salud (Nunes, 1996).

⁴ Salvador Allende, médico y presidente chileno entre 1970 y 1973, publicó en 1939 *La Realidad Médico Social Chilena*, reconocida como un antecedente fundamental del pensamiento social en salud. Juan Cesar García (1932-1984) fue un médico y sociólogo argentino que se desempeñó desde la década de 1960 hasta su muerte en la Organización Panamericana de la Salud, institución desde la cual promovió el desarrollo de la medicina social latinoamericana.

estudiantes y organizaciones populares (Laurell, 1986; López Arellano, et al, 2008).

Las transformaciones en la producción y en las condiciones de vida de las grandes mayorías, evidenciadas a partir de la segunda mitad del siglo XX en América Latina, se reflejaron crecientes niveles de desigualdad social y en relevantes cambios en los perfiles de morbi-mortalidad. Las problemáticas históricas de mortalidad infantil y desnutrición se combinaron con enfermedades crónicas y accidentes de trabajo, temáticas que motivaron los primeros estudios de esta corriente (Laurell, 1986). Además, surgieron cuestionamientos estructurales al sistema sanitario por su creciente estratificación, que diferenciaba calidad de servicios en función de la capacidad de pago de los/as usuarios/as (Laurell, 1986; Iriart, et al, 2002). A la par se explicitó otra contradicción profunda, la simultaneidad del avance tecnológico en la lucha contra las enfermedades coincidía con el estancamiento de sus posibles beneficios en la mayoría de la población (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

En ese marco, diversos núcleos de la **ms-sc** enunciaron a fines de los setenta sus primeras versiones sobre la determinación social de la salud, contrapuestas a las perspectivas teóricas de la salud pública y la medicina preventiva estadounidense, hegemónicas en ese momento (de Sousa Campos, 2000; Breilh, 2008). Se estableció como objeto científico de la **ms-sc** la forma histórica-social específica del proceso biológico humano, tal como se expresa en los grupos sociales en un momento dado (Laurell, 1986; 1982). Otros autores, identificaron el objeto de estudio de la **ms-sc** tanto en la generación y distribución de las enfermedades vinculadas con los procesos de producción y reproducción social, como en las formas en que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos (Almeida Filho y Silva Paim, 1999; Breilh, 2013).

A continuación, abordamos dos nociones acuñadas desde esta perspectiva que resultan sustanciales para el tema propuesto: *salud-enfermedad-cuidado* y *relación trabajo-salud*.

La noción de proceso de salud-enfermedad-cuidado

La **ms-sc** sostiene una fuerte crítica a la biomedicina, especialmente en cuanto a su idea estrictamente biológica, a-histórica y pretendida-

mente universal, tanto de la salud, como de la enfermedad. Para esta corriente la salud-enfermedad no se limita a una alteración de los procesos bionaturales del individuo, sino que expresa procesos económicos y sociales más amplios (Laurell, 1986; 1993; 1994, Noriega, 1993; Iriart, *et al.*, 2002; Menéndez, 2005; Breilh, 2008).

En primer lugar, para la **ms-sc**, salud y enfermedad constituyen elementos de un proceso dialéctico y no estados antagónicos. Es decir, la salud no implica necesariamente la ausencia de enfermedad, ni puede entenderse como su opuesto. Ambas nociones, constituyen la síntesis de ciertas características que posee cada grupo en una sociedad específica y expresan las condiciones en las que viven, trabajan, consumen los grupos humanos que conforman la sociedad (Noriega, 1993).

En segundo lugar, esta tradición teórica se distancia de aquellas perspectivas que definen la salud como el máximo bienestar físico, mental y social de un individuo. La **ms-sc** vincula la salud con la posibilidad y capacidad que tiene un grupo en la sociedad para controlar y dirigir individual y colectivamente sus procesos vitales y su forma de vivir: *No interesa tanto luchar por prolongar la vida o por erradicar las enfermedades, sino por tener la posibilidad de decidir de qué queremos enfermarnos y de qué queremos morir* (Noriega, 1993:186). Antes que un estado fijo o un equilibrio a conseguir, la salud-enfermedad constituye un devenir, un *modo de andar de la vida*, que se expresa en el presente, a la vez que hunde sus raíces en el pasado y anticipa el malestar futuro (Laurell, 1993; Mendoza Rodríguez y Jarillo Soto, 2011).

En tercer lugar, se considera que el proceso de salud-enfermedad es social, variable e histórico. Esto se evidencia en la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad y marcadas diferencias en la esperanza de vida

- ◊ en distintos momentos históricos de una misma sociedad,
- ◊ de una sociedad a otra
- ◊ entre clases sociales.

La explicación de esta variación en los perfiles patológicos no debe buscarse en la biología o en la técnica médica, sino en las características de las formaciones sociales en cada momento histórico. Características que, a su vez, modelan las prácticas médicas disponibles (Laurell, 1982).

Finalmente, para la **ms-sc** las formas de respuesta social a la enfermedad, es decir la atención, constituye un aspecto inherente de la salud-enfermedad (Menéndez, 1983). Se plantea que las respuestas sociales instituidas para prevenir, atender y curar actúan como fuerzas productoras del proceso tanto en sus dimensiones concretas, como simbólicas (Menéndez, 2005b). Esto implica incorporar al continuo salud-enfermedad el concepto de atención. En los últimos años se comenzó a hablar de *salud-enfermedad-cuidado*,

ya que se entiende que el concepto de cuidado tendría una connotación más amplia e integral que el de atención, al quitarle la centralidad a las instituciones y agentes del campo de la salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en la vida cotidiana de las y los sujetos (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Así definido ¿cómo producir conocimiento sobre este proceso? Por un lado, la investigación desde la **ms-sc** centra la atención en las características del proceso biopsíquico complejo y no en la enfermedad clínica, lo que permite analizar distintas dimensiones de la salud e incluir problemáticas que la clínica no reconoce pero que constituyen diversas escalas de malestar corporal y psíquico (Laurell, 1993). Por otro lado, el proceso salud-enfermedad se analiza a nivel de las colectividades humanas, definidas en función de su inserción específica en procesos sociales críticos. Se recurre a lo colectivo para estudiar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, ya que es en donde resulta aprehensible y pueden estudiarse sus expresiones concretas (Laurell, 1982; Menéndez, 2005).

La salud y los procesos de trabajo

El estudio de la relación entre los procesos de trabajo y la salud no es reciente. Tal como señala Yanez (2003), en el siglo XIX Marx y Engels dedicaron parte de su obra al análisis del deterioro de la salud de los trabajadores bajo el capitalismo (Engels, 1976 [1845]). Justamente, fue el diálogo con herramientas conceptuales marxistas lo que imprimió en la **ms-sc** un especial interés por dicha relación. Desde el marxismo se entiende al trabajo como aquel proceso mediante el cual los seres humanos entran en contacto con la naturaleza, transformándola, y transformándose a sí mismos/as. Es un proceso social básico de toda sociedad por el que se producen los bienes necesarios para la vida social bajo una determinada relación entre sujetos y grupos sociales (Laurell, 1993). Entendido de este modo, el trabajo constituye un elemento central en la determinación de la salud-enfermedad-cuidado (Laurell, 1984; 1993; Menéndez, 2005).

La **ms-sc** considera los daños a la salud producidos en torno del proceso de trabajo en su acepción más amplia. Se tienen en cuenta no sólo las llamadas *enfermedades profesionales*, sino todos aquellos padecimientos o trastornos producidos por el trabajo, indistintamente de si son o no reconocidos en la legislación laboral (Noriega, 1993). La fatiga, el hastío, la monotonía, el temor al desempleo o malestares que para la medicina no conforman un cuadro clínico específico, también revelan efectos negativos de los procesos de trabajo. Además, el análisis no se limita a identificar y aislar los *factores de riesgo*, sino que

intenta comprender la relación *trabajo-salud* en su integralidad y complejidad (Villegas Rodríguez y Ríos Cortázar, 1993; Menéndez, 2005).

Para abordar esta relación, desde la **ms-sc** se elaboraron categorías específicas que permiten volver operativas algunas dimensiones fundamentales de la temática. Una de tales categorías es la de cargas de trabajo y la otra refiere a los procesos de desgaste⁵. Las cargas de trabajo comprenden aquellos elementos del proceso laboral que pueden transformar los procesos corporales y psíquicos, e incluyen las exigencias que pesan sobre el/la trabajador/a y los riesgos que afronta en el espacio de trabajo, aspectos cuya conjunción determina la nocividad laboral (Laurell, 1993).

Los riesgos derivan de los medios de producción, existen independientemente del trabajador/a y lo afectan en la medida en que interactúan con su corporalidad en el proceso laboral. Refieren particularmente al ambiente laboral y los objetos de trabajo. Las exigencias laborales son aquellas derivadas de la organización y división técnica del trabajo establecidas para el desarrollo de la actividad dentro de la lógica de la producción capitalista, e incluyen tanto la propia actividad física/intelectual, la intensidad del trabajo, las posiciones requeridas, la duración de la jornada, las formas de pago salarial, el ritmo, control, peligrosidad y monotonía del trabajo y las formas de supervisión (Noriega, 1993).

La forma concreta que asume la interacción entre riesgos y exigencias es resultado de las características sociotécnicas del proceso y expresa la especificidad que adquiere la explotación de los/as trabajadores/as. Las cargas de trabajo, integradas por riesgos y exigencias, no pueden ser aisladas y analizadas individualmente, puesto que adquieren significado pleno a partir de la dinámica global del proceso laboral (Laurell y Noriega, 1987; Noriega, 1993; Noriega, Laurell, Martínez, Méndez y Villegas, 2000).

En cuanto a la categoría de **desgaste**, se define como la pérdida de capacidades biopsíquicas, efectivas y/o potenciales, originada por las cargas laborales (Laurell, 1994). Considerar tanto capacidades efectivas como las potenciales permite analizar no sólo la destrucción biopsíquica, repentina o lenta, sino también los obstáculos al desarrollo de potencialidades en estos dos terrenos.

⁵ Se trata de nociones elaboradas en diálogo con presupuestos centrales del **Modelo Obrero Italiano**. Este puede definirse como una serie de prácticas de lucha e investigación en favor de la salud en el trabajo llevadas a cabo en Italia desde principios de los años sesenta, que implicaban la participación activa de los/as trabajadores/as en los procesos de investigación (Laurell, 1984; Voguel, 2016).

Tal como se piensa la salud-enfermedad, los procesos de desgaste caracterizan a las colectividades humanas y no primariamente a los/as individuos. Aun cuando determinado patrón de desgaste pueda expresarse en un/a individuo, es a nivel de la colectividad que adquiere significado y visibilidad. Esto se vincula con que el desgaste no depende de características biopsíquicas individuales, sino de las condiciones de vida a través y contra las que un grupo social se reproduce (Laurell y Noriega, 1987).

Ahora bien, estas categorías teóricas **-cargas de trabajo y procesos de desgaste-** remiten a esferas de la realidad que han sufrido profundas transformaciones en las últimas décadas: nuevas lógicas productivas; cambios en la composición de la fuerza de trabajo; nuevos patrones de precarización laboral; segmentos crecientes de trabajadores/as que no viven del empleo asalariado; subempleo y desempleo abierto; y pérdida creciente de la capacidad de negociación de las asociaciones sindicales (Minayo Gómez, 2012). Particularmente en América Latina, hacia finales del siglo XX se transitó hacia una mezcla de formas de organización laboral que implicaron para los/as trabajadores/as una pérdida creciente del control sobre el proceso de trabajo, mayor inestabilidad y aumento de las exigencias laborales (Noriega, 1993).

Además, la situación específica de las mujeres en cuanto que trabajadoras, se desdibuja en las categorías hasta aquí desarrolladas. Ello se vincula con que muchos estudios realizados desde la **ms-sc** consideran como instancias separadas la producción y la reproducción social. Así, mientras algunas investigaciones se enfocan en la producción y las condiciones de trabajo, otras exploran el universo de tareas vinculadas a la reproducción social y las condiciones de vida de los grupos sociales (Laurell, 1986; Garduño Andrade y Marquez Serrano, 1993; Yanes, 2003).

Sin embargo, cuando abordamos la salud de mujeres trabajadoras, producción y reproducción se entremezclan en la vida diaria y sus fronteras resultan casi imposibles de trazar. Si bien teóricamente se suele analizar por separado una y otra, en el caso de la salud-enfermedad-cuidado de las trabajadoras es indispensable situarlas como un continuo en el que desarrollan su vida (Garduño Andrade y Marquez Serrano, 1993). Aquí comienza a cobrar sentido recuperar los aportes realizados por la teoría feminista para considerar conjuntamente la producción y reproducción de la vida.

Aportes feministas para pensar el trabajo, la producción, la reproducción y los cuidados

La mayor parte del trabajo en el mundo lo realizan las mujeres: esto es un hecho. Por todo el mundo las mujeres cargan y cuidan a los hijos, cultivan, preparan y comercializan los alimentos, trabajan en fábricas y talleres explotadores, limpian la casa y el edificio de oficinas, participan en trueques, crean e inventan grupos de sobrevivencia.

Adrienne Rich, 1996

El final de la década de 1960 vio el surgimiento de debates impulsados por las feministas en torno a aspectos poco problematizados, o considerados como dados, por la mayoría de los análisis económicos: el trabajo doméstico, la división sexual del trabajo y la participación de las mujeres en la producción. El profuso debate teórico abierto por estas discusiones reunió a autoras de diversas procedencias políticas y posicionamientos teóricos que, sin embargo, compartían la intención de visibilizar las relaciones entre producción y reproducción de la vida humana, entre condiciones estructurales y división sexual del trabajo, entre patriarcado y capitalismo (Ciriza, 2007).

Los debates feministas sobre el trabajo de las mujeres pueden ser agrupados según una periodización que distingue dos grandes momentos:

- ◊ Los años setenta y ochenta, donde priman las discusiones sobre la naturaleza del trabajo doméstico, las relaciones entre producción y reproducción, y la discusión sobre la división sexual del trabajo
- ◊ Desde la década del noventa, cuando mediante la revalorización de la dimensión subjetiva de lo reproductivo/doméstico, comienza a teorizarse sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida (Pessolano, 2016).

Por cuanto las temáticas surcadas por el feminismo en torno a estos tópicos resultan muy vastas, aquí se exponen sólo los aportes de algunas autoras destacadas sobre las temáticas mencionadas. La selección deja fuera ciertas discusiones, pero se funda en una búsqueda de conceptos que puedan hacer las veces de “puertas de acceso” al diálogo con la **ms-sc**.

¿Qué es trabajo para la teoría feminista? Continuo producción-reproducción, concepción amplia de trabajo, división sexual y doble presencia

Para comenzar, cabe señalar que para la teoría feminista la diferenciación basada en el sexo no es un dato biológico o dado, sino *una de las formas más extendidas de explotación humana arraigada en la interacción personal entre los sexos, en instituciones sociales básicas, como la familia, y enraizada en estructuras económicas y políticas* (Benería, 1981:50). La subordinación de las mujeres adopta formas diversas de acuerdo a su ligazón con otros sistemas de dominación social, como la clase y la racialización, (Davis, 2005 [1981]) y se apoya en una base económica definida por la organización de la producción y de la reproducción (Benería, 1981).

La cuestión de la reproducción, entendida como el complejo de actividades y relaciones gracias a las cuales nuestra vida y nuestra capacidad laboral se reconstruyen a diario (Federici, 2013 [1975]), cobraba centralidad por los años setenta en los debates feministas⁶. Entre los múltiples puntos de discusión, se afirmaba que la producción material que ocurre en la esfera mercantil y la reproducción de individuos que acontece en la esfera doméstica se encuentran totalmente integradas (Carrasco, 1992). Silvia Federici (2013 [1975]) plantea que las actividades reproductivas no constituyen la contracara, ni son opuestas al trabajo asalariado, sino que en ellas se encuentra su cimiento. Aquello que se ha denominado como labores reproductivas es una forma de producción: es el trabajo de producir y reproducir la fuerza de trabajo.

⁶ También estas discusiones se expresaban en luchas feministas y del movimiento de mujeres. En el norte global, por ejemplo, en la campaña del salario para el trabajo doméstico (Federici, 2013). En el sur del mundo estas preocupaciones permearon las luchas de mujeres *doble militantes* (en organizaciones feministas y de izquierda) en el período que en Argentina se conoce como *los tempranos setentas* (Rodríguez Agüero, 2015).

Si bien este tipo de trabajo ha sido pensado como un servicio personal de las mujeres en las familias, por fuera de las relaciones capitalistas o como pre-capitalista, las actividades no remuneradas de las mujeres en el hogar, la producción de subsistencia de las campesinas y los servicios prestados por trabajadoras informales, son las “mercancías” que consumen los trabajadores asalariados y que garantizan a bajísimo costo su reproducción (Dalla Costa, 1977; Mies, 1986; Federici, 2013; 2018).

Mientras que las teorías económicas neoclásicas -y algunas interpretaciones marxistas- limitan el concepto de trabajo a las actividades remuneradas a cambio de un salario, las pensadoras feministas proponen una noción amplia de este concepto, que incluye las labores de producción y reproducción de la vida (Federici, 2013; Carrasco, 2006). En efecto, las actividades desarrolladas por las mujeres en los grupos domésticos, para asegurar su reproducción biológica, social y cultural constituyen trabajo en sentido pleno, en cuanto suponen el uso de las capacidades corporales y psíquicas para producir bienes y servicios básicos para la supervivencia (Carrasco, 2011 Rodríguez Enríquez, 2012). De hecho, las personas no se sustentan sólo por el ingreso percibido en los salarios, sino que este se combina con los *productos/servicios* que resultan de labores reproductivas: preparación de los alimentos, higiene corporal, aseo de la vivienda, cuidados, crianza, educación, entre otros.

Ahora bien, siendo una actividad tan importante para la producción y la reproducción social ¿cómo se justifica su invisibilidad para los análisis económicos? y ¿cómo se explica su atribución exclusiva a las mujeres? Es su naturalización y mistificación, su consideración como atributo natural de la psique y personalidad femenina, la apelación al amor y al deber materno, lo que conduce a la invisibilidad social, a la falta de remuneración y al escaso reconocimiento que el trabajo reproductivo arrastra hasta nuestros días (Federici, 2013 [1975]).

Los feminismos cuestionan que la carga desigual de las actividades reproductivas constituya una consecuencia natural de los papeles desempeñados por hombres y mujeres en la crianza de los hijos e hijas y contraponen el término *división sexual del trabajo* para referir a dos fenómenos mutuamente relacionados: por una parte, la división desigual del trabajo doméstico entre los sexos y, por otra, la distribución diferencial de hombres y mujeres en el mercado de trabajo, en los oficios y en las profesiones, en las jerarquías laborales y salariales. Ambos fenómenos constituyen un factor prioritario para la supervivencia de las desigualdades sexogenéricas (Benería, 1981; Hirata y Kergoat, 2007).

Aun cuando exhibe variaciones, la división

sexual del trabajo tiene dos principios organizadores persistentes: el principio de separación (existen trabajos de hombres y trabajos de mujeres) y el principio jerárquico (un trabajo de hombre tiene más valor que un trabajo de mujer). La permanencia de estos principios y su extensión en la mayor parte de las sociedades conocidas, no significan que la división sexual del trabajo sea inmutable. Por el contrario, exhibe una enorme plasticidad: sus modalidades concretas varían significativamente en el tiempo, pero se mantiene la diferenciación/desigualdad entre los grupos de sexo (Hirata y Kergoat, 2007).

En efecto, la división del trabajo por sexos no se ha modificado sustancialmente con el ingreso masivo de mujeres al empleo remunerado. Por el contrario, el peso de las jerarquías sexuales heredadas y reconstruidas hace que las mujeres experimenten el trabajo remunerado de manera específica, diferente al modo en que lo experimentan los hombres (Federici, 2018). Además, la participación femenina creciente en el mercado de empleo no redundó en una distribución más equitativa del trabajo doméstico, sino que implicó una sobrecarga de las trabajadoras y, eventualmente, una delegación de las tareas domésticas (paga o no) en otras mujeres desempleadas o empobrecidas (Pérez Orozco, 2014).

A partir de lo antedicho, podemos esbozar una síntesis sobre los rasgos más distintivos de la posición de las mujeres en cuanto que trabajadoras. Por una parte, su papel como responsables de la reproducción, condiciona la forma en que se insertan en el trabajo mercantil, ya que la carencia de remuneración del trabajo reproductivo se relaciona con los bajos salarios y las precarias condiciones que las mujeres se ven empujadas a aceptar en el mundo del empleo (Benería, 1981).

Por otra parte, la naturalización de las habilidades domésticas, adquiridas por ellas mediante un largo proceso de socialización y experiencias acumuladas en sus tareas de gestión de la supervivencia, conduce a que los empleos femeninos suelen ser una extensión de las funciones de esposa-ama de casa. Tales habilidades no se consideran como cualificación laboral y, por ende, no se remuneran debidamente (Federici, 2013 [1975]).

Finalmente, la sumatoria de las obligaciones domésticas con el empleo remunerado construyen una jornada de trabajo interminable, nombrada por los feminismos en términos de *doble presencia* (Balbo, 1994). Noción que alude a que el trabajo de las mujeres no culmina al salir de la fábrica o al retornar de las oficinas, plantaciones y comercios, sino que la jornada laboral se entrecruza de manera compleja con el trabajo gratuito que desempeñan cotidianamente en los hogares.

¿Cuáles son las particularidades del trabajo reproductivo-doméstico? Sobre los cuidados, la sostenibilidad de la vida y las desigualdades entre mujeres

En los años ochenta surgen cuestionamientos al concepto de trabajo reproductivo, por considerar reduccionista tomar como referencia para su definición el trabajo asalariado. Sociólogas italianas -entre las que se destacaron Laura Balbo, Franca Bimbi y Chiara Saraceno- comenzaron a referir al *lavoro di cura* para nominar las múltiples actividades invisibles que las mujeres adultas realizaban para cuidar de la vida (Carrasco, Borderías, y Torns, 2011). En este contexto, cobró fuerza una mirada que analizaba estas tareas desempeñadas gratuita e invisiblemente por las mujeres, no sólo en sus aspectos objetivos, sino también subjetivos.

Se hizo visible que las actividades reproductivas tienen características propias, no comparables con el trabajo mercantil, asociadas a los aspectos emocionales que comportan y a los objetivos que persiguen: el cuidado de la vida y el bienestar de las personas, antes que la acumulación de beneficios (Torres, Moreno, y Pessolano, 2014). En efecto, la labor de reproducir la fuerza de trabajo requiere una serie de servicios emocionales y físicos que son interactivos por naturaleza y que comportan una dimensión afectivo-relacional que invariablemente se crea durante el proceso de trabajo (Federici, 2018). Ello implica también que buena parte de dichos “servicios” no puede adquirirse en el mercado, ya que dan respuesta a necesidades de personas concretas -con subjetividades, necesidades y deseos singulares- y se sustentan en relaciones interpersonales difícilmente sustituibles por servicios mercantizados (Pérez Orozco, 2014).

Existen múltiples definiciones del trabajo de cuidados en el seno del pensamiento feminista. Amaia Pérez Orozco (2014) identifica dos miradas posibles sobre los cuidados. Por una parte, aquella que enfatiza en su motivación, ligada al afecto y al sentido de la responsabilidad en relación otros/as sujetos. Si bien el afecto forma parte de estas labores, para la autora, definir el cuidado en estos términos es problemático ya que se lo ubica en el terreno del deber moral y esto legitima que las cuidadoras deban garantizar el bienestar ajeno por encima o a costa del propio. La otra forma de entender los cuidados, en la que se inscribe Pérez Orozco, destaca su contenido y las necesidades a las que responden.

De acuerdo con ello, define al trabajo de cuidado como *las actividades que regeneran cotidiana y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas* (Pérez Orozco, 2014:62). Se trata de un tipo de trabajo que abarca diversas tareas: el cuidado directo, fundado en la interacción personal; las labores domésticas que funcionan

como pre-condiciones del cuidado; la gestión mental de organización, planificación y supervisión de las dos anteriores; y la presencia y disponibilidad de tiempo para cada una de las mencionadas.

En relación con lo anterior, Corina Rodríguez Enríquez (2015), aborda una noción clave para analizar estas actividades: la organización social del cuidado. Este concepto refiere a las interrelaciones entre las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias en la producción y distribución de cuidados, ya que esta no ocurre de manera aislada o estanca, sino que resulta de una continuidad donde se suceden actividades, trabajos y responsabilidades entre los actores mencionados. Para la autora, en América Latina, y en Argentina particularmente, esta organización es injusta porque las responsabilidades de cuidado se encuentran desigualmente distribuidas, siendo asumidas mayoritariamente por los hogares y, dentro de estos, por las mujeres.

Al tematizar los cuidados a partir de las necesidades a las que dan respuesta y al visibilizar que su distribución no responde a una lógica natural, sino a una forma de organización social injusta, el eje de la discusión deja de ser lo monetario y lo mercantil, si un trabajo es o no remunerado, sino en qué medida se trata de un trabajo socialmente necesario (Pérez Orozco, 2014) y cómo se distribuye su carga socialmente. Con esto, los feminismos ponen en el centro del debate la cuestión de la sostenibilidad de la vida humana.

La noción de sostenibilidad de la vida humana es un concepto acuñado a partir del diálogo entre feminismo y perspectivas ecologistas. Integra diversos procesos que tienen como objetivo la vida y la subsistencia de las personas en sus distintas dimensiones, cotidianas, materiales y sociales (Picchio, 2009). Se la entiende como un proceso histórico de reproducción social, que refiere

no sólo a la posibilidad real de que la vida continúe -en términos humanos, sociales y ecológicos-, sino a que dicho proceso signifique desarrollar condiciones de vida, estándares de vida o calidad de vida aceptables para toda la población (Carrasco, Borderías, y Torns, 2011:60).

Al ubicar en el centro del análisis social la subsistencia, lo que se torna evidente es que todas las personas requieren cuidados y, algunas/os, cuidan a otros/as en algún momento de su vida. *Nadie puede sobrevivir sin ser cuidado/a, lo cual convierte al cuidado en una dimensión central del bienestar y del desarrollo humano* (Esquivel, Faur, y Jelin, 2012:11).

Tanto las posibilidades de ser cuidados/as, como la forma de llevar adelante las labores de cuidar exhiben profundas desigualdades. Perspectivas feministas antirracistas nos llevan a avanzar un paso más en esta reflexión (Davis,

2005 [1981]; Hill Collins, 1998; Lugones, 2005). El trabajo de cuidados, y las condiciones en que se ejerce, no sólo se inscribe en la división sexual del trabajo, sino que también lleva las potentes marcas de las posiciones de clase y étnico-raciales de los sujetos que lo desempeñan. Las cargas de trabajo, los recursos disponibles para aliviar estas cargas, los servicios sociales a los que

se puede acudir para afrontar una situación de enfermedad, no son equivalentes ni igualitarios para todas las mujeres (Maure, Linardelli, y Anzorena, 2016). A su vez, quienes son cuidados/as por otros/as también afrontan la desigual oferta de cuidados en función de su clase, lugar de residencia y origen étnico o estatus migratorio (Esquivel, Faur, y Jelin, 2012).

Convergencias entre salud colectiva y teoría feminista

Los apartados anteriores exploraron dos tradiciones críticas de pensamiento y algunas nociones clave para pensar la salud y los trabajos de las mujeres. Cabe destacar que la salud de las trabajadoras constituye un campo de interés creciente desde los años noventa. Hacia finales del siglo XX surgieron diversos estudios teóricos y empíricos sobre la temática (Breilh, 1991; Jassis y Guendelman, 1993; Lara y Acevedo, 1996; Brito, 1997; Hilfinger Messias, y otros, 1997; Bauvinic, Giuffridai, y Glassman, 2002; Cruz, Noriega, y Garduño, 2003; European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Rubin-Kurtzman, Denman Champion, y Monteverde, 2006), que constituyen un antecedente fundamental de las inquietudes aquí planteadas.

En este apartado se abordarán algunas preguntas que pueden realizarse desde los feminismos a la ms-sc. En primer lugar, se propone reflexionar sobre el proceso de salud-enfermedad-cuidado si consideramos a las mujeres trabajadoras como colectividad. En segundo lugar, se explora el siguiente interrogante: si las fronteras de las fábricas se extienden hacia dormitorios, cocinas y hogares, donde se produce la fuerza de trabajo que en ellas labora (Federici, 2013 [1975]) ¿Por qué limitar el estudio de la relación trabajo-salud al ámbito del empleo remunerado? Finalmente, se plantea que, desde el campo de la salud, se recupere la noción de cuidado en los términos propuestos por la teoría feminista, por cuanto esto permite complejizar los análisis.

Respecto de la primera cuestión, como se señaló anteriormente, para la ms-sc los procesos de salud-enfermedad-cuidado se analizan a nivel de las colectividades humanas, definidas en función de su inserción específica en procesos sociales críticos. Ahora bien ¿Cómo se definen dichas colectividades? y ¿Qué inserciones sociales deben considerarse relevantes? Los conceptos feministas abordados a lo largo del texto permiten afirmar que las desigualdades sociales derivadas de la diferenciación sexual debieran constituir un eje analítico de peso a la hora de construir tales colectividades. Aún más, se puede considerar la salud-enfermedad-cuidado como

una experiencia corporal generizada (Grimberg, 2009). Sin embargo, cabe aclarar que las mujeres no son un colectivo homogéneo,

sino un sujeto complejo, atravesado por múltiples contradicciones ligadas a la clase social, la cultura, el color de la piel, la orientación sexual. ¿Cómo escindir de la experiencia de una mujer su inscripción en la clase social a la que pertenece, de los efectos sociales y políticos del color de su piel, de su acento al hablar, de su cultura? (Ciriza, 2008:28).

Al indagar la salud-enfermedad-cuidado y la relación trabajo-salud de un grupo social conviene entonces tener presente que clase, sexo-género y “raza” se intersectan y producen formas específicas vivir el trabajo, la salud y la reproducción cotidiana (Davis, 2005 [1981]; Crenshaw, 2012).

Estas ideas no son nuevas. Incluso se cuenta con investigaciones que correlacionan género, salud y -en algunos casos- etnicidad. Se trata de trabajos que sostienen que las desigualdades existentes en materia de educación, ingresos y empleo producen una *morbilidad genérica diferencial*, al tiempo que limitan la capacidad de niñas y mujeres para proteger su propia salud (Krieger, 2003; Marquez et al., 2004; Prazeres, et al., 2008; OMS, 2009; OPS, 2009; Ortega Ruiz, 2011; Tajer, et al., 2013). Se ha documentado también que la doble presencia y la división sexual del trabajo implican pesadas cargas y esfuerzos excesivos que deterioran progresivamente la salud de las mujeres trabajadoras (Breilh, 1991; Brito, 2000; Brito, et al., 2012).

No obstante estos hallazgos, es posible indicar que el instrumental teórico utilizado para investigar sobre procesos de salud-enfermedad-cuidado no se ha transformado en profundidad. Persisten enfoques que separan la producción material y las condiciones de empleo, de la reproducción y las condiciones de vida, aun cuando esta separación diste enormemente de la experiencia cotidiana de las mujeres. Si se

mantuviese un diálogo sistemático con el bagaje conceptual aportado por la teoría feminista, podría analizarse la salud-enfermedad-cuidado como una síntesis resultante de las formas históricas específicas que asume la producción-reproducción de la vida, entendida como un continuo.

Esto último invita a revisar algunas de las categorías propuestas por la **ms-sc**. Por ejemplo, ya se dijo que las cargas de trabajo deben ser analizadas a partir de la dinámica global del proceso laboral, que depende de los medios y de la organización de la producción. Sin embargo, esa dinámica no está separada de la forma en que se organiza la reproducción: no existe un sistema de producción que opere separado de un sistema de reproducción, por lo que las transformaciones en uno suponen cambios en su inseparable otro (Kofman, 2016).

En cuanto al segundo tema planteado en este apartado, propuesto a modo de interrogante ¿Por qué limitar el estudio de la relación trabajo-salud al ámbito del empleo remunerado? Los conceptos feministas analizados hasta aquí cambian el punto de gravitación, desde una perspectiva centrada exclusivamente en el trabajo asalariado y la producción de mercancías, por otra que integra la producción-reproducción de las personas, especialmente las contribuciones de las mujeres a través de sus labores domésticas. Esto visibiliza una cuestión clave: la duración total de la jornada laboral femenina.

En efecto, el recorrido realizado en este escrito, deja entrever que el trabajo de las mujeres no culmina al salir de la fábrica o al retornar de las plantaciones, los comercios y las oficinas, sino que la jornada laboral se entrecruza de manera compleja con el trabajo gratuito que desempeñan en los hogares, sin el cual no sería posible la reproducción familiar y social.

Entonces, para el análisis de la salud de las trabajadoras se debiera considerar la carga global de trabajo que genera una forma particular de interacción entre empleo y trabajo reproductivo. Esto implica revisar, entre otros aspectos, cuántas horas consideramos que trabajan la mayoría de las mujeres. Si se considera el caso de las trabajadoras de agro, por ejemplo, vemos que una asalariada rural puede levantarse a las cinco de la mañana para preparar los alimentos que consumirá toda su familia durante el día, trasladarse luego a la finca donde cosecha y permanecer ocho horas (que le son remuneradas a destajo); para volver a su hogar y realizar cuatro o cinco horas más de labores domésticas, por las que no recibe paga alguna⁷. Esta jornada exhibe que el tiempo necesario para realizar las actividades domésticas avanza sobre el tiempo de reposición de la fuerza de trabajo, lo que redundaría en un mayor desgaste (Garduño Andrade y Marquez Serrano, 1993).

⁷ Este tipo de jornada ha sido descrita por las trabajadoras agrícolas que han sido entrevistadas para la tesis doctoral en que se enmarca el artículo.

En ese marco, el análisis del desgaste laboral de las mujeres trabajadoras, no debiera limitarse a “sumar” las actividades remuneradas y no remuneradas, sino a examinar la forma particular, variable e histórica en que unas y otras se combinan. Por una parte, porque la forma que asumen las labores domésticas y de cuidados se encuentran modeladas por el tipo de empleo al que se accede. Esto es, si se trata de empleo registrado, que permite gozar de licencias establecidas por ley, contar con cobertura de salud, una paga estable cuyo monto permita contratar servicios de cuidado. Al contrario, la falta de registración impide el goce de licencias por enfermedad o por atención de un/a familiar enfermo/a, y el pago por jornal supone que un día de reposo o dedicado a la asistencia de otro/a resulta un día sin remuneración.

Por otra parte, porque el tipo de empleo al que se puede acceder guarda estrecha relación con el lugar de las mujeres en la reproducción. La atribución de las responsabilidades de cuidado a las mujeres funciona como un factor de discriminación en el mercado de trabajo. A su vez, los ciclos de las unidades domésticas suponen diferentes posibilidades de inserción laboral para ellas. Cuando las mujeres transitan embarazos y tienen hijos/as pequeños/as resulta un período en el que, a la par que aumenta la exigencia doméstica y de cuidados, se encuentran posicionadas en condiciones menos ventajosas para negociar con los empleadores. En general, cursar un embarazo o ser madre de niños/as pequeños/as puede constituir una razón para no ser “seleccionada” para un empleo. En trabajos informales, pueden percibir menores ingresos e incluso ser despedidas. El esfuerzo analítico es, entonces, poder determinar cómo esta combinación de exigencias, de carácter variable, influye en un perfil patológico específico (Garduño Andrade y Marquez Serrano, 1993).

Adicionalmente, al analizar el mundo del empleo y su impacto en la salud-enfermedad-cuidado, se debe evitar considerar a “los trabajadores” como un conjunto homogéneo, ya que se olvidan las jerarquías sexuales que operan los mercados de trabajo. Se deja de lado el hecho de que esas jerarquías destinan a las mujeres a los trabajos peor remunerados y más inestables, lo que tiene consecuencias directas en la salud de las trabajadoras. A partir de esto, un desafío para el estudio de la relación trabajo-salud es indagar en las marcas corporales y subjetivas, los daños a la salud y las (im)posibilidades de cuidado que el empleo remunerado produce en las mujeres, fundamentalmente porque el mercado de trabajo se encuentra segmentado sexualmente.

En relación al último aspecto propuesto para analizar en esta sección, cabe señalar que el pasaje realizado en la **ms-sc** desde la categoría de *atención* a la de *cuidado* carece, en buena medida, de referencias teóricas que expliciten

dicho cambio con claridad. Una investigación reciente (Michalewicz, Pierri, y Ardila-Gómez, 2014) identifica al menos cinco usos de la noción de cuidado en el campo de la **ms-sc**: el cuidado vinculado con una dimensión afectiva y vincular de las prácticas en salud; también para referir a prácticas no formales de atención; en otros casos para referir a un concepto superador de la atención por su acento en la integralidad y la participación; como una noción centrada en las/os usuarias/os; o bien como sinónimo de atención.

En ese marco, la propuesta de este trabajo es recuperar la noción de cuidado en los términos propuestos por la teoría feminista, por cuanto esto permite inscribir el concepto en el marco la reproducción social, la producción y el trabajo. Si bien la noción de cuidado comenzó a ser uti-

lizada en el seno de la teoría feminista para poner en valor los aspectos subjetivos de las tareas reproductivas, ello no impidió mantener su consideración como trabajo, y señalar que se trata de un aporte gratuito realizado por las mujeres a la producción-reproducción social.

Reconocer la inscripción genealógica del término en el marco de la teoría feminista implica identificar que el cuidado de la salud, específicamente, es un tipo de atención sexualmente delimitado. Masivamente son las mujeres las que proveen dichas prestaciones, tanto de manera remunerada y profesional, como en forma gratuita, en el marco de sus vínculos afectivos y domésticos. De este modo se visibiliza que los cuidados se organizan a partir de una división sexual del trabajo que resulta clave en el mantenimiento de la subordinación de las mujeres.

Conclusiones

Este artículo buscó cumplir un doble propósito. Por un lado, recuperar tradiciones críticas de pensamiento para reponer su análisis en un contexto de desposesión creciente para las mayorías trabajadoras, articuladas a crisis económicas y de la reproducción. Justamente, la **ms-sc** latinoamericana surge en el contexto de lo que se denominó *crisis de la medicina*; mientras que los feminismos abrieron sus debates sobre el trabajo de las mujeres cuando en los países centrales los Estados sociales comenzaban a declinar y en el sur global se empujaba masivamente a las mujeres al empleo asalariado, sin proporcionar relevos en sus tareas domésticas.

Con nuevas expresiones, el escenario actual vuelve a tensionar fibras similares de la trama social, atentando contra las estrategias familiares y comunales de sostenimiento cotidiano, provocando el aumento de la carga de trabajo remunerado y gratuito de las mujeres, y multiplicando las formas de sufrimiento de la población laboral. Esto convoca a traer a la escena a pensadores/as que han aportado herramientas analíticas para dilucidar épocas críticas.

Por otro lado, se procuró poner en diálogo dichas tradiciones teóricas a fin de enriquecer el punto de vista de cada una. Entre las aperturas conceptuales que derivan del uso complementario de estas tradiciones se destaca, en primer lugar, la consideración conjunta de los procesos de producción y reproducción social en el análi-

sis de la salud-enfermedad, evitando así una separación artificial entre condiciones de vida y condiciones de trabajo.

En segundo lugar, la visibilización del trabajo como una experiencia atravesada por los efectos de la diferenciación sexual. Esto es, el reconocimiento de que la división sexual del trabajo y la doble presencia de las mujeres en la esfera productiva y reproductiva demarcan no sólo una jornada de trabajo más extensa, sino también sujeta a mayores precariedades, cargas laborales diferentes y procesos de desgaste específicos, que se han visto desdibujados por los abordajes de la relación trabajo y salud abocados estrictamente al ámbito del empleo.

Ahora bien, subsanar la invisibilidad de los trabajos de las mujeres no implica únicamente sumar horas de trabajo reproductivo y horas de empleo. Las contribuciones feministas consideran que la compleja articulación entre estas esferas resulta variable e histórica, exhibe desigualdades entre las mujeres de acuerdo a su posición social, e -incluso- se transforma a lo largo del curso de vida de una misma trabajadora.

Finalmente, el cruce entre **ms-sc** y teoría feminista, conduce a inscribir la noción de cuidado en una genealogía teórica y política comprometida con la transformación de las desigualdades sexogenéricas, al visibilizar los cuidados realizados por las mujeres como un trabajo en sentido pleno y como un aporte fundamental para la sostenibilidad de la vida.

Bibliografía

- Almeida Filho, N., y Silva Paim, J. (1999). "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales*, 5-30.
- Balbo, L. (1994). "La doble presencia". En Borderías, C., Carrasco, C. y Alemany, C., *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria.
- Bauvinic, M., Giuffridai, A., y Glassman, A. (2002). "Gender inequality in health and work: the case of Latin America and the Caribbean". *Sustainable Development Department Technical Papers Series*, 1-36.
- Benería, L. (1981). "Reproducción, producción y división sexual del trabajo". *Mientras Tanto*(6), 47-84.
- (2007). "The crisis of care, globalization of reproduction, and 'reconciliation' policies". *8th International GEM-IWG Conference. Engendering Macroeconomics and International*, Salt Lake City.
- Borderías, C., Carrasco, C., y Alemany, C. (1994). *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria.
- Breilh, J. (1991). *La triple carga (Trabajo, práctica doméstica y procreación). Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- Breilh, J. (2008). "Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud". En A. L. Social, *Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud: documento para la discusión*. México: ALAMES.
- (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, pp. 13-27.
- Brito, J. (1997). "Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero". *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), pp. 141-144.
- (2000). "Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho". *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), pp. 195-204.
- Brito, J.C.; Neves, M.Y.; Oliveira, S.S.; y Rotenberg, L. (2012). "Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero". *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(126), pp. 316-329.
- Carrasco, C. (1992). "El trabajo de las mujeres: producción y reproducción (Algunas notas para su reconceptualización)". *Cuadernos de Economía*, 20, pp. 95-109.
- Carrasco, C. (2006). "La economía feminista: una apuesta por otra economía". En Vara, M. J., *Estudios sobre género y economía*. Madrid: Akal.
- (2011). "La economía del cuidado: Planteamiento actual y Desafíos pendientes". *Revista de Economía Crítica*(11), 205-225.
- Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (2011). "El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales". En Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- Casallas Murillo, A. L. (2017). "La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional". *Ciencias de la Salud*, 15(3), pp. 397-408.
- Castro, R. (2016). "De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad". *Salud Colectiva*, pp. 71-84.
- Ciriza, A. (2008). "Genealogías feministas y memoria: a propósito de la cuestión de la ciudadanía de mujeres". En *Intervenciones sobre ciudadanía de mujeres, política y memoria. Perspectivas subalternas*. Buenos Aires: Feminaria Editora.
- (2011). "Mujeres y transnacionales. A propósito de las relaciones entre capitalismo y patriarcado en tiempos de crisis". *Solidaridad Global*, pp. 29-34.
- Cruz, A. C., Noriega, M., y Garduño, M. (2003). "Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones". *Cadernos Saúde Pública*, 19(4), pp. 1129-1138.
- Dalla Costa, M. (1977). "Las mujeres y la subversión de la comunidad". En James, S. y Dalla Costa, M. *El poder de la mujer y la subversión de la comunidad*. México: Siglo XXI.
- Davis, A. (2005 [1981]). *Mujeres, raza y clase*. Madrid: Akal.
- de Sousa Campos, G. W. (2000). "Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas". *Ciência y Saúde Coletiva*, 5(2), pp. 219-230.
- Esquivel, V., Faur, E., y Jelin, E. (2012). "Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado". En Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2003). *Gender issues in safety and health at work. A review*. Luxemburgo: Official Publications of the European Communities.

- Falquet, J. (2009). "La règle du jeu. Repenser la co-formation des rapports sociaux de sexe, de classe et de «race» dans la mondialisation néolibérale". En Dorlin, E. *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Federici, S. (2013 [1975]). "Contra-atacando desde la cocina". En *Revolución en punto cero. trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de sueños.
- (2014). "La reproducción de la fuerza de trabajo en la economía global y la revolución feminista inacabada". *Contrapunto*, pp. 97-128.
- (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Feo Istúriz, O., Feo Acevedo, C., y Jiménez, P. (2012). "Pensamiento contrahegemónico en salud". *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), pp. 602-614.
- Galeano, D., Trotta, L., y Spinelli, H. (2011). "Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida". *Salud Colectiva*, 7(3), pp. 285-315.
- García, J. C. (2007 [1986]). "Juan César García entrevista a Juan César García". *Medicina Social*, 2(3), pp. 153-159.
- Garduño Andrade, M. d., y Marquez Serrano, M. (1993). "La salud laboral femenina. Apuntes para su investigación". En Laurell, A. C. *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Granda, E. (2003). "¿A qué cosa llamamos salud colectiva hoy?" *VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva*. Brasilia.
- Grimberg, M. (2009). "Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metro-politana de Buenos Aires, Argentina". *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), pp. 133-141.
- Hilfinger Messias, D. K., Im, E.O., Page, A., Regev, H., Spiers, J., Yoder, L., y Ibrahim Meleis, A. (1997). "Defining and redefining work: implications for women's health". *Gender y Society*, pp. 296-323.
- Hill Collins, P. (1998). La política del pensamiento feminista negro. En Navarro, M. Stimpson, C. (comp.) *¿Qué son los estudios de mujeres?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hirata, H., y Kergoat, D. (2007). "Novas configurações da divisão sexual do trabalho". *Cadernos de Pesquisa*, 37(132), pp. 595-609.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), pp. 128-136.
- Jassis, M., y Guendelman, S. (1993). "Maquiladoras y mujeres fronterizas ¿Beneficio o daño a la salud obrera?" *Salud Pública de México*, 35, pp. 620-629.
- Kofman, E. (2016). "Repensar los cuidados a la luz de la reproducción social: una propuesta para vincular los circuitos migratorios". *Investigaciones Feministas*, 7(1), pp. 35-56.
- Krieger, N. (2003) "Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter?" *International Journal of Epidemiology*, (32), pp. 652-657.
- Lara, M. A., y Acevedo, M. (1996). "Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva". En *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México: EDAMEX.
- Laurell, A. C. (1978). "Proceso de trabajo y salud". *Cuadernos Políticos*(17), pp. 59-79.
- (1982). "La Salud-Enfermedad como proceso social". *Cuadernos Médico-Sociales*, (19), pp. 1-11.
- (1984). "Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia". *Cuadernos Políticos*, pp. 63-83.
- (1986). "El estudio social del proceso de salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales*, 37.
- (1993a). "La construcción teórico metodológica de la investigación sobre salud de los trabajadores". En Laurell, A. C. *Para la investigación de la salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- (1993b). *Para la investigación de la salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- (1994). "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad". En Rodríguez, M. I. *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington DC: OPS/OMS.
- Laurell, A. C., y Noriega, M. (1987). "Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción". *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social*, (págs. 61-91).
- López Arellano, O., Escudero, J. C., y Carmona, L. D. (2008). "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES". *Medicina Social*, pp. 323-335.
- Lugones, M. (2005). "Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color". *Revista internacional de filosofía política*(25), pp. 61-76.
- Maure, G., Linardelli, M. F., y Anzorena, C. (2016). "¿Autoatención o trabajo de cuidados? el rol de mujeres migrantes bolivianas en el cuidado de sus familiares enfermos/as". *Actas de las VIII Jornadas de Antropología Social Santiago Wallace*. Buenos Aires: UBA.
- Markez, I., Poo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., y Vega, A. (2004). "Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), pp. 37-61.

- Mendoza Rodríguez, J. M., y Jarillo Soto, E. C. (2011). "Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos". *Ciência y Saúde Coletiva*, 16(1), pp. 847-854.
- Menéndez, E. (1983). Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. En *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. (págs. 1-20). México: Cuadernos de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (2005a). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), pp. 9-32.
- (2005b). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, pp. 33-69.
- Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). "Del proceso de salud-enfermedad/atención al proceso de salud-enfermedad-cuidado: elementos para su conceptualización". *Anuario de investigaciones*, Vol. XXI, pp. 217-224. Buenos Aires: Facultad de Psicología - UBA.
- Mies, M. (1986). *Patriarchy and accumulation on a world scale. Women in International Division of Labour*. London: Zed Books.
- Minayo Gómez, C. (2012). "Historicidad del concepto 'salud del trabajador' en el ámbito de la salud colectiva: el caso de Brasil". *Salud Colectiva*, 8(3), pp. 221-227.
- Noriega, M. (1993). "Organización laboral, exigencias y enfermedad". En Laurell, A. C. *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Noriega, M., Laurell, C., Martínez, S., Méndez, I. y Villegas, J. (2000). Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(4), pp. 1011-1019.
- Nunes, D. E. (1994). "Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito". *Saúde e sociedade*, 3(2), pp. 5-21.
- (1996). "Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação". *Ciência y Saúde Coletiva*, pp. 55-69.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Las Mujeres y la Salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Plan de acción para la Implementación de la Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud 2009-2014*.
- Ortega Ruiz, C. (2011). "Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea". *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género*, 1(4), pp. 208-223.
- Osmo, A. y Schraiber, L. B. (2015). "O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição". *Saúde e Sociedade*, pp. 205-218.
- Paim, J. S. (1992). *La salud colectiva y los desafíos de la práctica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Pautassi, L., y Zibecchi, C. (2013). *Redefiniendo las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos.
- Pérez Orozco, A. (2014). "Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados". En Carrasco, C. (ed.) *Con voz propia. La economía feminista como apuesta teórica y política*. Madrid: La Oveja Roja.
- Pessolano, D. (2016). Economía de la vida. Aportes de estudios feministas y de género. *Polis, Revista Latinoamericana*, 15(45), 191-209.
- Picchio, A. (2009). "Condiciones de vida: Perspectivas, análisis económico y políticas públicas". *Revista de Economía Crítica*, (7), pp. 27-57.
- Prazeres, V., Soares, C., Marques, A. y Laranjeira, A. (2008). *Saúde, sexo e género: factos, representações e desafios*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Rich, A. (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Cátedra.
- Rodríguez Agüero, E. (2015). "Intervenir desde los márgenes: Mujeres y feminismos en la revista Crisis. Argentina 1973-1976". *Nomadías*, pp. 105-128.
- Rodríguez Enríquez, C. (2012). "La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico?" *Revista CEPAL*, 106, pp. 23-36.
- (2015). "Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad". *Nueva Sociedad*, 256, pp. 30-44.
- Rubin-Kurtzman, J., Denman Champion, C. y Monteverde, G. (2006). "Cambios en el Mundo del Trabajo y la Salud de Las Mujeres: Una Revisión desde America Latina". *California Center for Population Research On-Line Working Paper Series*, pp. 1-57.
- Spinelli, H. (2005). "Laberintos" (editorial). *Salud Colectiva*, 7.
- Stolkiner, A., y Ardila Gómez, S. (2012). "Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas". *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII, pp. 57-67.
- Tajer, D., Reid, G., Gaba, M., Lo Russo, A., Barrera, M.I. (2013). "Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres". *Revista Argentina de Cardiología*, (81), 344-352.
- Torres, L., Moreno, S., y Pessolano, D. (2014). "Aportes de los estudios feministas, de la mujer y de género al concepto de reproducción social". En Torres, L., Abraham, E. y Pastor, G. *Ventanas sobre el territorio. Herramientas teóricas para comprender las tierras secas*. Mendoza: Ediunc.
- Villegas Rodríguez, J., y Ríos Cortázar, V. (1993). "La investigación participativa en salud laboral: el modelo obrero". En Laurell, A. C. *Para la investigación sobre salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Voguel, L. (2016). "La actualidad del Modelo Obrero Italiano para la lucha a favor de la salud en el trabajo". *Laboreal*, 12(2), pp. 10-17.

Waitzkin, H. (2006). "Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social". *Medicina Social*, 1(1), pp. 5-10.

Yanes, L. (2003). "El trabajo como determinante de la salud". *Salud de los Trabajadores*, pp. 21-42.

Aborto medicamentoso

Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina

Medical abortion

Activist transfers and knowledge transnationalization in Argentine and Latin America

Sandra Salomé Fernández Vázquez | ORCID: orcid.org/0000-0003-2551-3569
sandrasalo.fernandez@gmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Argentina

Lucila Szwarc | ORCID: orcid.org/0000-0003-4742-7696
luli105@hotmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Argentina

Recibido: 30/06/2018

Aceptado: 06/09/2018

Resumen

Nos proponemos esbozar una genealogía del uso del misoprostol en Argentina y caracterizar los modelos de acompañamiento y consejerías en aborto desde organizaciones feministas y el sistema público de salud. Describimos los diversos procesos que dan lugar a la difusión de la práctica y los saberes sobre el uso abortivo del misoprostol en Argentina, particularmente la apropiación experimental que hacen las propias mujeres, las consejerías pre y post aborto del sistema público de salud y las iniciativas de difusión de la información y acompañamientos en aborto desde el feminismo. Estos procesos de transnacionalización y transferencias culturales de saberes y abordajes dan lugar a modelos locales aparentemente antagónicos: un modelo de salud pública, con la reducción de la mortalidad materna como argumento principal que le otorga biolegitimidad, y otro modelo centrado en el cuestionamiento a la caracterización hegemónica del aborto como un “mal”, que busca instalar un discurso herético. En la práctica, veremos cómo estos modelos coexisten conformando un *continuum* de discursos y prácticas militantes que buscan garantizar derechos y modificar los sentidos establecidos.

Palabras clave: Aborto medicamentoso, Reducción de riesgos y daños, Movimiento feminista.

Abstract

In this study, we aim to outline a genealogy of the use of misoprostol in Argentina and characterize the models of accompanying and counseling in abortion by feminist organizations and the public health system. We describe the different processes that lead to the dissemination of practice and knowledge about the abortive use of misoprostol in Argentina, in particular the experimental self-appropriation by women, the pre and post abortion counseling in the public health system and the role of feminist organizations in the dissemination of information and the support in abortion. These processes of transnationalization and cultural transfers of knowledge and approaches lead to local models in Argentina that seem antagonistic. On the one hand, there is the public health model, whose main argument is the reduction of maternal mortality, which gives it biolegitimacy. On the other, a model that questions the hegemonic definition of abortion as something wrong. The latter model intends to install a heretical discourse. In practice, we will see how these models coexist forming a *continuum* of discourses and militant practices that seeks to ensure rights and modify the dominant meanings.

Keywords: Medical abortion, Risk and harm reduction model, Feminist movement.

Introducción

Durante 2018, el aborto se instala como un tema de debate central en Argentina, cuando la exigencia de su legalización y despenalización se configuran como reclamos legítimos en la esfera pública. La ebullición que acontece mientras escribimos estas líneas, dónde las discusiones en las Cámaras de Diputados y Senadores se acompañan de movilizaciones multitudinarias de amplios sectores sociales, comienza a cobrar fuerza a comienzos del 2018. En un primer momento, esta creciente visibilidad se expresa en el tratamiento del tema, entre otros espacios, en programas de televisión masivos. El 5 de febrero de 2018, la mención del término **misoprostol** en el programa de televisión *Intrusos*, por la invitada conocida como **Señorita Bimbo**, genera que el nombre del medicamento sea una de las principales búsquedas de *Google* de la jornada.

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina, diseñado para el tratamiento de las úlceras gástricas. Diversos organismos internacionales y sociedades médicas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG), recomiendan también su uso obstétrico, tanto para la inducción del parto como para la práctica de abortos y el tratamiento de la hemorragia postparto (OMS, 2012; FLASOG, 2013). Dado que el misoprostol tiene diversos usos, no sólo obstétricos, se encuentra registrado y se comercializa en América Latina, a diferencia de la mifepristona. Pero su popularidad se debe a su uso abortivo: este fármaco, utilizado en las dosis recomendadas (tres dosis de 800 mcg para provocar un aborto en el primer trimestre de gestación), genera contracciones uterinas y la posterior expulsión de su contenido (OMS, 2012).

La mifepristona es un antiprogéstágeno que inhibe la acción de la progesterona y, en consecuencia, impide la continuación de un embarazo. Fue diseñada en 1984 por el laboratorio Roussel-Uclaf con la finalidad de interrumpir embarazos durante el primer trimestre de gestación (Baulieu, 1990). Se recomienda la administración de mifepristona junto con misoprostol, combinación que ha demostrado una alta efectividad.

En la mayoría de los países de América Latina no hay acceso legal a la mifepristona. Sólo en Uruguay, en Ciudad de México y, desde marzo de 2017, en Colombia, las agencias de regulación correspondientes han aprobado el registro de la droga (Zurbriggen, 2017). La falta de acceso a la mifepristona de forma legal supone que

gran parte de los abortos medicamentosos en América Latina se realicen exclusivamente con misoprostol¹. A pesar de esta barrera, el aborto con medicamentos se ha convertido en una alternativa segura y económica, en una región en la que la penalización de la práctica condena a las mujeres a la clandestinidad y a asumir costos excesivos para poder acceder a un aborto seguro.

En Argentina, la **Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica** (en adelante, **ANMAT**) ha aprobado dos presentaciones de medicamentos que contienen misoprostol: por una parte, una presentación de 25mcg, del **Laboratorio Domínguez S.A.**, que se distribuye exclusivamente en el ámbito hospitalario y cuya aprobación incluye el uso obstétrico; y por otra parte, la presentación de 200mcg, del **Laboratorio Beta (Oxaprost®)**, que se comercializa en combinación con diclofenac (de 75mg o 50mg), cuyo uso aprobado es el tratamiento de la artritis reumatoidea². Esta última presentación es la que se usa para abortar, tanto en los abortos legales (interrupciones legales del embarazo, **ILE**), en los que se hace un uso *off label* en el sistema público de salud, como en los casos en los que las mujeres lo utilizan en la clandestinidad.

Si bien en América Latina desde la década del 2000 se han multiplicado los estudios sobre experiencias de aborto, y particularmente sobre el uso del misoprostol (Vázquez *et al.*, 2006; Zamberlin y Gianni, 2008; Diniz y Correa, 2009; Zamberlin y Raiher, 2010) son escasos los estudios que dan cuenta de la historia de estas experiencias e inexistentes para el caso argentino. En el presente artículo nos proponemos esbozar una genealogía del uso del misoprostol en Argentina y caracterizar los modelos de acompañamiento y consejerías en aborto desde organizaciones y colectivas feministas y desde el sistema de salud. Estas prácticas se centran principalmente en brindar información a las mujeres y personas

¹ Si bien el misoprostol sí está registrado y aprobada su comercialización, las mujeres que lo usan para abortar lo hacen *off label*, porque está indicado con otros usos.

² El 2 de julio de 2018, **ANMAT** aprobó una disposición, la 6726/2018, en la que permite al Laboratorio Domínguez S.A. una nueva presentación de **MISOP** con una concentración de 200mcg de misoprostol (**MISOP200**). En esta disposición, se autoriza el uso obstétrico de esta presentación, aunque sólo se habilita su uso institucional y hospitalario, es decir, no habilita la venta en farmacia. Debido a que se trata de una disposición reciente, el **MISOP 200** todavía no está disponible ni figura en el vademécum de **ANMAT** en el que se incluyen todas las especialidades medicinales registradas.

gestantes sobre la utilización del misoprostol para el aborto inducido. Tomamos el caso de las consejerías pre y post aborto del sistema público de salud del **Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)** y las iniciativas feministas de líneas telefónicas, consejerías presenciales y acompañamientos a lo largo del proceso de aborto a nivel nacional³, particularmente los casos de **Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto** (en adelante, **Lesbianas y Feministas**) y de **Socorristas en Red**. Se trata de una tarea relevante en tanto los antecedentes que abordamos han contribuido fuertemente a la despenalización social del aborto, punta de lanza de las masivas movilizaciones de las que somos testigo.

El análisis que realizamos se centra en entrevistas en profundidad realizadas a informantes clave: profesionales de la salud del sistema público de salud del **AMBA** (entrevistas realizadas en diferentes períodos entre 2013 y 2017) y militantes del colectivo **Lesbianas y Feministas** (realizadas

³ La línea *Más información Menos Riesgos* es lanzada por el Colectivo **Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto**, con base en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero la atención de la misma tiene alcance nacional, así como la divulgación material (particularmente en los Encuentros Nacional de Mujeres) y online del Manual *Cómo hacerse un aborto con pastillas*. Asimismo, **Socorristas en Red** está conformada por *colectivas* presentes en gran parte del territorio federal. Para más información ver <http://socorristasenred.org/>.

en 2013)⁴. Asimismo, nos hemos servido de fuentes secundarias como investigaciones y publicaciones de los propios colectivos mencionados.

A continuación, proponemos en primer lugar un análisis genealógico, entendiendo la genealogía como una reconstrucción de las procedencias que no pretende reponer orígenes preestablecidos, linealidades ni causalidades de sentido. Nos proponemos más bien esbozar algunas líneas que permitan reflexionar sobre la multiplicidad de fenómenos fragmentados, yuxtapuestos, azarosos y dispersos (Foucault, 2004) que interpretamos como posibilitadores de los usos abortivos del misoprostol en Argentina. Encontramos procesos de transnacionalización de los saberes y de transferencias militantes que posibilitan la conformación de los abordajes de salud pública y de información y acompañamiento en aborto seguro. En segundo lugar, buscamos caracterizar estos modelos tanto en sus especificidades como en aquellos puntos donde encontramos un entramado común de prácticas y abordajes.

El análisis que realizamos en estas páginas parte de un conocimiento situado (Haraway, 2009) en el que se entremezclan nuestras experiencias de investigación y de militancia, dado que ambas pertenecemos entre 2014 y 2017 a espacios de acompañamiento en aborto, que eran parte de **Socorristas en Red**.

⁴ Las entrevistas en profundidad fueron realizadas en el marco de dos investigaciones de las autoras: por una parte, la tesis de maestría de Autora 1 (2013) y, por otra parte, la investigación de doctorado de Autora 2 (en curso).

Transferencias militantes y transnacionalización de los saberes

En las últimas dos décadas, a pesar de que en la mayoría de los países de América Latina el aborto está penalizado en su totalidad o permitido sólo en determinados casos, se ha producido una expansión del conocimiento y del uso abortivo del misoprostol, dentro y fuera del sistema de salud. La popularización de la práctica y la expansión de saberes, a través de distintas experiencias en la región, han ido por canales que han puesto en jaque las fronteras de los Estados y la regulación que, dentro de éstas, existe con respecto a la práctica del aborto. Las mujeres y otras personas gestantes⁵ de América Latina han

⁵ El uso de *mujeres y otras personas gestantes* o, en algunos casos, sólo *personas gestantes* remite a la necesidad de no obviar que en el reclamo por el derecho al aborto y en la práctica misma existen otras identidades políticas, a saber: varones trans, lesbianas, bisexuales y otras identidades no binarias, que no están incluidas en el significante *mujeres*, que habitualmente remite a mujeres cis heterosexuales.

abortado y abortan a pesar de las regulaciones restrictivas, y lo hacen con información y acompañamiento de organizaciones feministas y profesionales de la salud que se han nutrido de -y nutren a su vez- experiencias regionales. Se ha producido una transnacionalización de los saberes y relatos de experiencias (Autora 2, 2017) que han contribuido a que, en la actualidad, en la región, las mujeres puedan acceder a una práctica segura a pesar de la clandestinidad y la penalización del aborto (Jelinska y Yanow, 2018; Zurbriggen *et al.*, 2017).

En América Latina, tres factores convergen, se solapan y superponen para posibilitar el desarrollo de las consejerías y acompañamientos en aborto seguro. Si bien estos procesos se yuxtaponen y retroalimentan, los primeros estudios sobre el tema indicarían que las mujeres de sectores populares comienzan a utilizar el misoprostol para el aborto autoinducido antes de que

los feminismos o los/las profesionales de la salud comiencen a conocer y a difundir este uso (Grosso, Tripin y Zubriggen, 2014). Con posterioridad, a partir de la revolución tecnológica que implica la disponibilidad del misoprostol en América Latina, la difusión boca a boca de su uso abortivo por las propias mujeres se fusiona y potencia con el uso *off label* que hacen los/las profesionales de la salud, inicialmente para inducir partos y posteriormente para reducir los riesgos del aborto inseguro, y con la información que se comienza a sistematizar y difundir dentro de las redes y espacios feministas.

Las primeras investigaciones que dan cuenta del uso del misoprostol en América Latina para el aborto autoinducido registran su uso en Brasil, donde está disponible desde 1986 (Grosso, Tripin y Zubriggen, 2014). Una búsqueda sistemática de los estudios sobre aborto en Brasil da cuenta de una transición en los métodos y experiencias de aborto de las mujeres de las grandes ciudades a comienzos de los años 90. Las investigaciones cualitativas encuentran que las mujeres ya no relatan el uso de métodos riesgosos como venenos o inyecciones; en cambio, comienzan a mencionar la utilización del misoprostol para la inducción del aborto (Diniz y Correa, 2009).

En Argentina, los primeros estudios que dan cuenta del uso abortivo del misoprostol por parte de mujeres y adolescentes datan de la década del 2000 (Vázquez *et al.*, 2006; Zamberlin y Gianni, 2008). Algunos/as profesionales entrevistados/as señalan haber conocido el uso abortivo del fármaco por parte de las propias mujeres y esbozan hipótesis que relacionan el uso popular en Argentina al uso previo que hacían las mujeres brasileras y paraguayas. El siguiente fragmento da cuenta, por un lado, de una posible transnacionalización de los saberes y experiencias de mujeres de sectores populares de Brasil, Paraguay y Argentina, y por otro, de la superposición de saberes y usos del misoprostol: la utilización pagana y experimental, que surge de la difusión boca a boca, y un uso *de hecho* en el sistema de salud, también por fuera de las indicaciones oficiales, que hacen los profesionales de la salud en las guardias para inducir partos.

las pacientes me hablaban de que usaban pastillas para abortar, y yo un poco no les creía eso, porque no había específicamente en ese momento, una pastilla que provocara un aborto. [...] Esto [el misoprostol] fue una medicación fundamentalmente que empezó a entrar por Brasil. Cuando Brasil la empieza a usar, empieza a llegar a Argentina. Y nosotros, como en la villa tenemos muchos migrantes, muchos extranjeros, por ahí, tenían esto las paraguayas, de que la habían usado en Paraguay, o se la mandaron también de allá. Como también se usaba algún yuyo. [...] Cuando empezó a aparecer este tema, las

mujeres ya tenían la información desde antes. [...] Esto del empoderamiento de la gente del uso del miso-prostol hizo que empezaran a venir mujeres, chicas fundamentalmente adolescentes, que lo tomaban. [...] una de mis pacientes en el Centro de Salud, a la cual yo le había controlado uno o dos embarazos, [...] viene totalmente desesperada, diciéndome que no puede tener este embarazo. Realmente se me partió el corazón. Entonces, yo pensé: "Yo tengo la información, ¿por qué no se la voy a dar?". (Entrevista a médico ginecólogo, GBA)

Los relatos de los y las profesionales dan cuenta de una sinergia de saberes y procesos. Médicos/as generalistas, ginecólogos/as, psicólogas y trabajadoras sociales y otros/as profesionales de la salud, conocen el uso abortivo del misoprostol y su disponibilidad en el país a partir de las propias mujeres, de la información que circula en espacios feministas y militantes y de las experiencias de otros/as colegas y equipos del sistema de salud.

Empezamos en la residencia en el Hospital a ver mujeres en el post aborto. [...] Y partir de ahí fue que empezamos a escuchar algo del misoprostol, de estas mujeres, "Porque la pastilla... que esto, que lo otro". En realidad, no sé cómo fue que empecé a laburar en ese tema, y me contacto con Zulema Palma de Mujeres al Oeste. En ese momento, hicimos un curso sobre aborto, con Martha Rosenberg. Escuchar y pensar, y después fue que me llegó la convocatoria de una capacitación de Pan y Rosas y Mujeres al Oeste, donde dos médicos [españoles] nos hablaron con mucha casuística del uso de misoprostol. (Entrevista a trabajadora social, GBA).

De la necesidad de las mujeres, a las que algunos/as profesionales responden inicialmente brindándoles información experimental, no validada, surge la consiguiente demanda de los y las profesionales de mayor formación y sistematicidad. Esta respuesta la encuentran tanto en el feminismo como en otros espacios de salud que, desde abajo, comienzan a articularse y a nutrirse mutuamente:

En un principio, yo era el que daba el asesoramiento en cuanto a la dosis, después, la capacitó a Alejandra. [...] Entonces, ahí, cuando Alejandra se acerca a la coordinadora, le dice: "Bueno, es importante porque ya hay varios grupos que están trabajando sobre eso". Y ahí nos enteramos de que el Argerich estaba trabajando en esto, que el Álvarez estaba trabajando también, y había dos o tres centros de salud que también estaban trabajando. (Entrevista a médico ginecólogo, GBA).

Los hospitales de Ciudad de Buenos Aires mencionados son pioneros en Argentina en la introducción de consejería pre y post aborto. Éstas son espacios de escucha y acompañamiento, en los que se brinda información sobre cómo usar el misoprostol para abortar de forma segura. Como veremos con respecto a las estrategias militantes, el argumento sobre el que los/las profesionales de la salud sostienen la práctica es que, si bien el aborto está penalizado -con excepción de las causales de no punibilidad⁶-, brindar información no lo está. Así, las consejerías se enmarcan en el derecho de los/las pacientes a recibir información confiable sobre su salud, el deber de confidencialidad de los/las profesionales y el principio de autonomía de los/las pacientes. Este modelo, en sus inicios fragmentario, que funcionaba de manera aislada e incluso oculta al interior de las instituciones, va tomando forma a través de redes entre profesionales y servicios y fundamentalmente, a partir de las recepciones en Argentina del modelo uruguayo de Reducción de Riesgos y Daños contra el aborto practicado en condiciones de riesgo.

Este modelo comienza a gestarse en el Centro Hospitalario Pereyra Rossell de Montevideo, en el 2001, a partir de un estudio sobre la situación epidemiológica del aborto provocado, que encuentra que éste es la primera causa de muerte de las gestantes. Ante esta situación, los/las profesionales conceptualizan la clandestinidad del aborto como un problema de salud pública que éticamente no pueden seguir ignorando. El modelo de reducción de riesgos y daños, que toma su nombre de las políticas de drogas, propone brindar información sobre cómo acceder a un aborto seguro, para reducir las consecuencias sobre la morbilidad materna. En 2004, la iniciativa obtiene el reconocimiento del Ministerio de Salud y se institucionaliza a través de la ordenanza ministerial N°369 (Briozzo, 2002; Briozzo *et al.*, 2007).

Las consejerías pre y post aborto en Argentina se nutren y sistematizan a partir viajes a Uruguay y de lecturas que describen y fundamentan este modelo. La situación legal similar entre ambos países en relación a la regulación del aborto permite que los/las profesionales de la salud argentinos/as encuentren en el abordaje de reducción de riesgos y daños de Uruguay un marco para encuadrar las acciones que venían desarrollando:

Cuando yo ingreso a trabajar en Morón, había empezado a formar parte de REPARAR, que era un intento de red regional Argentina-

⁶ En Argentina, el aborto está tipificado como un delito contra la vida. Sin embargo, el Código Penal de 1921 contempla dos causales de no punibilidad: 1) cuando el embarazo es producto de una violación; 2) cuando el embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la persona que está gestando.

Uruguay, para la reducción del riesgo y el daño en aborto, donde había gente que estaba en el tema del Argerich, que eran reuniones donde empezábamos a ver los lineamientos, del aborto en condiciones de riesgo, que es una causa de muerte materna, son condiciones evitables. (Entrevista a trabajadora social, GBA)

El misoprostol, como señalamos, se convierte en una herramienta accesible y de fácil manipulación, de la que las feministas también se apropiaron para modificar las condiciones en las que las mujeres y personas gestantes acceden al aborto, principalmente en aquellos contextos en los que la restricción legal sentencia a las mujeres a una práctica insegura y/o a asumir los elevados costos del aborto en una clínica clandestina. El uso abortivo del misoprostol ha brindado a las feministas una posibilidad que combina *acción directa, agenciamiento, redistribución de conocimiento* (Mines *et al.*, 2013) y que permite romper con el monopolio del saber médico con respecto al aborto seguro.

Las primeras experiencias feministas que tienen por objetivo brindar información a las mujeres sobre el uso abortivo del misoprostol son las **Líneas telefónicas de Aborto Seguro** (Drovetta, 2014). Inicialmente, se lanza la **Línea de Información Telefónica sobre Sexualidad y Aborto Seguro, Salud de la Mujer** en 2008, en Quito, Ecuador. Como en el caso de Perú (línea en funcionamiento desde mayo de 2010), Chile (2009) y Argentina (2009), las líneas telefónicas se lanzan en América Latina con el apoyo de la ONG neerlandesa **Women on Waves** (Drovetta, 2014; Drovetta, 2015a). Lo interesante del caso argentino es que la formación de las activistas no la realizan integrantes de **Women on Waves** sino de la **Línea Aborto** de Ecuador (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012). Entonces, las líneas que existen en varios países de América Latina pasan a formar parte de la **Red de Experiencias Autónomas de Aborto Seguro (REAAS)**.

En Argentina, la línea *Más información, menos riesgos* que lanza el colectivo **Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto** en 2009, surge a partir del viaje de Rebecca Gomperts -fundadora de **Woman on Waves**- a Argentina en 2008 y el contacto que establece con Verónica Marzano, militante lesbiana fundadora de la línea. Según integrantes de la línea telefónica, en un principio, las argentinas desconfían de las posibilidades legales de dar información sobre aborto sin correr riesgos, hasta que contactan una abogada que confirma el abordaje para el contexto local: mientras no se intervenga en el aborto -categorizado como delito-, dar información es legal. El siguiente fragmento de entrevista resume estos primeros vaivenes y de las trayectorias de quienes conforman inicialmente la colectiva:

Así fue que conocimos a Vero [en referencia a Verónica Marzano]. Ella hace la convocatoria a un par de chicas y estuvimos hablando. Algunas veníamos de militar en partidos de izquierda, otras del lesbianismo, otras de derechos humanos, y así fue que se fue formando Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. [...] Así, empezamos a ver y a estudiar qué posibilidades legales tenía-mos en Argentina. En Ecuador ya habían lanzado la "Línea Aborto". Ellos dan información a las mujeres sobre cómo utilizar el misoprostol. [...] Nos reunimos con miles de abogados de derechos humanos, no hubo uno que nos dijera que el proyecto era viable. "Van a terminar presas al otro día". [...] Nos amparamos en el derecho de dar y recibir información. Armamos un protocolo [...] Una sola abogada nos ayudó, que es la que está dentro de la línea. Luciana Sánchez. Ella fue la única que dijo que podíamos [...] (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

A través de un número de telefonía celular, la Línea se propone asesorar a las mujeres sobre usos seguros del misoprostol -dosis, síntomas esperables, señales de alarma, controles previos y posteriores-, a partir de guías técnicas de la Organización Mundial de la Salud, así como sobre el marco legal y normativo en Argentina -acceso al medicamento, exigencia de la receta a los y las profesionales de la salud, deber de confidencialidad en las guardias- (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012). Esta información es sistematizada y formulada en un lenguaje coloquial y accesible para elaborar el manual *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* (1º ed. 2010, 2º ed. 2012) que se lanza en 2010, con 500.000 descargas online y la distribución impresa de 20.000 copias gratuitas. La segunda edición, con actualizaciones, se publicó en 2012 (Drovetta, 2016).

El lanzamiento de la línea telefónica en Argentina marca una ruptura y a su vez se inscribe en la lucha por el derecho al aborto en Argentina. Desde el retorno democrático, la denuncia por la penalización del aborto es parte de la agenda de los incipientes feminismos, pero inicialmente esta demanda se formula de manera aislada y es cuestionada dentro y fuera de los ámbitos de militancia (Bellucci, 2014). Durante las décadas de los 80 y 90, la temática comienza a cobrar fuerza y visibilidad, no sin tensiones, de la mano de espacios académicos, militantes y de la sociedad civil que lo incluyen entre sus temas y demandas principales (Bellucci, 2014). En 2005, el lanzamiento de la **Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito** (en adelante, la Campaña), responde a una larga tradición de luchas por el derecho al

aborto en Argentina. Los Encuentros Nacionales de Mujeres, que se llevan a cabo desde 1986 en Argentina, resultan fundamentales para articular demandas del movimiento feminista y de mujeres, y particularmente el reclamo por el aborto legal. Es así, que en 2003, se lleva a cabo en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres en la ciudad de Rosario, el primer taller de *Estrategias para un aborto legal y seguro* y en mayo de 2004 se realiza en Buenos Aires el *Primer Encuentro Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito*, convocado por el grupo **Estrategias por el Derecho al Aborto** de esa ciudad (Zurbriggen y Anzorena, 2013; Bellucci, 2014)⁷.

La **Campaña** es una red federal, plural, que se articula en torno a la exigencia específica de la legalización del aborto, pero también desarrolla estrategias para incidir en el debate público e instalar socialmente la demanda. Para el año 2009, cuando se lanza la línea *Más información, Menos Riesgos*, una militante de la misma explica que la **Campaña** difundía información sobre usos seguros del misoprostol, pero demarca su propia experiencia de ese mero "panfleto":

Dentro del feminismo, circulaban clandestinamente informaciones sobre el misoprostol, había un volante de la Campaña que decía cómo utilizarlo, pero era un panfleto. [énfasis propio] (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

Inscrito en una larga trayectoria de luchas por el aborto en Argentina, el lanzamiento de la Línea telefónica *Más información, menos riesgos* es un parteaguas en la difusión del uso del misoprostol dentro y fuera del movimiento feminista en Argentina. Por un lado, porque las presentaciones y difusiones de sus primeros informes (Lesbianas y Feministas, 2010a; Lesbianas y Feministas, 2010b) demuestran que compartir información sobre aborto entre mujeres y lesbianas, en el marco legal y normativo existente en Argentina, es no sólo legal sino posible y efectivo. Por otro lado, porque el manual llega a los Encuentros Nacionales de Mujeres y de ahí en formato impreso y virtual a todo el país.

El manual llega por esta necesidad de que recibíamos la mayoría de llamados de Capital Federal y del Gran Buenos Aires, en menor medida. Éste era nuestro espectro. Muy rara vez nos llegaba un llamado del norte, del sur, de otros lados. [...] empezamos a hablar la posibilidad de hacer un manual, porque

⁷ Para una descripción pormenorizada de la historia de la conformación del aborto como demanda de los feminismos ver Bellucci (2014).

queríamos que se distribuyera la información, que las mujeres lo supieran (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

Yo primero conocí a las chicas por el manual, en un Encuentro Nacional de Mujeres [...] Vi el manual en la plaza y digo, “¿Qué es esto?” No lo podía creer, me parecía algo revolucionario, realmente. Porque las que militábamos con el movimiento de mujeres y estábamos a favor del aborto realmente no teníamos una formación con respecto al aborto o una idea más amplia o profunda. Y cuando vi el manual realmente me pareció algo que dije: “Quiero estar acá”. (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012)

Como movimiento políticamente plural y que funciona como punto de confluencia de las luchas por el derecho al aborto en distintos puntos de la Argentina (Anzorena y Zurbriggen, 2013), la Campaña también se hace eco de la disponibilidad del misoprostol y de las experiencias de consejerías en aborto que militantes feministas y profesionales de la salud vienen haciendo. Es así que en 2012 se lanza **Socorristas en Red (Feministas que abortamos)** una red nacional que no sólo brinda información sobre cómo usar el misoprostol, sino que genera espacios de contención y acompañamiento, calificados como *feministas* por las propias activistas. Esta Red surge al interior de la Campaña en 2012, cuando distintas colectivas⁸ que pasaban datos y acompañaban mujeres en su decisión de abortar deciden conformar una red y unificar premisas de funcionamiento (Maffeo *et al.*, 2015). El nombre de la red y de la práctica, los *socorros rosas*, proviene

⁸ El uso del femenino en algunas palabras que tradicionalmente se usan en masculino (colectivo, protocolo, plenario), son categorías nativas de este feminismo socorrista.

de la experiencia de las feministas italianas del Partido Comunista, quienes garantizaban el acceso al aborto a mujeres sorteando al mercado clandestino (Parodi, 2014).

A partir de lo planteado, proponemos que el uso del misoprostol y la sistematización sobre su uso para acompañar a mujeres y personas gestantes en sus abortos en América Latina responde a transferencias militantes de experiencias, conocimientos y saberes transnacionalizados.

El concepto de transnacionalización ha estado principalmente asociado a la mundialización de la economía y, particularmente, a las acciones de las grandes corporaciones multinacionales. Sin embargo, también ha sido utilizado desde los movimientos sociales globales y los feminismos (Álvarez, 1997). En ambas acepciones, el término denota un movimiento que excede las fronteras de los Estados-nación y que, en algunos casos, pone en cuestión su soberanía.

En esta línea, el concepto de *transferencias culturales* de la sociohistoria también permite comprender los fenómenos de influencia, recepción e hibridación de ciertos modelos y prácticas, y aprehender la dimensión transnacional de la historia de los movimientos sociales. Bibia Pavard (2012a; 2012b) utiliza el concepto de *transferencias militantes* para pensar los orígenes del **Movimiento Francés por la Planificación Familiar**. Los fenómenos de transferencia, traducción y adaptación o diferenciación en las movilizaciones colectivas, a partir de procesos que suceden en otros países, regiones o a nivel inter o transnacional, han sido habituales a lo largo de la historia. Traducciones de obras clave, viajes individuales o colectivos, encuentros internacionales, marcaron los inicios y el rumbo de muchos procesos y movimientos políticos (Pavard, 2012a; Pavard, 2012b). No se trata de pensarlo como una asimilación o copia de procesos que ocurren en otros países, sino de pensar la sinergia de ideas, movimientos y luchas, en este caso, feministas.

Modelos de acompañamiento y consejería: recibir información sobre cómo abortar con medicamentos

El modelo sanitarista: reducción de riesgos y daños y consejerías pre y post aborto

El modelo de reducción de riesgos y daños, cuya conceptualización proviene de las políticas de drogas (Vidiella, 2007), parte de definir el aborto como un problema de salud pública. Las políticas de reducción de riesgos y daños son aquéllas que *intentan [...] reducir las consecuencias en salud, sociales y económicas adversas a los usuarios, sus familias y sus comunidades* (Vidiella, 2007:147).

Según Erdman (2012), este modelo se define por tres principios:

- ◊ el principio de **neutralidad**, que refiere a entender el aborto como un problema de salud pública que entraña riesgos y daños, sin hacer alusión a su estatus moral y legal;
- ◊ el principio de **humanismo**, que implica reconocer a las mujeres como sujetas de derecho, autónomas, capaces de tomar decisiones con respecto a su propio cuerpo y su salud, y por ello, deben ser tratadas con respeto y dignidad;
- ◊ el principio de **pragmatismo**, que supone aceptar la ubicuidad de la práctica del aborto, las condiciones de vulnerabilidad en la que muchas mujeres acceden a la misma y la necesidad de intervenir para reducir los efectos de estas, aun cuando el aborto sea ilegal.

El principio de **pragmatismo** y el principio de **humanismo** suponen reconocer que quienes han decidido abortar, lo harán aun sabiendo que la práctica es ilegal. Según este modelo, quienes abortan

son responsables de sus actos, reconocen el aborto como ilegal y por lo tanto fuera del sistema sanitario. Pero este hecho tiene un antes y un después; es justamente en el antes y en el después que se plantea intervenir desde el punto de vista sanitario, promoviendo que toda mujer en “situación de aborto” consulte antes de hacerlo [...] para realizarlo de la manera menos riesgosa. (Vidiella, 2007:148).

Es decir, en ese *antes* y *después* es donde se produce la intervención en el modelo de reducción de riesgos y daños, porque el *durante*, la práctica del aborto, está penalizada.

Este discurso sanitarista, que se pretende neutral por distanciarse de la dicotomía *a favor/en contra*, encierra una definición del aborto como un mal que debe ser evitado.

Buscamos entonces de manera explícita salir de la estéril contradicción de estar “a favor” vs. “en contra” del aborto por ser una propuesta maniquea y basada en razonamientos fundamentalistas, que más bien nos alejaba de la solución: **todo el mundo está en principio en contra del aborto**. [énfasis propio] (Briozzo *et. al.* 2007:22)

El término mismo *Reducción de daños* parte de la idea de intervenir sobre un mal inevitable y tomar medidas, en este caso antes y después, para paliar sus consecuencias. Una profesional en-trevistada da cuenta de un uso estratégico del término en tanto es más aceptado por no mencionar la palabra aborto que produce “alergia”:

reducción de riesgos y daños, que en ese momento no llamábamos así. Lo llamábamos Consejería pre y post aborto. Después, yo le saqué la palabra aborto, porque provoca mucha alergia, entonces preferimos sacarlo. (Entrevista a médica ginecóloga, CABA, realizada en 2012)

Susana Rostagnol, retomando el concepto de biogitimididad de Didier Fassin (2003), que remite al reconocimiento social que se le atribuye al cuerpo enfermo o sufrido como vía de acceso a un derecho, señala que la estrategia de reducción de riesgos y daños se lleva a cabo

para evitar que haya más “cuerpos sufrientes”. Los discursos médicos no hacen referencia a una mujer titular de derechos cuando se refieren a una mujer en situación de aborto. Es decir, existe una preeminencia del derecho a la salud sobre otros en los casos del “cuerpo sufriente”. (Rostagnol, 2008:230)

En esta línea, una médica ginecóloga de Ciudad de Buenos Aires describe el modelo de consejerías pre y post aborto como alejado de la discusión política y centrado exclusivamente en la reducción de la mortalidad materna por complicaciones de aborto:

Nosotros, esto lo hemos tomado siempre por fuera de lo que tiene que ver con las leyes, sino como salud pública. Nuestra única entrada a esto es demostrar que la mortalidad materna, por complicaciones de aborto, en Argentina, es muy alta y qué se puede hacer para bajarla. Estamos por fuera de los partidos políticos, por fuera de estas cuestiones. Cada uno, en lo personal, si uno quiere la despenalización, no tiene que ver. Nuestra obligación es dar respuestas desde los servicios de salud, porque como lo que nosotros queremos lograr es justamente que, en Salta, en Santiago del Estero, en Formosa, en la provincia de Buenos Aires, estas cosas se cumplan, no podemos ir por el lado de la pelea política. (Entrevista a médica ginecóloga, CABA, realizada en 2012).

A pesar de un abordaje contrario a incidir en la arena política y a la afirmación taxativa de que *todo el mundo está [...] en contra del aborto* (Briozzo *et al.*, 2007:22), tanto **Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (ISCAPCR)** como las consejerías pre y post aborto que se desarrollan en Argentina, además de buscar reducir las consecuencias negativas del aborto inseguro, se proponen un objetivo político: introducir el debate sobre el aborto como un problema de salud pública entre los profesionales de la medicina (Briozzo, 2002).

El modelo militante: de las líneas al socorrismo

El modelo de abordaje de **Lesbianas y Feministas** se basa en dar información telefónica a las mujeres y personas que abortan. Entre sus objetivos, la organización también se propone sistematizar datos sobre el asesoramiento brindado y los procesos de aborto de las mujeres que se contactan. En sus informes, la **Línea** también sistematiza y presenta datos que difunde a través de la web sobre las barreras en el acceso al misoprostol, denuncia sobrepagos y las dificultades en la compra y en el acceso a la receta en el sistema de salud (Lesbianas y Feministas, 2009a, 2009b, 2010a, 2010b, 2011, 2012). La sistematización de los llamados recibidos se vincula con una reapropiación y con una construcción colectiva de saberes históricamente vedados a las mujeres desde el ámbito de la medicina. El siguiente fragmento da cuenta de un estudio pormenorizado de los usos recomendados del misoprostol para generar autonomía en relación al conocimiento científico hegemónico y a la penalización del aborto:

Si yo tengo conocimiento de la información, tengo conocimiento de cómo utilizarlo, de qué

esperar, de cuándo preocuparme, cuándo no, cuán normal es el sangrado, cuándo no lo es, todo lo demás ya está. Yo estoy teniendo un control sobre mi propio cuerpo. Incluso, los médicos no lo saben, no tienen idea. (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

Cómo veremos, la apropiación del conocimiento y la construcción colectiva de saberes por fuera del ámbito biomédico no impiden que **Lesbianas y Feministas** genere articulaciones y capacitaciones con profesionales e instituciones de la salud, ni que busquen disputar modelos de salud también hacia el interior de dichos espacios (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

La conformación de **Socorristas en Red**, en sus inicios, también remite a la difusión de información. En sus comienzos, quienes componen la red se reconocen como *pasadoras de datos*: dan información a las mujeres sobre profesionales de la salud a quienes consultar sobre aborto y, progresivamente, sobre usos seguros del misoprostol para autoinducirse un aborto (Maffeo *et al.*, 2015; Grosso, Tripin y Zurbriggen, 2014). Asimismo, las Socorristas tienen entre sus objetivos *establecer vínculos con sectores de salud amigables de la causa* (Maffeo *et al.*, 2015).

Otro de los puntos en común entre ambos abordajes militantes es la sistematización y producción de datos. En el 2014, comienza el compromiso de la **Red** por sistematizar los datos de los acompañamientos. En un país en el que no hay un registro oficial de los abortos que se realizan⁹, esta sistematización contribuye a visibilizar la práctica. A su vez, integrantes de Socorristas analizan y aportan textos académicos sobre el hacer socorrista, en un ejercicio de reflexividad sobre su práctica feminista (Anzorena y Zurbriggen, 2013; Maffeo *et al.*, 2014; Grosso, *et al.*, 2014).

Socorristas en Red, al igual que las **Líneas de Aborto Seguro**, han contribuido a transnacionalizar el aborto medicamentoso en la región, en tanto han realizado viajes e intercambios con *colectivas* de Chile, Ecuador, Brasil, entre otros. El acceso a la información sobre cómo usar medicamentos para abortar en América Latina es cada vez mayor gracias a la existencia de estas redes.

Ambos modelos se diferencian particularmente en el modo de asesorar y acompañar en relación al proceso de aborto. La **Red de Socorristas** se propone desde su lanzamiento generar *encuentros cara a cara con mujeres (en lo posible grupales) en espacios públicos y el seguimiento del proceso*

⁹Un estudio de 2009 estimaba que, para aquel entonces, se realizaban en Argentina entre 371.965 y 522.000 abortos por año (Mario y Pantelides, 2009).

del aborto y post-aborto (Maffeo *et al.*, 2015:218). También hay diferencias políticas en tanto **Socorristas en Red** forma parte y reivindica su participación en la **Campaña Nacional por el Derecho al Aborto**, mientras que **Lesbianas y Feministas** busca diferenciarse de ese espacio. Las Socorristas describen así su accionar en relación a la despenalización y legalización del aborto:

Buscamos correr los límites acerca de los debates sobre la despenalización y legalización del aborto. [...] apostamos a tramitar el acontecimiento del aborto figurando y prefigurando activismos feministas que hacen del “estar ahí” una forma de reclamo político, para insistir a los poderes estatales sobre la injusticia conservadora y retrógrada que implica mantener la ilegalidad del aborto. (Maffeo *et al.*, 2015:226)

A pesar de esta diferencia podemos afirmar que ambas colectivas, al igual que otros espacios de consejería y acompañamiento en aborto seguro, buscan declandestinizar la práctica, visibilizar el aborto, pero principalmente, cambiar el signo socialmente asignado al mismo. A diferencia del discurso médico que mantiene el estigma que pesa sobre el aborto, pero busca intervenir sobre el mismo como un problema de salud pública, los abordajes desde la militancia feminista y lesbiana buscan reivindicar políticamente la práctica:

Nos lanzamos porque creíamos fuertemente en el proyecto, porque amamos a las mujeres, porque creemos que esta información tiene que estar en la boca de todas, porque creemos en el derecho al acceso, porque creemos en la información, porque creemos y amamos el misoprostol, porque nos da autonomía, nos empodera, nos da el conocimiento de nuestro propio cuerpo. (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto).

Se trata de discursos heréticos en el sentido de Bourdieu (2001) dado que, al recuperar el aborto como orgullo, también en clave genealógica desde las luchas del lesbianismo y los movimientos LGBT (**Lesbianas y feministas**) o al reivindicarse como *aborteras* (**Socorristas en Red**),

las militantes denuncian un contrato tácito de adhesión al orden establecido. Esta subversión política presupone una subversión cognitiva, una subversión de la visión del mundo hegemónica (Bourdieu, 2001).

[...] le sacamos cualquier juicio de valor al tema del aborto. Nosotras no fuimos a discutir si para las mujeres estaba bien o mal abortar... para nosotras está bien abortar, nosotras no le hacemos un juicio de valor a eso, porque detrás de eso hay un deseo, que uno no puede juzgar. (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto)

[...] situamos la práctica abortera *socorrista* en un terreno de transición y de articulación con muchas otras prácticas, discursos y sectores, en el “mientras tanto”: hasta tanto conquistemos el derecho al aborto, lo tomamos por asalto por derecho propio [...] buscamos pensar sobre las posibilidades de resignificación tanto de las prácticas de abortar, como de las formas de nominar. Nos preguntamos: ¿cómo es posible reconocerse(nos) y auto-nominarse(nos) aborteras? ¿Qué tipo de aborteras estamos siendo las socorristas feministas? (Maffeo *et al.*, 2015:226)

Los discursos analizados son heréticos en la medida en que quiebran el contrato tácito de silenciar y ocultar el aborto, pero también de representarlo peyorativamente, como un mal a evitar o como una práctica asociada a la muerte. En esta línea, las militantes de Lesbianas y feministas buscan distanciarse de los lemas de la Campaña, en tanto la exigencia de la legalización se basa en que el aborto clandestino conlleva riesgos de muerte:

Y el “aborto legal para no morir”, nosotras no estamos de acuerdo con esa consigna. Abortando con Misoprostol no te morís, porque [...] si abortás de manera segura, no te morís. Entonces ya, en ese relato, hay falacias, hay prejuicio. Entonces no nos convoca esa consigna. (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto)

El continuum entre el modelo de consejerías pre y post aborto y el modelo militante

Esta distinción analítica entre el modelo sanitarista, de reducción de riesgos y daños, que presenta el aborto como un problema de salud pública, y el modelo de la militancia feminista, que defiende el derecho de las mujeres sobre el propio cuerpo, es menos perceptible en lo que respecta a las consejerías pre y post aborto en **AMBA**. La dificultad para trazar una frontera entre ambos modelos deriva de tres factores: en primer lugar, algunos/as de los/las profesionales de la salud que han implementado las consejerías pre y post se reconocen como militantes feministas, son parte de alguna organización social o política o son activistas en la **Red de Profesionales por el Derechos a Decidir**; en segundo lugar, en gran parte consecuencia de lo anterior, entre los/las profesionales que hemos entrevistado ambas autoras, el discurso sanitarista, las alusiones a la morbimortalidad de las gestantes o a las consecuencias negativas del aborto inseguro, se entremezclan con un discurso de derechos en relación al aborto; y en tercer lugar, los/las profesionales de la salud entrevistados/as no sólo tejen redes de articulación con organizaciones feministas de acompañamiento, sino que además, en lo que respecta a aborto, su práctica profesional converge con un modelo de militancia. Una médica generalista de la Zona Norte del Gran Buenos Aires, entrevistada en noviembre de 2015, señala que el intercambio de celulares con las mujeres que acuden a la consejería es habitual:

R: [...] les damos nuestros teléfonos [a las mujeres]. Les explicamos qué es lo que va a pasar, cómo se van a sentir, pero les decimos que si necesitan algo que llamen, pero muchas te llaman a cualquier hora, o para gritar, o para descargarse, o para saber si lo que está pasando está bien, o no sé, mil cosas. Entonces nuestros teléfonos suenan un montón, todo el día, en cualquier lugar, en cualquier momento, y las mujeres...

E: Como las socorristas...

R: Sí, sí. Y las mujeres cuando están abortando entran en esta cuestión de “soy yo, ahora yo, y atendeme” y entonces cinco mil llamadas. (Entrevista a médica generalista, Gran Buenos Aires).

Esta misma médica generalista, militante de una organización política que realiza acompañamientos, reconoce que el ámbito institucional en el que se desarrolla la consejería en aborto en

el sistema público de salud, puede incidir en la percepción de *seguridad* de algunas mujeres que deciden abortar. Así, ella se refiere a sí misma como militante, como socorrista (en el ámbito institucional) y como la *misma persona* por su pertenencia a ambos modelos:

nosotras nos volvíamos las socorristas, quienes éramos militantes en la cuestión, y entonces de vuelta se volvía a generar este circuito, de una red, [...] nosotras acá tenemos una red súper establecida con las socorristas y las organizaciones sociales que acompañan a las mujeres, pero de vuelta, ¿viste? Algunas mujeres, no todas, lo que les pasa es que cuando vienen al sistema de salud se sienten seguras [...] Por más que seamos la misma persona la que hagamos el acompañamiento, no es lo mismo que acá haya un equipo, que la directora esté al tanto, para las mujeres genera otra sensación. (Entrevista a médica generalista, Zona Norte del Gran Buenos Aires)

Por otra parte, como mencionamos, otros/as profesionales de la salud reconocen haber tenido conocimiento del uso abortivo del misoprostol a partir de su militancia feminista y, tras esto, haber introducido este saber, no proveniente de su formación académica y profesional, en su práctica médica. Una médica generalista de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, indica cómo fue su trayectoria desde la militancia feminista y a favor del aborto hacia la implementación del modelo de reducción de riesgos y daños:

a partir de estar en la Campaña, empiezo a vincularme con esto del uso del misoprostol. Porque en realidad tampoco venía de mi formación médica, era como que fue a partir de la militancia en el derecho al aborto y en el feminismo que adquiero esa herramienta del uso del misoprostol. Entonces, ahí, como que empiezo sin darme cuenta en una reducción de riesgos y daños, en esa estrategia, en un centro de salud, en una consejería pre y post aborto. (Entrevista a médica generalista, CABA)

Como los/las ha nombrado Julia McReynolds (2017), los/las profesionales de la salud en Argentina han sido *insider activists*, que han transformado la práctica del aborto, dándole un marco institucional y de legitimidad en las consejerías pre y post aborto. Pero también han contribuido a traccionar las interpretaciones con respecto

al estatus legal, al perseverar en una aplicación *amplia* de la causal de no punibilidad que permite el acceso al aborto cuando el embarazo pone en riesgo la salud de las mujeres, e incluir en la definición de salud las dimensiones social y psíquica, además de la dimensión física. En el siguiente fragmento, una médica residente de medicina general señala:

*en este momento, estamos intentando, porque para esto necesitamos aval de la institución [...] con la directora y el resto de los profesionales de planta porque nuestra idea es encausar todas las consejerías en interrupciones legales de los embarazos justificando con la causal salud integral **ampliada**.* (médica residente de medicina general, CABA)

En el entrecruzamiento entre el modelo de consejerías en el sistema público de salud y el modelo militante de acompañamiento, además de las articulaciones informales y aquellas que son resultado de la pertenencia de activistas a ambos modelos, también ha habido articulaciones y sinergias institucionalizadas. Grosso, Tripin y Zurbriggen, socorristas de la colectiva **La Revuelta**, describen una experiencia de articulación entre socorristas y profesionales del sistema de salud público en la provincia de Neuquén, **Te Acompañamos (TeA)**, un servicio de control, consejería y anticoncepción postaborto:

TeA es una apuesta a las alianzas, entre la colectiva feminista La Revuelta y una instancia del Estado, el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Castro Rendón [...]. Esta articulación reconoce saberes en ambos territorios. Se podría decir que TeA deposita en Socorro Rosa la confianza del contacto inicial, [...] nuestra experticia en el trato con mujeres [...] y, por otro [lado], valoran la posibilidad de prevención, reacción y derivación inmediata ante posibles complicaciones.” (Grosso, Tripin y Zurbriggen, 2014:432-433)

Este reconocimiento de saberes en ambos territorios es constitutivo de la articulación entre el modelo militante y el modelo de salud pública. En estas sinergias, no sin tensiones, se pone en cuestión la hegemonía del saber médico en oposición a los saberes populares, como *saberes subordinados* (Foucault, 1991). Así, el conocimiento acumulado por las militantes feministas con respecto al aborto es legitimado por profesionales de la salud que son formados/as por éstas:

armamos con Médicos del Mundo y con la Asociación de Médicos Generalistas, un seminario para médicos, para contarles las herramientas necesarias sobre el misoprostol. Decirles de qué manera, por qué era legal recetar, qué pasaba con esas recetas, porque ellos recetan, pero no tienen ni la más mínima idea (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

La articulación entre militantes y profesionales de la salud se ha producido en mayor medida con aquellos profesionales que, si bien quizás no lo subvierten, ponen en cuestión el modelo médico hegemónico y sostienen posicionamientos más próximos a la salud comunitaria.

El *continuum* entre modelo militante y modelo de salud pública ha alcanzado mayor nivel de organización a partir de la conformación de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir en 2015, al seno de la **Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito**, conformada en la actualidad por más de seiscientos profesionales de la salud, con distinta formación y dispersos por todo el territorio federal. Estos/as profesionales, a través de campañas como *Sacá tu práctica [abortera] del clóset*, han introducido el discurso herético del orgullo, en este caso, con respecto a hacer abortos, una práctica médica que ha sido tradicionalmente estigmatizada (Norris *et al.*, 2011).

Conclusiones

En el presente trabajo, nos hemos propuesto construir una genealogía del uso de misoprostol en Argentina, así como caracterizar los modelos de consejería y acompañamiento que, a partir de la disponibilidad del misoprostol, surgen en Argentina. Tanto en lo que respecta al conocimiento de esta medicación y su uso abortivo, como en la conformación de los dos modelos que hemos caracterizado, se producen sinergias en las que confluyen experiencias regionales de mujeres, que experimentan en sus cuerpos el uso abortivo del fármaco, con iniciativas de profesionales de la salud y de militantes feministas. Estas sinergias se desarrollan a partir de lo que denominamos transferencias militantes que remiten a la difusión de saberes y relatos de experiencias transnacionales que influyen y precipitan los modelos y prácticas locales.

Las experiencias, tanto argentinas como regionales, transforman las condiciones de acceso al aborto seguro en América Latina, donde las restricciones legales condenan a las mujeres que deciden abortar a prácticas inseguras o a asumir elevados costos en el mercado clandestino. Así, el misoprostol y la transnacionalización de saberes sobre su uso abortivo han constituido una revolución.

En lo que respecta a la caracterización de los modelos de acompañamiento y consejería, se trata de modelos aparentemente antagónicos: por una parte, el modelo sanitarista o de reducción de riesgos y daños, que pone el acento en identificar el aborto como un problema de salud pública, cuyas consecuencias negativas sobre la morbilidad materna deben reducirse; y por otra parte, el modelo militante, que introduce un discurso herético al resignificar el aborto desde el orgullo y reivindicar el estigma de *aborteras*, eludiendo la necrológica del aborto. Sin embargo, como hemos descrito, esta oposición entre un modelo sanitarista y un modelo militante es sobre todo teórico-analítica, pero en la práctica existe un *continuum* entre ambos enfoques. En este *continuum*, están aquellos/as profesionales de la salud que actúan como *insider activists* desde el sistema público de salud y reproducen un discurso de derechos con respecto al aborto y aquellos/as militantes que contribuyen a construir redes desde una multiplicidad de abordajes. Cambiar el signo socialmente asignado al aborto es una tarea de larga data cuyos frutos estamos viendo mientras escribimos estas líneas.

Bibliografía

- Álvarez, S. E. (1997) "Articulación y transnacionalización de los feminismos latinoamericanos". *Debate feminista*, N° 15, pp. 146-170.
- Anzorena, C. y Zurbriggen, R. (2013) "Trazos de una experiencia de articulación federal y plural por la autonomía de las mujeres: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito en Argentina". En Anzorena, C. y Zurbriggen, R. (comp.) *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible*. Buenos Aires: Herramienta.
- Baulieu, É. É. (1990). *Génération pilule*. Paris: Odile Jacob.
- Bellucci, M. (2014). *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Briozzo, L. (2002). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay.
- Briozzo, L., Labandera, A., Gorgoroso, M. y Pons, J. E. (2007). "Iniciativas sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo". En Briozzo, L. (ed.) *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*. Montevideo: Arena.
- Código Penal Argentino (1921).
- Diniz, D. (2012), "Harm reduction and abortion", *Developing World Bioethics*, 12(3).
- Diniz, D., y Corrêa, M. (ed.) (2009). "Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), pp. 939-942.
- Diniz, D. y Madeiro, A. (2012). "Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras", *Ciência e Saude Coletiva*, 17 (7). Rio de Janeiro.
- Drovetta, R. I. (2014). "Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe". En Carosio, A. (coord.) *Feminismos para un cambio civilizatorio*. Caracas: CLACSO.
- (2015a). "Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina". *Derechos sexuales y aborto en América Latina*, 23(45), pp. 124.
- (2015b). "Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America". *Reproductive health matters*, 23(45), pp. 47-57.
- Erdman, J. N. (2012). "Harm reduction, human right and access to information on safer abortion". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, N° 118, pp. 83-86.
- Fassin, D. (2003). "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia". *Cuader-no de Antropología Social*, N° 17, pp. 49-78.
- FLASOG (2013). *Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. Colombia: Tecnoquímicas S.A.
- Foucault, M. (1991). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- (2004) *Nietzsche, genealogía, historia*. Valencia: Pre-Textos.
- Grosso, B., Tripin, M. y Zurbriggen, R. (2014). "La gesta del aborto propio". En Bellucci, M., *Historia de una desobediencia. Aborto y Feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Haraway, D. (2009). "Savoirs situés: la question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle". En *Des singes, des cyborgs et des femmes. La réinvention de la nature*. París: Éditions Jacqueline Chambon.
- Jelinska, K. y Yanow, S. (2018). Putting abortion pills into women's hands: realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*, 97(2), pp. 86-89.
- Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (2012). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*, Buenos Aires: El Colectivo. Recuperado de <http://nebula.wsimg.com/f7467bb21a591c137c8202a4691e0087?AccessKeyId=D34CC03CC1FCC38F3272e&disposition=0&alloworigin=1>
- (2009a). *Hallazgos y reflexiones a un mes de atención de la línea Aborto. Más Información: Menos Riesgos*. Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto.
- (2009b). *La prohibición como violencia Política contra las Mujeres. Segundo informe de la Línea Aborto, más información menos riesgos*.
- (2010a). *Cómo abortan las mujeres en Argentina: entre la autonomía y la falta de poder*. Tercer informe de la línea Aborto: más información, menos riesgos.
- (2010b). *Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. Informe de Actividades 2010*.
- (2011). *En la cama con Macri*. Cuarto Informe de la Línea Aborto: más información, menos riesgos.
- (2012). *Las mujeres ya decidieron que el aborto es legal*. Quinto informe de atención de la línea Aborto: más información, menos riesgos.

- Maffeo, F., Santarelli, N., Satta, P. y Zurbriggen, R. (2014). "Poner el cuerpo: abortar y acompañar por derecho propio. Sobre la experiencia de Socorristas en Red -feministas que abortamos". *III Congreso sobre Género y Sociedad: Voces, cuerpos y Derechos en disputa*, Universidad Nacional de Córdoba, 24, 25 y 26 de Septiembre.
- Mario, S. y Pantelides, A. (2009). "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina", *CEPAL, Notas de Población*, N° 87, pp. 95-120.
- McReynolds-Pérez, J. (2017). "Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context". *BMC pregnancy and childbirth*, vol. 17, N° 2, p. 350.
- Mines, A., Villa, G. D., Rueda, R., y Marzano, V. (2013). "El aborto lesbiano que se hace con la mano". Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012)". *Bagoas-Estudios gays: géneros e sexualidades*, 7(09).
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., y Becker, D. (2011). "Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences". *Women's health issues*, 21(3), pp. 49-54.
- OMS (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Montevideo: Organización Mundial de la Salud.
- Parodi, C. (2014). "Parteras de otros feminismos", *Revista Furias*, N° 21. Recuperado de <http://revistafurias.com/?p=7999>
- Pavard, B. (2012a). "Quand la pratique fait mouvement. La méthode Karman dans les mobilisations pour l'avortement libre et gratuit (1972-1975)". *Sociétés contemporaines*, N° 85, pp. 43-63
- (2012b). "Du Birth Control au Planning familial (1955-1960): un transfert militant", *Histoire Politique*, N° 18, pp. 162-178.
- Rostagnol, S. (2008). "El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay". En Araujo, K. y Prieto, M. (ed.) *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. Ecuador: FLACSO.
- Vázquez, S., Gutiérrez, M. A., Calandra, N. y Berner, E. (2006). "El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en la adolescencia". En Checa, S. (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Vidiella, G. (2007). "Políticas de Reducción de riesgo y daño". En Briozzo, L. (ed.) *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*, Montevideo: Arena.
- Zurbriggen, R. (2017). *Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: proceso de registro y disponibilidad*. Perú: CLACAI. Recuperado el 25/06/2018 de <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1000/Mifepristona%20y%20misoprostol%20en%20seis%20países%20de%20América%20Latina.%20CLACAI%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Zamberlin, N., y Gianni, M. C. (2008). "Acceso, saberes y experiencias acerca del aborto con medicamentos: el circuito del misoprostol en la Ciudad de Buenos Aires". *Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Zamberlin, N., y Raiher, S. (2010). *Revisión del conocimiento disponible sobre experiencia de las mujeres con el uso del misoprostol en América Latina*. Buenos Aires: Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro/Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

La salud sexual y reproductiva en el ámbito municipal

Sexual and reproductive health on municipal environment

Valeria Roxana Venticinque | ORCID: orcid.org/0000-0002-9894-8937
valeriaventicinque@yahoo.com.ar
Universidad Nacional de Rosario – Universidad Nacional del Litoral
Argentina

Recibido: 16/06/2018

Aceptado: 11/08/2018

Resumen

El presente trabajo¹ pretende realizar un análisis del cumplimiento de los objetivos planteados en el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** en la ciudad de Rosario en un contexto problematizado por *nuevas formas de desigualdades*.

Proponemos una reflexión a partir de nuestro trabajo de investigación, realizando un recorrido sobre la forma que asume la mencionada política en su implementación y los avatares que sufre en el marco del fortalecimiento del modelo liberal democrático.

Palabras claves: Salud, Sexualidad, Políticas públicas, Democracia

Abstract

The present work aims to carry out an analysis of the fulfilment of the objectives of the **National Program for Sexual Health and Responsible Procreation** in the city of Rosario in the troubled context characterized by “new forms of inequality”. We propose a reflection from our research work, analyzing the shape assumed by the aforementioned policy in its implementation and the avatars it undergoes in the framework of the strengthening of the liberal democratic model.

Keywords: Health, Sexuality, Public policies, Democracy.

¹ Parte de una investigación doctoral realizada por la autora entre los años 2008 y 2012, con financiamiento de Beca CONICET. Tesis doctoral defendida 17/09/2013 (UNR).

Introducción

El presente trabajo tiene como principal objetivo analizar el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante **PNSS** y **PR**), en la ciudad de Rosario, Argentina.

El interés de este escrito reside en la escasez de investigaciones que analicen en detalle las modificaciones llevadas a cabo en las políticas públicas a la luz del enfoque de género, y mucho más ausentes se encuentran los trabajos que abordan las problemáticas en relación a los derechos sexuales y reproductivos en un contexto de reformulación de las funciones estatales.

Para avanzar en la comprensión de la implementación de una política pública nacional en el ámbito local, se eligió un estudio de caso, en tanto estrategia metodológica que permite detenerse en los procesos y estructuras internas, habitualmente invisibilizados. En este sentido se trabajó con documentación oficial elaborada por las distintas instancias gubernamentales, se realizaron entrevistas en profundidad a informantes claves de la sociedad política y la sociedad civil.²

² El presente artículo es fruto del trabajo de campo realizado por la autora (2009-2011) con financiamiento de una Beca tipo II CONICET en el marco de su investigación doctoral, en este sentido el problema que se planteaba y la perspectiva teórica orientaban a la utilización de una perspectiva metodológica cualitativa. La misma nos permitió reconstruir las lógicas y las trayectorias de los actores implicados para, de esta manera, demostrar cómo construyen las interacciones los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil a partir de la implementación del **Programa Nacional de Salud Sexual y procreación Responsable**. Dadas las características pretendidas para esta investigación, se propuso como estudio de caso un municipio de la provincia de Santa Fe, Rosario. En cuanto a la selección de técnicas de recolección y análisis de datos se consideró pertinente recurrir a diferentes técnicas de recolección de información: la observación no participante, la observación de documentos, la entrevista a informantes claves. En relación a las entrevistas a informantes claves, esta

En este sentido nos propusimos, en primera instancia, buscar los antecedentes de esta política pública nacional en el mencionado Municipio. En el segundo apartado realizamos una descripción del Programa a partir del diseño que contiene la ley 25.673, analizándolo desde su implementación en Rosario, en un tercer apartado lo analizamos a partir del enfoque de género. Finalizando reflexionamos a partir de los posibles “peligros” a los que se ve sometido el **PNSS** y **PR** ante la hegemonía del modelo liberal-democrático.

Comenzaremos por afirmar que el ámbito de la política no es un terreno neutral que pueda aislarse del pluralismo de valores y donde se puedan formular afirmaciones racionales y universales; la democracia es, por naturaleza, paradójica, y se halla en continua tensión entre dos lógicas, la democrática y la liberal. Asimismo, entendemos que los valores y afectos juegan un rol fundamental en la consecución de la lealtad a los valores democráticos (Mouffe, 2003).

técnica de recolección estaba destinada a explorar sobre las motivaciones y las perspectivas que los actores le adjudican a determinadas políticas y prácticas. Dichas entrevistas tenían el carácter de semiestructuradas, y los informantes claves debían cumplir determinadas características: haber participado y participar activamente en la organización seleccionada para el análisis, tener conocimiento acerca de, por un lado, las motivaciones que originaron la organización y, por el otro, las que impulsaron la participación en el monitoreo de la política elegida, y conocer, asimismo, las relaciones que el gobierno mantiene con esa organización. También se realizaron entrevistas a informantes claves, equipos técnicos del Municipio de Rosario y se contactó a los responsables de los centros de salud, se seleccionó a un centro de salud por cada uno de los seis distritos existentes a la fecha (2011), además de los centros de salud que funcionan en los **CMD** (Centros Municipales de Distrito), como así también a distintos referentes de las áreas municipales involucradas en la implementación del **PNSS** y **PR**.

Nuevo momento de las políticas públicas en el municipio santafesino

En un contexto dominado por la ausencia de innovaciones en el orden nacional y provincial, algunos municipios argentinos fueron escenario de incipientes y alentadoras experiencias de participación ciudadana impulsadas por las propias administraciones locales, coincidiendo con la revalorización del ámbito local que acompañó a la globalización y el deterioro del actor estatal.

El nuevo paradigma de las políticas sociales permitió a los gobiernos provinciales constituirse como actores capaces de diseñar e implementar políticas sociales. De hecho, a partir de la crisis, las provincias y municipios buscaron comprender acciones de contención, si bien con recursos económicos y humanos menores que la Nación (Rocchi y Liborio, 2012:3).

En este marco se desarrolló el proceso de innovación institucional encarado en el municipio de Rosario³ (descentralización, presu-

³El municipio de Rosario se encuentra ubicado en la provincia de Santa Fe, Argentina. Tiene una población de 909.397 habitantes (censo 2001) y una densidad de población de 5.350 habitantes por km². De ellas, casi el 52,6% son mujeres y un 28,6% (259.724) son niños y jóvenes de hasta 17 años en condiciones de transitar por el nivel inicial, EGB y polimodal del ámbito escolar. La población según género es un 47% de varones y un 53% de mujeres. La información que ofrecen los diferentes Censos Económicos reflejan los procesos de reestructuración productiva y de desindustrialización que ocurrieron en la región y particularmente en Rosario. Para el área Gran Rosario el cambio decreciente en la industria manufacturera fue del 20,3% entre 1985 y 1994. En este marco se profundizó el deterioro de las condiciones de vida de la población. Para describir los cambios ocurridos en la sociedad rosarina en estas décadas se considerarán algunas de las modificaciones operadas en el mercado laboral y el incremento de la magnitud de la pobreza. Las características que adquirieron las formas de trabajo y la pobreza son algunas de las expresiones visibles del deterioro de las condiciones de vida entendidas en su acepción más amplia; esto es, referido no sólo al equipamiento y la provisión de servicios básicos sino también al acceso a beneficios sociales. Así en el Gran Rosario, la proporción de personas bajo la línea de pobreza era el 35,8% (onda mayo 2001) llegando en la onda octubre 2003 al 47,9%; la proporción de personas bajo la línea de indigencia llegaba en el 2003 al 23,9%. La tasa de actividad para el Aglomerado Gran Rosario creció desde el primer trimestre del año 2004, desde un 44,3% al 46,5% en el segundo trimestre del 2007; la tasa de empleo pasó de un 36,7% a un 41,3% comparando los mismos periodos. El indicador de NBI, con estimaciones en relación al censo 2001, daba como resultado en Rosario (no ya en el aglomerado) que, sobre un total de 332.476 Hogares, había 39.154 hogares con alguna NBI. El cinturón de asentamientos irregulares rodea la ciudad y todos los días se acrecienta; como una paradoja urbana, el trabajo aun siendo precario se da en los aglomerados urbanos y no en el campo. La innovación tecnológica expulsa a los pobladores rurales así como la pobreza y la escasez de servicios de

puesto participativo y audiencias públicas) considerando el impacto que estas nuevas formas de participación y control han tenido en el desarrollo de la gestión municipal. Las experiencias gestadas desde Rosario proporcionan un campo de análisis propicio para indagar las potencialidades que ofrecen los municipios para promover democracias de proximidad (Robin *et al.*, 2005).

La suerte de estas innovaciones descansa en la existencia de un poder político comprometido con ellas, una sociedad civil activa y dispuesta a reclamar y usar estos espacios y burocracias capaces y motivadas. Así, lo local, se fue constituyendo en una nueva escala de referencia para pensar lo político entre fines del siglo XX, e iniciando el siglo XXI.

La gestión de Rosario llevó a cabo un proceso de transformaciones e innovaciones en términos de prácticas administrativas y en la concepción misma de la gestión local. El mencionado proceso de cambio fue iniciado por la administración que asume en el año 1996, para llevar adelante el mismo fue necesario crear la Secretaría General de la Intendencia, organismo del cual se hizo depender el Programa de Descentralización y Modernización. La puesta en práctica de éste programa abarcó los siguientes aspectos: reorganización administrativa, redefinición de las políticas públicas, definición de un nuevo modelo de gestión, éste incluye la participación ciudadana con la incorporación de la población en los distintos procesos de la gestión. En este marco se reformulan las acciones de las distintas secretarías, entre ellas la política de la Secretaría de Salud Pública (en adelante SSP)⁴.

En este marco de críticas explícitas hacia los partidos políticos, carentes de nuevas propuestas, hacia el actor estatal, y en expreso reclamo por el retorno de este, surge la creación del **Programa de Procreación Responsable** (en adelante PPR) de la SSP de la Municipalidad de Rosario, se debe señalar que preexistían algunas acciones dirigidas a la prevención de embarazos no deseados, consistiendo en la distribución de métodos anticonceptivos ante demandas espontáneas, sin un seguimiento sistematizado de las usuarias y sin disponer de registros adecuados para evaluar los resultados.

infraestructura. Rosario hoy es polo de atracción no sólo de inversiones, tanto sea por la dimensión integrativa que sigue teniendo el trabajo o por la infraestructura de servicios de salud y educación. (Perona, SF)

⁴ Información disponible en www.rosario.gov.ar.

A fines de 1997 fue reglamentada una Ordenanza Municipal que dio lugar a la creación de este programa municipal y, a partir de esa fecha, la **SSP** se encuentra empeñada en una propuesta programática integral y eficaz para la prevención de embarazos no deseados.

Sus objetivos principales eran:

- ◊ Garantizar el acceso a la comunidad que así lo requiera a la información de lo atinente a necesidades reproductivas.
- ◊ Informar sobre el riesgo del embarazo fuera de las edades consideradas adecuadas para la reproducción.
- ◊ Contribuir a la difusión de información relacionada con el VIH-SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.
- ◊ Estimular y favorecer períodos intergenésicos no menores de 2 años.
- ◊ Propender a la educación de la comunidad para evitar embarazos no deseados.
- ◊ Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

Este Programa, pasó posteriormente a formar parte del **Plan de Salud Integral de la Mujer** donde se abordan las diversas manifestaciones del proceso de salud-enfermedad particular de este sector poblacional. Se contemplan sus desventajas sociales, su empleo en trabajos no calificados, las situaciones derivadas de la doble o triple jornada laboral, incluyendo su trabajo en el hogar, situaciones relacionadas con violencia conyugal, y por último y no por ser menos importante, la construcción estereotipada de la identidad femenina. Las estrategias para poder poner en marcha este plan ambicioso integran la prevención, promoción y atención de la salud, defendiendo y mejorando la calidad y la dignidad de la vida a través de las acciones que cada día realizan personas e instituciones, tendientes a multiplicar y democratizar las oportunidades a la vez de garantizar la satisfacción de sus necesidades a más seres humanos.

Todo ello a través de vínculos que se generan por un trabajo interdisciplinario e intersectorial de construcción de redes sociales para la búsqueda de soluciones, el mejoramiento de la situación de vida de las mujeres, el ejercicio del derecho de la existencia, al bienestar y para la construcción de ciudadanas libres y autónomas en la toma de sus decisiones.

En términos de garantizar la anticoncepción a la población de menores recursos el componente programático del **PPR** establecía ciertos criterios prioritarios de inclusión de las usuarias, para otorgar gratuitamente el método anticonceptivo adecuado y de común acuerdo con las mujeres asistidas. Ellos son: mujeres adolescentes (menores de 20 años), mujeres con 4 hijos o más, mujeres con HIV/SIDA, mujeres con antecedentes de enfermedades que compliquen el embarazo, parto

o puerperio, mujeres con aborto reciente en el momento de la consulta.

Así se buscó llevar a la práctica una demanda de las rosarinas, las mujeres reclamaban derechos (no) reproductivos y sexuales, los derechos sobre el propio cuerpo, sin duda los derechos nodales para el ejercicio de una ciudadanía plena. En este sentido, los ciudadanos y ciudadanas, en todo sistema democrático, tienen derechos fundamentales, y en consecuencia, las mujeres piden ser las protagonistas de las decisiones que tienen impacto sobre su existencia y la calidad de la misma, así en la coyuntura de un actor estatal que se ausentaba de las problemáticas sociales, se buscó generar políticas que aproximaran, intentando que la democracia recuperara un componente imprescindible, la equidad.

Durante la década del 90 el clima época argumentaba que una vez que las reformas políticas y económicas se consolidaran habría tiempo para preocuparse por la igualdad, así el lenguaje de la democratización fue cooptado por un proyecto de democracia neoliberal o liberalismo democrático, haciendo uso de la noción trabajada por José Nun (1997). De esta manera comenzaba a expandirse la apropiación neoliberal de la democracia, en este sentido, el surgimiento de esta era representó un quiebre en la historia económica de nuestro país, pero fue también un momento crítico en el desarrollo político de la región. Se realizó un proceso de descentralización que, a menudo, se tradujo en una mera transferencia de deberes y responsabilidades desde la administración central hacia los gobiernos provinciales y locales, sin la correspondiente transferencia de recursos que las nuevas funciones demandaban.

En este marco las políticas generales del Municipio de Rosario, trabajaron en la construcción de los distritos sanitarios que pretendían recuperar la idea de territorialidad que guía la gestión municipal para plasmarla en la red de salud. En este sentido, el trabajo con esa lógica territorial se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas de salud, trabajando territorialmente con otros actores públicos.

La acción basada en la estrategia de atención primaria, y en la misma dirección, el modelo de promoción de la salud, aportaron una visión dinámica, donde la salud se entendió como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final. De esta manera, sintetizaremos señalando que, en el caso aquí analizado, el proceso de descentralización, y luego las experiencias participativas posteriores a diciembre del 2001, muestran al gobierno municipal como una unidad de gestión que promueve la vinculación directa de la ciudadanía. En este sentido la idea directriz de la gestión fue lograr un gobierno más cercano y con apertura hacia la participación ciudadana; además de la necesidad de diseñar

un nuevo modelo de desarrollo para la ciudad, más democrático y armónico, capaz de superar los desequilibrios territoriales que venían de la mano de la precarización.

Así podemos señalar, en cierta medida, las políticas, las decisiones y las prácticas entendidas como gestión de los riesgos sociales (Esping-Andersen, 2000), instrumentalizadas desde los

gobiernos locales a fines del siglo XX e inicios del presente, pretendieron generar proximidad con la ciudadanía. En este sentido podríamos afirmar que las gestiones buscaron completar la tríada democrática formal: *transición democrática-consolidación-democracias participativas*; de esta manera, con matices, la democracia liberal impregna las formas de hacer y pensar la política.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. ¿Por qué?

Con el nuevo siglo, se ensayan diversas formas de construir las interacciones entre la sociedad política y la sociedad civil. Si en los años noventa se desarrolló el modelo de privatización de lo social, una década después conoceremos el modelo participativo selectivo. En este sentido, el modelo democrático participativo tuvo como rol refundar el sistema, fortaleciéndolo con nuevos mecanismos, que llegaron para renovar un ejemplar que caducaba. Es preciso recordar que la democracia liberal se sustenta a partir de la legalidad y ciertos elementos que van nutriéndola de legitimidad. En consonancia con lo dicho recordemos a Chantall Mouffe quien estableció que la relación entre liberalismo y democracia no es necesariamente positiva, sino una imbricación histórica contingente; en realidad, en las democracias modernas, la relación entre aquellos es incompatible y la tensión indisoluble, sólo observaremos estabilizaciones temporarias (Mouffe, 2003).

Así se ensayaron y pusieron en práctica distintos esquemas que suponían sumar miradas y oír más voces, legitimar, en este marco nace el **PNSS** y **PR**, en el año 2002. Esta política implicaba repensar la salud sexual y reproductiva de la ciudadanía, hacerlo desde la prevención y lograr su monitoreo a través de mecanismos de control, esto provocó la participación de la sociedad civil y de la ciudadanía en general.

Así el programa fue visto como una forma de suministrar información sobre salud sexual y reproductiva a los grupos más vulnerables y eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impedían la llegada de dicha información; el principal objetivo era disminuir la morbilidad y mortalidad materna hasta niveles en que no constituyan un problema de salud pública.

En este sentido el proceso de sanción de normas en éste campo no estuvo exento de problemas, situación que recién pudo salvarse en octubre del año 2002, cuando el Congreso sancionó la Ley N° 25.673, de creación del mencionado **PNSS** y **PR**, buscando solucionar de este modo, un vacío en términos de políticas públicas que garantizaran el

acceso de los ciudadanos y ciudadanas a políticas de salud sexual y reproductiva, particularizando en el aspecto preventivo. Es preciso aclarar, que al momento de sanción de la ley nacional, numerosas provincias ya habían aprobado alguna disposición sobre salud reproductiva, y aquellas que no contaban con ninguna o cuyas normas habían sido vetadas por el poder político, se adhirieron al programa nacional (ELA; 2005 cita de Pautas si, Mineo).

El **PNSS** y **PR**, vigente desde el mes de mayo de 2003, se propone mejorar la satisfacción de la demanda instrumentando acciones tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial. Cabe destacar que esta política pública considera a los niños y niñas beneficiarios directos de la atención de la salud del más alto nivel, sin excepción ni discriminación alguna, señalando que en las consultas de los adolescentes menores de 14 años se procurará la asistencia de un adulto. Sin perjuicio de ello, las personas menores de edad tendrán *derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo con su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad* (ELA, 2005: 200 cita de Pautassi, Mimeo).

Asimismo establece que a pedido de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se deberá

prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados. Serán las personas beneficiarias, una vez que hayan sido suficientemente informados sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias, quienes elegirán el método anticonceptivo. También se dispuso que los beneficiarios de obras sociales tendrían derecho a la cobertura del 100% -a cargo del agente del Seguro de Salud- de un listado importante

A partir de la sanción de la ley 25.673⁶ nace el programa dependiente del Ministerio de Salud, teniendo por objetivos:

- ◊ Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- ◊ Disminuir la morbimortalidad materno-infantil.
- ◊ Prevenir embarazos no deseados.
- ◊ Promover la salud sexual de los adolescentes.
- ◊ Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias.
- ◊ Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- ◊ Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- ◊ Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud.
- ◊ Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa.
- ◊ Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa.

⁵ Por otra parte la discusión acerca de la legalización del aborto queda pendiente, reiterándose sistemáticamente posiciones fundamentalistas y en contra de un debate serio y fundado, basta con ver las estadísticas de aborto inducido: se calculan que se realizan entre 500 mil y 700 mil abortos por año, en una población de alrededor de 37 millones de habitantes y casi 700 mil nacimientos anuales, de acuerdo con lo señalado por especialistas, ya que no hay cifras oficiales. La única aproximación para estimar abortos es la información sobre egresos de establecimientos públicos de mujeres internadas por complicaciones de abortos. Estas cifras han aumentado significativamente, en el año 2004 el 33% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas, excluyendo el parto normal, se debe a complicaciones de abortos. El 15% de las pacientes hospitalizadas por complicaciones de abortos tiene menos de 20 años, y el 50% tiene entre 20 y 29 años, de acuerdo con datos provistos por el Ministerio de Salud de la Nación (ELA, 2005:175 citado por Pautassi).

⁶ Para ampliar información: <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/programa>.

- ◊ Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario.

Por otro lado se constituye el Consejo Asesor del **PNSS** y **PR**, el mismo tiene como misión conformar un espacio de diálogo y cooperación entre el Programa y las asociaciones científicas y profesionales, representantes de agencias de Naciones Unidas, sector educativo y organizaciones de la sociedad civil especializadas en la temática para el análisis y debate de los principales temas que competen al área, así como también para la elaboración de líneas de acción posibles. De la misma manera se genera el espacio de Monitoreo Social con importantes avances en torno a la construcción de un espacio institucional y sistemático tendiente a analizar los resultados de los monitoreos llevados a cabo por el propio Programa y por el **Consortio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos, CoNDeRS**⁷.

Así, en este nuevo momento de encuentro entre lo público no estatal y estatal se construye un terreno dotado de originalidad que conduce a la necesaria articulación de las demandas que enarbolan los distintos actores colectivos, un espacio que no está ajeno a la heterogeneidad y el conflicto, pero que propone y ensaya distintas maneras de concretar una *gramática de la conducta* o las formas de guardar fidelidad a los principios constitutivos de la democracia moderna, igualdad y libertad para todos (Mouffe, 1998:9).

El **CoNDeRS** es un consorcio que tiene como objetivo monitorear las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva en la Argentina. Este espacio nuclea a organizaciones de mujeres, asociaciones vecinales, grupos académicos, universitarios, comunicadores sociales y otros, y

⁷ El **CoNDeRS** está compuesto por todas aquellas organizaciones y personas que desean monitorear las acciones que prevé la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada en octubre de 2002 defendiendo la garantía de los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género. Es posible ser miembro titular o adherente. En el año 2012 poseía 549 integrantes titulares que realizaban acciones de monitoreo; también hay grupos articulados que están desarrollando planes de trabajo sistemáticos en varias provincias, entre ellas: Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Mendoza, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero. Objetivos: realizar y promover actividades de control ciudadano sobre las políticas públicas en salud sexual y reproductiva a nivel nacional, provincial y local; impulsar una cultura de monitoreo social sistemático sobre el Estado, como parte de los derechos y deberes de la ciudadanía; promover una participación cada vez más amplia y activa entre diversas organizaciones y personas de la sociedad civil sin distinciones, que compartan estos objetivos y marcos de referencia.

tiene un comité coordinador conformado por el **Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM)** Argentina, la **Fundación para el Estudio de la Mujer (FEIM)**, el **Foro por los Derechos Reproductivos (ForoDDRR)** y la **Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva (REDNAC)**.

La labor del consorcio constituye una contribución muy importante para el campo de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género, así como también para el fortalecimiento del Estado en su función de garante de los derechos humanos y en su responsabilidad en el mejoramiento de las condiciones materiales y simbólicas para que la población pueda ejercerlos en forma efectiva. Así, la sociedad política y la sociedad civil, en este marco, y en términos formales, se vinculan mediante el control de la segunda respecto a la primera, donde el consejo, mediante la participación, vela por los intereses de los beneficiarios del programa o los potenciales. Además, se encuentra en comunicación con las áreas locales encargadas de la implementación del programa, así como con el resto de las organizaciones de la provincia y el país que lo conforman.

En un sugestivo ensayo, Sonia Álvarez señala que aquello que conocíamos como “movimiento” feminista hoy debe ser rastreado en diversos campos discursivos de actuación, amplio, descentralizado, heterogéneo y alejándose de los patrones clásicos de los movimientos sociales (Álvarez, 1998).

Las organizaciones que conforman el consorcio y el espacio del monitoreo tienen trabajo académico y territorial son aquellas que debieron silenciar las violaciones en los centros clandestinos de detención, que gritaron por el cupo, que luchan contra la trata, que buscan terminar con las muertas por abortos clandestinos, son las **Ni una Menos**, ellas están actuando sostenidamente, aunque de manera inorgánica contra un patriarcado que avanza con luz verde.

En relación a la puesta en marcha del **PNSS** y **PR** en el Municipio, de acuerdo a la información obtenida de nuestro relevamiento⁸, es posible establecer que los efectores de salud pública de Rosario han podido sortear algunas dificultades pensando en su principal objetivo: garantizar el acceso a la atención primaria de toda la población como piso para proponer un sistema de salud integral. A partir de nuestra indagación y en relación a los objetivos planteados por la Ley N° 25.673, entre los factores que indican una transformación en el sector público sanitario local, podemos señalar que existe una conveniente cercanía física entre los niveles de conducción del gobierno y la ciudadanía, gracias a la manera

en que se estructuró la atención primaria en el Municipio, de modo que se pudieron establecer y consolidar canales de comunicación en el marco del proceso de descentralización. También hace posible el proceso de transformaciones que implica la implementación de una normativa el reconocimiento, por parte de los trabajadores de la salud, de la importancia de considerar a la población y a las organizaciones sociales como un eslabón necesario para generar políticas alternativas y exitosas. Asimismo, la participación interdisciplinaria de los equipos de salud en las problemáticas referidas a salud sexual y la procreación responsable, y la intervención, posibilitan el encuentro territorial de gobierno local, actores involucrados y la ciudadanía en general.

Siguiendo nuestra experiencia en el campo, podemos afirmar que no se detectan límites político-administrativos para la implementación del Programa en el ámbito del Municipio, hay un manifiesto fomento y contribución de la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva de los habitantes. Todos y cada uno de los efectores visitados resaltaron la importancia de la medicina preventiva y el papel fundamental de las organizaciones a la hora de contar con información exhaustiva acerca de las características de la población para difundir, implementar y evaluar las distintas políticas y prácticas sanitarias. Una tarea pendiente tiene que ver con potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación o no; si bien hay prácticas implementadas por algunos centros de salud, el cambio en este sentido no se vislumbra.

Es decir, la gestión debe reforzarse en el trabajo con las mujeres y los varones para la comprensión del derecho a decidir, aunque se debe tener en cuenta que la participación social, y mucho más aún la participación ciudadana, no registran demasiados antecedentes. Por ello, es necesario fortalecer la conciencia ciudadana en las cuestiones que hacen al ejercicio de sus derechos, y para esto es importante el acceso a la información, hecho que se vuelve posible mediante la generación de redes sociales, entendiéndolas como un sistema de intercambio dinámico que posibilita potenciar recursos y la resolución de problemas (Dabas y Najmanovich, 1999).

Algunos programas prioritarios ameritan un pronto y decidido fortalecimiento, este es el caso del **PNSS** y **PR**, luego de la promulgación, la implementación efectiva de este fue decisiva para reducir las altas tasas de mortalidad materna e infantil, en especial en la población más vulnerable, y como bien sabemos cómo precariedad encuentra terreno fértil en el marco de las estructuras más inequitativas como el sistema neoliberal.

⁸ Para ampliar información Tesis doctoral disponible en Repositorio Hipermedial UNR <http://rephip.unr.edu.ar/>.

El Programa desde la Perspectiva de género: ¿qué se puede decir?

La Argentina avanza en el proceso de cumplimiento de las recomendaciones realizadas por los Organismos Internacionales de Derechos Humanos en el sentido de ampliar formalmente el acceso igualitario a la salud sexual y reproductiva, como también a la educación sexual y fortalecer los mecanismos de protección y defensa de los derechos humanos.

A partir del caso analizado en nuestra investigación, entendemos que el **PNSS** y **PR** aborda la problemática desde una clara perspectiva de género, no centrándose, como históricamente se realizó, en mujeres o varones aislados del resto de sus vidas y de sus relaciones, así, siguiendo a Laura Pautassi (2009), podemos señalar que el programa contempla la posición de los beneficiarios, al menos en la instancia formal; entendiendo por posición, aspectos relacionados con la estructura de poder dentro de una sociedad u organización social, describe las desigualdades de género, señala las asimetrías y desigualdades entre las diversas categorías sociales, poniendo de manifiesto las relaciones de subordinación entre sus miembros. (Pautassi, 2009)

Cuando hablamos de enfoque de género nos referimos a ese mecanismo que nos permite desentramar, como señala Pautassi (2011), las desigualdades económicas, políticas y sociales que se retroalimentan e impiden ejercer los derechos; de esta manera se busca disminuir las asimetrías producidas en el marco de políticas públicas asistencialistas que imposibilitan consagrar ciudadanías plenas.

En este sentido, género refiere a la construcción social desigual basada en la existencia de jerarquías entre ambos sexos y las consiguientes relaciones de poder asimétricas que se generan a partir de la misma. Siguiendo a Pautassi (2009), el concepto de género constituye una categoría teórica-analítica imprescindible para comprender la falta de equidad en áreas que históricamente se consideraron como “neutrales”, políticas públicas, macroeconomía, empleo, regulaciones laborales, políticas sociales.

Asimismo los hallazgos empíricos, producto de nuestras entrevistas y observaciones, nos per-

miten establecer que el modelo sanitario del Municipio se propone incorporar la perspectiva de género, y esto implica romper con las lógicas que reproducen un modelo sanitario-patriarcal. En el mismo sentido es preciso señalar, en relación a cada uno de los efectores de salud visitados, en las distintas entrevistas sostenidas, se precisó que el modelo sanitario de la Municipalidad de Rosario está guiado por el objetivo fundamental de resguardar la autonomía y calidad de vida de los ciudadanos.

En este sentido es interesante retomar a Chantall Mouffe (2014) quien señala que el problema de las sociedades modernas no reside en los principios de libertad e igualdad, sino en el hecho de que estos no se llevan a la práctica, así la estrategia de la izquierda en estas sociedades debería ser actuar para la aplicación de estos principios y esto exige una guerra de posiciones (Mouffe, 2014: 133).

Esta puja podría ser aliviada mediante la reconstrucción de los lazos de solidaridad, acompañada por la reconstrucción del rol que tradicionalmente se le confirió a la sociedad política, el retorno de un Estado que pueda apoyar los riesgos sociales que se deben afrontar mediante las distintas instituciones: el mercado, la sociedad política y la sociedad civil. Las políticas con enfoque de género como el **PNSS** y **PR** son una alternativa en la búsqueda de la equidad, pero necesitamos más.

En este marco el posmarxismo tiene una propuesta, el reencantamiento con la política por parte de los actores sociales, esto sería posible si se lograra solucionar la eterna lucha entre igualdad y libertad inherente al concepto de democracia. Es precisamente aquí donde se encuentra el nudo del problema, la posibilidad de relegitar el deteriorado sistema democrático representativo, no se trata de un nuevo concepto público de justicia a la Rawls, ni un proyecto deliberativo, pensando en la propuesta habermasiana, hay que buscar el diálogo societal y horizontal, para lograr entender las luchas y las necesidades de los otros y de las otras, es a partir del comprendernos desde el conflicto que podremos construir una alternativa al neoliberalismo.

Conclusiones

Nuestra propuesta intentó analizar el nacimiento del **PNSS** y **PR** en la coyuntura de lo que hemos denominado un sistema liberal democrático, en este sentido se buscó reflexionar en relación a la puesta en marcha del programa en el Municipio de Rosario. Este territorio local, de funcionamiento descentralizado y participativo, encuentra sus límites al converger con un sistema nacional centralizado, donde el individualismo y la modernización del aparato estatal son las directrices de la gestión. Sin embargo desde su reglamentación el **PNSS** y **PR** pudo tomar el formato del Municipio que lo eligió como brújula para continuar con una tradición de políticas sanitarias con enfoque de género iniciadas en la década de localización de la política, los 90.

Hoy el **PNSS** y **PR** logra subsistir por la buena voluntad de algunos, aunque hace ya lleva casi dos años de desfinanciamiento a nivel nacional. De esta manera el enfoque de género se diluye detrás de la inmediatez de la demanda hacia un sector público exigido en demasía por el incremento de la precarización laboral y el desempleo. La instancia de control y participación del programa, el consorcio, sigue en pie, aunque sus tareas se ven limitadas ante actores que buscan en sus saberes, su territorio, sus palabras y sus colores, redefinirse y reinventarse para continuar siendo.

¿Cuál es el peligro? No lograr democratizar el sistema de salud, no poder liberar a varones y mujeres de la mercantilización que desatiende

los principios fundacionales del sistema, libertad y equidad, que diseñado desde miradas y significaciones patriarcales reproduce la lógica del mercado en un derecho humano inalienable.

Así, a partir de distintas experiencias, la coyuntura nos invita a observar las múltiples expresiones que re-fundan la democracia representativa en tanto garantista de la economía capitalista. En este sentido, la reproducción de los espacios de participación son organizados en torno a un sistema institucional que compite por el voto de individuos que solicitan el respeto de sus derechos esenciales y la alternancia en el poder, pensando en un modelo de negociación, eficacia y competencia.

Existen serias dificultades para posibilitar la reconstrucción de un sistema democrático que no comprende el rol fundamental que juega la política en la constitución de los actores políticos. Asimismo, es importante creer en la necesidad de una pluralidad de voces a las que se les permita expresarse, y en la ampliación del campo de las luchas democráticas hacia la sociedad civil en detrimento de la construcción de un modelo homogéneo consensual.

El sistema de salud está en peligro, es imprescindible pensar en un espacio democrático real, esto implica que mujeres y varones con sus discursos y formas de vida fomenten la identificación con la equidad. El camino indica que debemos trabajar en construir procesos sociales que generen mejores condiciones de vida, hacia ahí deben direccionarse nuestras miradas.

Bibliografía

- Alvarez, S. (1998). *Transnational Feminist Advocacy Strategies and Cultural Politics in Latin America*. Santa Cruz: Universidad de California.
- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (6 ed.). México: El Manual Moderno.
- Cohen J. y Arato A. (2000). *Sociedad civil y teoría política*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Dabas E. y Najmanovich D. (comp) (1999). *Redes, el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y fortalecimiento de la Sociedad Civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Habermas, J. (1999). "Democracia deliberativa". En *La inclusión del otro*. Barcelona: Paidós.
- Iazzetta, O. y Quiroga, H. (1998). "Entrevista realizada a José Nun". *Revista Estudios Sociales* Vol. 14, N° 1. Recuperado de <https://doi.org/10.14409/es.v14i1.2401>.
- Laclau, E. y Mouffe, Ch. (1987). *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. Madrid: Siglo XXI.
- Mouffe, Ch. (1998). *Deconstrucción y pragmatismo*. Buenos Aires: Paidós.
- (2003). *La Paradoja Democrática*. Barcelona: Gedisa.
- (2014). *Agonística*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pautassi, L. (2000). "Igualdad de Derechos y desigualdad de oportunidades: Ciudadanía, Derechos Sociales y Género en América Latina". En Herrera, G. (comp.) *Las fisuras del patriarcado. Reflexiones sobre Feminismo y Derecho*. Quito: FLACSO-CONAMU.
- (2007). "El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos". *Serie Mujer y Desarrollo*, N° 87. Santiago de Chile.
- (2009). Apuntes del curso "Enfoque de derechos aplicados a las políticas públicas", dictado en el marco del Doctorado en Ciencia Política (UNR). Rosario.
- Perona, N. (S/F). "Las transformaciones sociales en las décadas del ochenta y del noventa". *Historia de Rosario*, Tomo 1. Rosario: Homo Sapiens.
- Rawls, J. (1995). *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Robin, S., Iazzetta, O. y Pérez Moncunill, E. (2005). *La participación ciudadana en el control de gestión de las políticas públicas municipales. El caso de la ciudad de Rosario*. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Ciencia Política, Rosario, Argentina.
- Rocchi, G. y Liborio, M. (2012). *Las políticas sociales de "seguridad alimentaria" y los sectores vulnerables*. Ponencia presentada en Alacip 2012, Sexto Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, Quito, Ecuador.

Páginas web consultadas:

- ◇ www.rosario.gov.ar
- ◇ www.msal.gob.ar/saludsexual/programa
- ◇ UNR: <http://rephip.unr.edu.ar/>

La prevención del cáncer cervicouterino analizada desde la investigación evaluativa

Valoración multi-actoral sobre el alcance de la política en el Gran San Juan

Cervical-uterin cancer prevention analyzed through evaluative research

Multi-actoral assesment of policie's scope in Gran San Juan

Mariana Gema Audisio | ORCID: orcid.org/0000-0001-6095-0911
audisiomg@gmail.com

Universidad Nacional de San Juan
Argentina

María Alejandra Lucero Manzano | ORCID: orcid.org/0000-0002-5986-495X
alejandra.lucero89@gmail.com

Universidad Nacional de San Juan
Argentina

Vanesa Castro | ORCID: orcid.org/0000-0001-8254-6020
vanesa.e88@gmail.com

Universidad Nacional de San Juan
Argentina

Cecilia Vanesa Luna | ORCID: orcid.org/0000-0001-6033-5046
vanesa.e88@gmail.com

Universidad Nacional de San Juan
Argentina

Recibido: 15/06/2018

Aceptado: 18/09/2018

Resumen

El Programa Provincial de Prevención de Cáncer Cervicouterino busca disminuir la tasa de incidencia y mortalidad por esta enfermedad en mujeres cuyo acceso a la salud se ve condicionado por múltiples factores. El diseño de la política gira en torno a la salud de las mujeres y al Estado como garante de ese derecho.

El estudio analiza las principales acciones y resultados del programa, obtenidos en el periodo 2014-2016, en el Gran San Juan, a través de la investigación evaluativa. Se adoptó un enfoque mixto de investigación a fin de recuperar datos cuantitativos y cualitativos que permitan conocer, describir e interpretar el impacto de la enfermedad, la valoración sobre la política de salud

Abstract

The Cervical Cancer Prevention Program seeks to reduce the incidence and mortality rate of cervical cancer, mainly in women whose access to health is conditioned by multiple factors. This policy is designed around the health of women and the State as guarantor of that right.

The study analyzes the main actions of the prevention program and its results achieved between 2014-2016, in the metropolitan area of San Juan, through evaluative research. A mixed research approach was applied, recovering quantitative and qualitative data to know describe and interpret the impact of the disease, the assessment of health policy from the perspective of women and professionals.

desde la visión de mujeres y profesionales y poder construir lecciones aprendidas y recomendaciones que refuercen la política.

Los resultados obtenidos permiten visibilizar la problemática incorporándola en la agenda pública local. El programa se desarrolla en un sistema de salud desarticulado donde las acciones de prevención resultan aisladas. Dificultades de infraestructura, escasez de recurso humano, cultura patriarcal dominante, responsabilización de la mujer sobre el cuidado personal, sumado a la débil cultura evaluativa de las políticas públicas, son los principales factores que influyen sobre el logro de los objetivos del programa.

Palabras clave: Cáncer de cuello de útero, Política de Salud, Investigación Evaluativa, Género.

In addition, this research aims to build lessons learned and recommendations that reinforce the policy.

The results obtained helped to visualize the problem by incorporating it into the local public agenda. The program is executed in a disarticulated health system where prevention actions are isolated. There are infrastructure difficulties, lack of human resources, predominant patriarchal culture, responsibility towards women about personal care, added to the weak evaluation culture of public policies. These are the main factors that influence the achievement of the program's objectives.

Keywords: Cervical cancer, Health policy, Evaluative research, Gender

Introducción

El cáncer cervicouterino refleja con crudeza la desigualdad social en salud, principalmente la que enfrentan las mujeres que acceden al servicio público. Es el segundo cáncer más diagnosticado en mujeres de nuestro país y uno de los más frecuentes en la población de San Juan. Sin embargo, la enfermedad podría prevenirse casi por completo en la medida que se informe a la población sobre las causas y consecuencias de la patología, como así también que se concientice acerca de la importancia de realizarse los controles ginecológicos regularmente. Desde el **Instituto Nacional del Cáncer (INC)**, se estima que la tasa de incidencia, en el año 2012, en nuestro país promediaba los 4.956 casos nuevos y, en 2016, que murieron 2.064 mujeres a causa de esta enfermedad.

En este escenario, el rol de las políticas públicas se torna indispensable en la detección temprana de la patología y, más aún, en el refuerzo de la prevención primaria. En 2009 el gobierno de Argentina relanza el **Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC)**, cuyo objetivo principal se orienta a reducir la tasa de incidencia y los índices de mortalidad por ese tipo de cáncer. Para ello, pretende trabajar en articulación con programas provinciales y servicios de salud locales, de modo que se prevenga la enfermedad a través del fortalecimiento de las acciones territoriales.

El Ministerio de Salud de San Juan presenta oficialmente el **Programa Provincial de Prevención del Cáncer Cervicouterino (PPCC)** en 2010, cuyos objetivos se orientan a institucionalizar las actividades del mismo, definir y establecer las prestaciones básicas para las mujeres, asegurar la calidad de los servicios de diagnósticos, contribuir al desarrollo de un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de las lesiones precancerosas, realizar actividades de difusión sobre la temática y establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.

En Argentina, la escasa *cultura* de la evaluación de políticas públicas no ha permitido que muchas de las intervenciones en el campo del desarrollo social trasciendan el nivel práctico y se enriquezcan desde la reflexión teórica y metodológica (Rodríguez Bilella y Tapella, 2008). Sumado a ello, los escasos avances tanto en la integración de la perspectiva de género como en la valoración de los aportes de los programas de desarrollo a la igualdad suponen un importante reto para promover políticas y programas eficaces y de calidad. (Espinosa Fajardo, 2011). El **PNPCC** no está ajeno a este contexto.

Este trabajo surge de los resultados obtenidos a partir de un estudio social que se llevó a cabo en el marco del **Programa de Jóvenes**

Investigadores (PROJOVI). El mismo se centró en evaluar el desarrollo del **PPPCC** en el periodo 2014-2016, los resultados alcanzados y el logro de los objetivos en materia de desarrollo social. Para ello, se utilizaron recursos metodológicos que permitieron lograr resultados concretos en relación a:

- ◇ describir y comprender el problema tanto desde sus aspectos más estructurales y los más subjetivos que hacen al mismo;
- ◇ evaluar el desarrollo que ha tenido el programa desde el análisis de los discursos compartidos;
- ◇ identificar la directa relación entre los objetivos del programa y el enfoque de género,

- ◇ construir reflexiones y lecciones que se traducen en propuestas hacia el diseño y ejecución de la política a nivel local.

Se considera que la propuesta del programa se enmarca en una política transformadora de género. Sin embargo, ciertos aspectos inherentes al diseño y ejecución del mismo difieren de las transformaciones que se logran efectivamente. La inversión en la salud de mujeres jóvenes, madres y trabajadoras debería ocupar un lugar preponderante en la agenda de cualquier gobierno, a la vez que traducirse en acciones concretas que generen cambios significativos en la sociedad.

Metodología

Para llevar a cabo el estudio, se eligió el enfoque de investigación evaluativa atendiendo a su carácter de investigación social aplicada orientada a producir conocimiento que contribuya a mejorar la calidad, la eficacia, la eficiencia y el impacto de las intervenciones públicas. Este enfoque permitió caracterizar el programa, evidenciar aspectos centrales e identificar elementos que intervienen en su funcionamiento y que están afectando el logro de los objetivos que persigue.

El tipo de estudio es exploratorio, observacional y descriptivo. La investigación toma un estilo de carácter mixto, con predominio de estrategias cualitativas, dentro de la tradición del estudio de caso único, cuya unidad de estudio es el **PPPCC**.

En cuanto a las técnicas utilizadas, y apelando a la triangulación metodológica (Denzin y Lincoln, 1994, Fielding y Fielding, 1986, Flick, 2007, Maxwell, 2013, Vasilachis de Gialdino, 1992), el estudio se valió de:

- ◇ análisis documental del estado del arte y de publicaciones y folletería diseñada por el programa para difundir la prevención de la enfermedad, permitiendo contextualizar el mismo a nivel local y analizar el contenido del mensaje de las campañas destinadas a la población;
- ◇ observación participante de carácter antropológico, en dos actos públicos destinados a hacer prevención del cáncer de mama; únicas actividades de convocatoria masiva en materia de prevención del cáncer, al ser éste el tipo más frecuente en la provincia;

- ◇ encuestas semiestructuradas, cuyas categorías refirieron al conocimiento sobre cáncer, cáncer de cuello uterino, virus VPH, Papanicolaou; sobre la existencia del programa y los controles ginecológicos a los que pueden acceder. Las mismas se aplicaron en las actividades públicas de prevención a treinta mujeres con y sin diagnóstico oncológico;
- ◇ entrevistas en profundidad realizadas a una autoridad del Ministerio de Salud Pública vinculada al diseño, adaptación y ejecución de la política cuyo guión se construyó en base a la trayectoria del programa, el financiamiento, la logística, obstáculos y facilitadores del mismo, y dos referentes nacionales del programa, siendo una de ellas integrante del equipo de monitoreo y la otra a cargo del sistema de información de tamizaje (SITAM)¹.
- ◇ entrevistas semiestructuradas realizadas a dos médicos ginecólogos, a un médico oncólogo, a una trabajadora social vinculada a la atención oncológica y a una referente de zona sanitaria. El guión de entrevista se construyó en relación al rol profesional de las/os informantes;
- ◇ relatos de vida a dos mujeres con diagnóstico oncológico de cáncer de cuello de útero bajo tratamiento;
- ◇ estadística descriptiva sobre cáncer de cuello de útero en San Juan, específicamente tasa de incidencia hospitalaria y perfil socioeconómico, en el período 2014-2016,

¹ Sistema *online* para registrar las atenciones que reciben las mujeres que acceden a estudios, diagnósticos y tratamientos para la prevención del cáncer cervicouterino, permitiendo hacer un seguimiento de cada caso al ser nominalizado.

acudiendo a las fuentes de datos del Registro Hospitalario de Tumores, del Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas.

La utilización de fuentes primarias como secundarias permitió ampliar el campo de información para el análisis. Asimismo, se contó con seminarios de reflexión y evaluación sobre los avances de la investigación, en los que partici-

paron profesionales de diversas áreas que con sus aportes contribuyeron a reajustar y enriquecer la propuesta inicial.

Los criterios definidos para el análisis de los datos responden a la perspectiva **Género en Desarrollo (GED)** y a los criterios del **Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD)**. Se consideraron la *Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Impacto, Cobertura, Participación y Apropiación*.

Investigación Evaluativa en el ámbito de la salud

Los procesos de evaluación se entienden como *una valoración sistemática de la operación y de los impactos de un programa o política al compararlos con un conjunto de estándares implícitos o explícitos para contribuir al mejoramiento del programa o política en cuestión* (Weiss, 2015:49). En palabras de Nirenberg (2013), se trata de una actividad programada de reflexión sobre acciones que se propone desarrollar, se encuentran en desarrollo o ya fueron desarrolladas, a través de procedimientos sistemáticos de obtención, procesamiento, análisis e interpretación de información diversa y comparaciones respecto de distintos parámetros, con el fin de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre los procesos, resultados e impactos, previstos y no previstos, y formular recomendaciones que posibiliten mejorar la toma de decisiones.

La evaluación, como disciplina, es un área relativamente nueva de las Ciencias Sociales, su incorporación explícita en los programas y sistemas de salud ha llegado algo tardíamente (Montero Rojas, 2004, Naranjo, 2006). Sin embargo, ésta se considera parte esencial del proceso

de análisis de políticas públicas (Cursio, 2007) ya que orienta en la comprensión de los nudos críticos del complejo proceso que es la prevención de enfermedades. En el ámbito de la salud, la evaluación de programas trata fundamentalmente de contrastar las actividades programadas versus las actividades cumplidas (Naranjo, 2006).

Dentro de los diversos enfoques de evaluación, la investigación evaluativa, desde perspectivas construccionistas y fenomenológicas, se la entiende como una manera sistemática de producir reflexión y conocimiento acerca de un proceso desarrollado o en desarrollo. Esta perspectiva trasciende la medición de los objetivos a una descripción y comprensión de los procesos desarrollados (Puerta, 1996). Por lo tanto, se trata de una investigación aplicada, una transdisciplina y una profesión orientada a producir conocimiento para mejorar la calidad, la eficacia, la eficiencia y el impacto de las intervenciones públicas contenidas en las políticas, programas y proyectos sociales. Para ello, puede articular métodos cualitativos y cuantitativos.

La visión de género en el PPPCC

Los avances en materia de género, según Naila Keeber (1995, citada por Chung Echevarría, 2007) plantean la existencia de tres enfoques en la formulación de políticas, entre los cuales se encuentra el de *Políticas transformativas o redistributivas de género*, que buscan transformar las relaciones inequitativas de género en relaciones más democráticas, redistribuyendo con mayor equidad los recursos, las responsabilidades y el poder entre varones y mujeres. Como consecuencia del enraizamiento cultural de las relaciones inequitativas, la aplicación de este tipo de políticas puede generar fuertes resistencias y dificultades en su implementación.

De acuerdo al planteo de diversas autoras (García Prince, 2010; de la Cruz García, 2008; Carvallo de la Riva, 2011) el *mainstreaming* o transversalización, propugna por la integración del enfoque de género no sólo en intervenciones directas y específicas relacionadas a la situación

de opresión sino en todo el proceso de planificación, adopción e implementación de políticas, programas, metodologías, análisis, evaluaciones. Por lo tanto, como estrategia, requiere atención a las perspectivas de género haciéndolas visibles y mostrando sus relaciones con el logro de las metas de desarrollo (De Waal, 2006) del sistema actual.

El Estado como garante de derechos gestiona los mecanismos para contribuir al cuidado de la salud de la población. La implementación del programa pone en discusión la influencia de las cuestiones de género en materia de prevención, principalmente aquellas referidas a las relaciones de poder. La enfermedad o muerte de las mujeres tiene consecuencias devastadoras para las condiciones de vida de sus familias, ocasionando pérdidas de trabajo e ingresos, el ausentismo escolar de los niños del hogar (Arrossi *et al.*, 2007), entre otras tantas, que deben ser cuestionadas desde sus raíces.

Particularidades del PPPCC

La evaluación de un programa o proyecto en el que no se incorpore el componente de género podría decirse que oculta y refuerza la situación de desigualdad en las relaciones de género ya que no permite visualizar y analizar los resultados alcanzados en varones y mujeres (Espinosa Fajardo, 2011). Para esto, resulta clave la determinación de los criterios de evaluación, las dimensiones, variables e indicadores y pre-

cisar su alcance. Una evaluación que transversalice la perspectiva de género necesita una reinterpretación de los criterios clásicos formulados por el CAD.

La siguiente tabla sintetiza los criterios reconceptualizados desde una perspectiva de género. En el apartado de resultados se comparte cómo se observaron en el programa a partir del análisis de los datos recogidos en la investigación.

Tabla 1: Criterios de Evaluación con enfoque de género

Pertinencia y Coherencia	Valora las definiciones principales de la intervención; la adecuación de los objetivos de intervención que guardan relación con cuestiones de género a los problemas y al entorno donde se ejecuta el programa; la alineación de la política con los mandatos internacionales de DDHH; y la coherencia existente entre las normas, objetivos y medios que la rigen y orientan.
Eficiencia	Valora si los resultados vinculados a la igualdad de género han sido logrados a un coste razonable y si los beneficios tienen un coste y asignación equitativa. Se pone más atención a la eficiencia centrada en las mujeres dado que es común que las acciones de desarrollo sean ciegas a sus contribuciones y que no sean valoradas económicamente.
Eficacia	Relación de los objetivos con los resultados considerando los beneficios alcanzados por mujeres y hombres, y aquellos orientados a transformar las jerarquías de género, sin analizar los costes.
Impacto	Contribución de la acción de desarrollo a la política más amplia de igualdad de género, a los objetivos sectoriales de igualdad y al avance hacia la igualdad a largo plazo. Debe analizarse los cambios observados en las condiciones de vida y en el acceso y control de los recursos, por parte de las mujeres como de los hombres.
Sostenibilidad	Implica la consideración de factores políticos locales, institucionales, tecnológicos, socioculturales, ambientales y condiciones financieras y económicas. Se evalúa a partir del nivel de incorporación del enfoque de género tanto en las prácticas como en el marco legal y normativo de las dependencias involucradas como forma de ofrecer las condiciones necesarias para su permanencia.
Participación	Grado en que la política ha generado un tipo y grado de participación de hombres y mujeres que efectivamente contribuya a fortalecer su capacidad de gestión y decisión sobre aspectos clave relacionados con una mayor igualdad en sus condiciones de vida y posición relativa.
Apropiación	Grado de adhesión, entendimiento y legitimación de la política de igualdad de género por parte de todas las partes involucradas. Zermeño recomienda que este aspecto sea analizado a través de una aproximación cualitativa que recupere la construcción de significados compartidos y representaciones sociales.

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinosa Fajardo (2010:2694-2695); González Gómez y Murguialday Martínez (2004:11-14); Zermeño (2012:51-57)

Resultados

En base a los datos analizados, se pretende dar cuenta del grado de alcance de los objetivos que persigue el programa en base a los indicadores de resultados, tal como la disminución de la tasa de incidencia de cáncer cervicouterino, en el caso del estudio aquí citado.

En lo que a **eficacia** respecta, la Tabla 2 expone que el cáncer de cuello de útero es el segundo tumor más frecuente en el registro de casos hospitalarios de la provincia. También indica una disminución de casos invasores en el periodo 2014 - 2016.

Tabla 2: Distribución de casos hospitalarios según sitio tumoral más frecuente, por año. N=1419

Sitio Tumoral / Año	N = 1419		
	2014	2015	2016
Mama	94	80	89
Cuello Uterino	53	37	31
Recto-Colon	43	36	30
Piel No melanoma	38	26	42
Próstata	19	21	19
Bronquio / Pulmón	30	20	11
Estómago	21	14	16
Otros	211	223	215
Total	509	457	453

Fuente: Registro Hospitalario de Tumores /RITA-INC. Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas. HMVQ

El Gráfico 1 refleja que existe un alto número de casos de comportamiento invasor, representando el 65% de los 182 casos incluidos en el análisis. Pero a la vez se advierte un porcentaje importante, el 32%, de lesiones precancerosas (CIN III) lo que implica que hay detección temprana.

Gráfico 1: Porcentaje de casos según comportamiento.

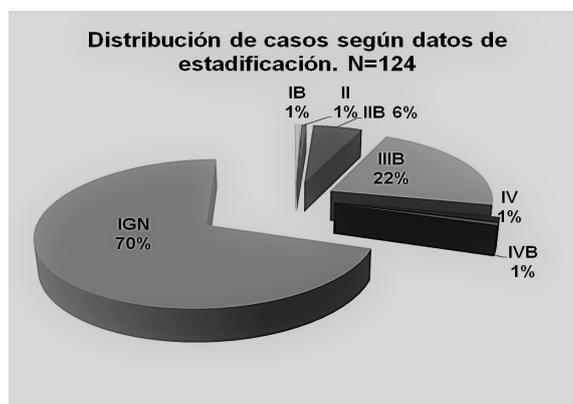


Fuente: Registro Hospitalario de Tumores /RITA-INC. Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas. HMVQ

En el Gráfico 2, que incluye casos invasores y no invasores, se advierte que el 22% se corresponde con un estadio IIIB², lo que implica una significativa progresión de la enfermedad. A su vez, el 70% del dato ignorado (IGN) refleja la ausencia del mismo en los hospitales públicos de la provincia.

² El estadio se refiere a la extensión del cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha extendido a otros tejidos. Mientras más avanzado sea el estadio refleja mayor progresión de la enfermedad (Dictionary National Cancer Institute).

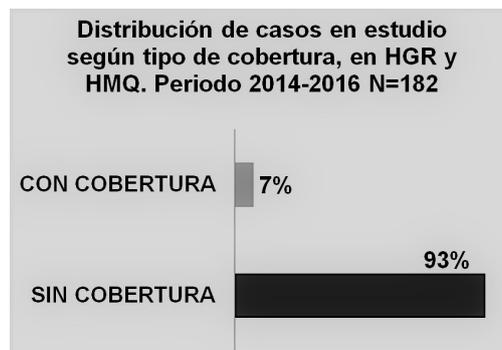
Gráfico 2: Porcentaje de casos invasores y no invasores según estadio. Periodo 2014-2016.



Fuente: Registro Hospitalario de Tumores /RITA-INC. Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas. HMVQ

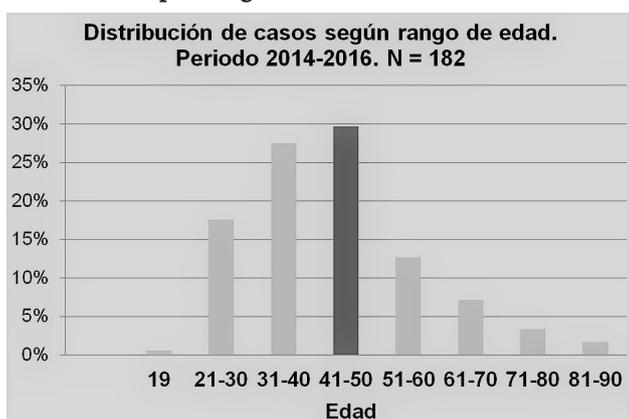
El cáncer cervicouterino se caracteriza por afectar a mujeres de escasos recursos económicos, sin cobertura de salud asegurada, como lo muestra el Gráfico 3, que debido a la confluencia de diversos factores, no acceden a los servicios de tamizaje o no lo hacen a tiempo.

Gráfico 3: Porcentaje de casos según cobertura de salud



Fuente: Registro Hospitalario de Tumores /RITA-INC. Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas. HMVQ

Gráfico 4: Porcentaje de casos por rango de edad (2014-2016)



Fuente: Registro Hospitalario de Tumores /RITA-INC. Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas. HMVQ

El Gráfico 4 muestra que el 30% de las mujeres más afectadas, en el periodo estudiado, se corresponden con el rango etario de 41 y 50 años, y más del 25% al de 31 y 40 años. Este dato sugiere que la enfermedad impacta principalmente a mujeres jóvenes, en edad reproductiva y económicamente activa, lo que magnifica aún más el daño social que la enfermedad trae aparejada.

Desde el diseño del programa se prioriza garantizar el acceso de la población de escasos recursos y al grupo etario de mayor riesgo. La **pertinencia y coherencia** del programa se ve reflejada en el Gráfico 3, que señala en más de un 90% la demanda de atención a los servicios públicos de salud por parte de la población sin cobertura social. Esto se complementa con los resultados de las encuestas realizadas que señalan que las mujeres en su mayoría reciben asistencia ginecológica en los hospitales públicos (48%) o en los centros de salud (22%).

Si bien el programa formalmente contempla la prevención en los tres niveles de atención, lo que se observa, advertido también por la autoridad ministerial entrevistada, es que las acciones que se llevan a cabo en materia de prevención resultan aisladas y se hacen esporádicamente. Refiriéndose a una actividad departamental expuso:

Caucete fue el que más trabajó, el que más muestras [de pap] tuvo, el que más informó y justo en ese momento tuve problemas con el Hospital Rawson porque llevaron como 250 muestras, y les decían que en treinta días iba a estar el resultado. Pasaban dos meses y nada, entonces las mujeres del municipio casi me matan porque ellos pusieron la cara... ¿qué había pasado? hubo un cambio de jefe del servicio [del Hospital de Caucete], cambios en cosas institucionales que yo no tenía previstas [...] son pequeñas acciones que tienen impacto en la comunidad. Este proyecto, que se llamó "Cuidate y ganó", tuvo muy buena repercusión.

Esto fue en el 2014. [...] Es importante aceptarlo para que no vuelva a pasar esto y que tengan los resultados a los 30 días desde los municipios nos están pidiendo esto.

Asimismo, señaló que:

[...] en Iglesia hay una nueva directora (del hospital) ahora, no he tenido contacto todavía, pero, si empezamos este nuevo proyecto, podríamos ir con ella [...] y enseñarle a la gente de Iglesia que cargue en el SITAM, porque en el SITAM pueden cargar la toma y el resultado.

Esto, permite señalar que hay acciones a emprender ante la demanda de los servicios, pero que aún no se logran programar. También permite advertir la existencia de esfuerzos aislados por optimizar los recursos y mejorar la agencia del mismo.

Esta situación afecta también a la **eficiencia** del programa al no poder garantizar la ampliación de la cobertura, tal como establece explícitamente uno de sus objetivos. En cuanto a la disponibilidad de recursos, algunos profesionales manifestaron que los recursos están disponibles, mientras que otros señalan la escasez de estos como la principal limitante para mejorar los resultados del programa. La autoridad ministerial entrevistada manifiesta:

Lo único que nos envía el programa nacional es folletería, trípticos, capacitaciones que nos informan, reuniones de referentes que se hacen una vez al año.

Sin embargo, otros/as profesionales señalan que *tenemos muy pocos recursos humanos y materiales para trabajar, no nos alcanza. O bien, los recursos están, pero no son administrados correctamente.*

Existen diversas formas de prevenir el cáncer cervicouterino. La vacuna contra el HPV, virus que causa aproximadamente el 80% de los casos de cáncer de cuello de útero; la prueba de Papanicolaou (PAP), una de las principales estrategias de prevención que detecta lesiones en el cuello del útero; el Test de VPH que detecta la presencia del virus y el tipo según riesgo oncológico (PNPCC; 2014). Esta última tecnología está recientemente (2018) disponible en la provincia de San Juan y se está implementando en el departamento de Rawson inicialmente para luego extenderse al resto de los departamentos.

Ante la consulta a la autoridad ministerial respecto al acceso de las mujeres para realizar los controles, manifestó:

Lo que me solicitan a veces del trailer es insumos o la respuesta de los pap, porque ellos ya tienen el circuito y el equipo formado por

ellos [...] El año pasado el trailer terminó con 1900 a 2000 Pap anuales; poco, podría haber tomado más [...] En general, la gente se acerca al trailer, antes tenía una modalidad, por ejemplo iba a 9 de Julio, una semana antes iba la trabajadora social y la promotora de salud y empezaban a dar charlas con las cuales ya tenían información aparte de la difusión en-tonces ahí se acercaban más al trailer [...] Este año no están haciendo así. Directamente informan los medios de comunicación y va y se instala el trailer [...] Uno de los factores que tuvo que ver con la baja en cantidad de muestras fue la ausencia del médico, quien estuvo con parte médico dos o tres meses.

En cuanto a las acciones de capacitación y perfeccionamiento a los profesionales y a la comunidad, la autoridad entrevistada manifestó:

Los profesionales tienen varias formas de capacitarse. Una de las que se le ofrece es la del INC. Algunas son becas donde se evalúa la capacidad y los requisitos, y si cumplen se las dan. Y la otra es que los profesionales van a cursos a Mendoza a Córdoba, más autodidacta. Lo generan y lo pagan ellos [...] También se dan charlas a la comunidad pero son muy pocas porque lo que pretendo es que sea el centro de salud el que salga a su comunidad, el que se haga cargo de su comunidad y que la comunidad sienta el centro de salud como propio.

En su implementación, el programa no suele contemplar situaciones contextuales, culturales y económicas que obstaculizan el acceso a la prevención, al diagnóstico y tratamiento para el cáncer, particularmente por la centralización de estas prácticas en los hospitales centrales del Gran San Juan (Dr. M. Quiroga y Dr. G. Rawson), que afecta a quienes residen en departamentos alejados.

Para acceder a los diferentes estudios o test diagnósticos muchas mujeres deben traspasar diferentes barreras culturales, económicas y sociales para garantizar el cuidado y preservación de su salud. En los relatos obtenidos por parte de las entrevistadas se advirtieron algunos temores a acudir a consulta con un ginecólogo hombre porque *a mi marido no le gusta*, o relacionar el contagio del HPV con el *haber sido descuidada en las relaciones sexuales* asumiendo la responsabilidad de ello, invisibilizando el rol del hombre. También manifestar que *no tener plata para el pasaje* (de colectivo) fue una de las razones por las que no retiró el informe del Pap, o *no tengo con quién dejar a mis hijos para venir* [a realizarse los controles].

Esto refleja que las mujeres, en la multiplicidad de roles que desempeñan como *cuidadoras*, madres, amas de casa, jefas de hogar, se ven

obstaculizadas a cuidar de su propia salud, por priorizar el cuidado de otros miembros de la familia. Esto las conduce, en ocasiones, a no disponer del tiempo y dinero suficiente para realizar los controles o hacer un tratamiento correctamente.

En lo que respecta al **impacto** esperado del programa, la ausencia de una línea de base a nivel provincial y por localidades, genera incertidumbre respecto al alcance de cobertura y al seguimiento de casos desde el programa. La autoridad ministerial comenta al respecto;

Cuando empezó el programa, que empezaron a cargar mal en citología (lo cargaron en otra parte) figuraba en Nación como que los pap no tenía resultado porque ellos no podían leer el resultado. Y era que se había cargado mal en realidad.

Los errores de carga en el **SITAM** conllevan a vacíos y discontinuidad en los informes de evaluación del programa, debilitando el proceso de valoración y los aportes que de ello podrían surgir para mejorar los resultados que éste logre.

De acuerdo al criterio de **sostenibilidad**, se observa que es preciso reforzar el recurso humano en los Centros de Salud y en la periferia, promoviendo la intervención de agentes sanitarios comunitarios que fortalezcan las acciones de prevención primaria y las prácticas que contribuyan a preservar la salud sexual.

Según la autoridad ministerial,

Lo que yo les pido es más personal a nivel central. Al principio pedíamos médicos, me dijeron que no. Enfermeros, no. Sí tuve la suerte de que apenas empezamos con la división, fueron Trabajadoras Sociales -TS- [...] La primera TS estaba en el hospital, estuvo 4 meses y dijo "esto no es para mí". La segunda estuvo un año y le salió el contrato y me dijo "no puedo sostener esto". Y la tercera estuvo 3 meses y dijo que no le gustaba.

Por otra parte, el programa no contempla a los hombres en las acciones de concientización sobre su papel activo en la transmisión del VPH. Respecto a esto agregó:

Yo supongo que es porque esta es una temática muy difícil, porque es la sexualidad. Estamos en una población con una visión muy sesgada y careta. Con una cuestión cultural muy fuerte, machista. Y una cuestión de modelo médico hegemónico muy arraigado.

Referido a este punto, una expresión manifiesta de las referentes nacionales del programa, ante la inquietud de por qué no se incluye a los hombres en las acciones de prevención de la enfermedad, remarcó que: *no debe pensarse qué pasa con los*

hombres porque las que se mueren son las mujeres. Sin embargo, el papel activo de los hombres en la transmisión del VPH es clave, aún cuando esta patología afecte a las mujeres.

En cuanto a la **participación** de las mujeres en el marco del funcionamiento actual del programa, están condicionadas a ser receptoras pasivas de las prácticas de control de salud; aunque podrían experimentar un rol más activo como demandantes de la atención y de información para decidir. Ante esto, los profesionales han reconocido que generalmente no se llevan a cabo campañas activas de educación y detección, destinadas a la población objetivo.

Una profesional entrevistada manifiesta:

hemos traído (muestras de Pap) como 40 mujeres de la campaña [...] estamos tratando de terminar esa campaña. Eso no se hace, sino lo hubiéramos hecho nosotros no se hace.

Teniendo en cuenta que la desinformación agudiza el problema, es importante señalar que de las mujeres encuestadas sólo un 55% conoce la enfermedad y sólo un 22% identifica el VPH como causa de la misma.

El equipo de profesionales de la salud posee una visión compartida respecto a la importancia del programa y la necesidad de mejorar los resultados, lo cual es fundamental para construir la **apropiación** con la política. Sin embargo, no existe actualmente una agenda común de actividades que articule los esfuerzos de los servicios involucrados en la atención de la problemática. De hecho, algunos organismos de salud pública que brindan tratamiento oncológico, desconocen que forman parte de la prevención terciaria del programa.

Desde el programa se convocó a una reunión con referentes del Ministerio de Salud de la Nación, quienes pretenden construir una evaluación

del nivel terciario de atención en el marco del programa a lo largo del país. Asistieron médicos oncólogos, ginecólogas, anatomopatólogos, informáticos, trabajadoras sociales, investigadoras, farmacéutica; esta última, manifestó:

nosotros trabajamos para brindar los tratamientos en tiempo y forma, lo hacemos con el mayor de los compromisos, pero desconocíamos que teníamos vinculación con este programa.

Por su parte, un médico anatomopatólogo expuso:

debemos juntarnos más seguido porque acá surgen ideas [...] yo estoy dispuesto a colaborar a pesar de estar casi jubilado.

Entre los principales resultados se detecta un reconocimiento de parte de los profesionales de la salud entrevistados sobre la importancia de visibilizar el impacto de la enfermedad, y la necesidad de profundizar de manera urgente las acciones de prevención primaria, principalmente.

Un médico oncólogo interpeló a los referentes de nación y cuestionó:

todo lo que estas anotando ya lo sabemos, porque lo hacemos, quiero saber cómo vamos a hacer para revertir esta situación y no manejar esos números (estadísticas) [...] hay que trabajar en la prevención primaria.

Se detecta que el reconocimiento de la población objetivo hacia la existencia del programa es confuso. En las encuestadas dijeron conocer en un 55% la existencia de los controles que es necesario realizarse, como el pap. Sin embargo, no lograban asociar directamente esa práctica con el programa de prevención.

Discusión

La investigación evaluativa es mucho más que la evaluación de programas y, desde una perspectiva ampliada, se puede afirmar que incide en los procesos de las organizaciones. Considerando que el **PPPCC** hasta el momento no ha evaluado con exhaustividad todos los procedimientos que implican su implementación (a pesar que uno de sus objetivos es el monitoreo y la evaluación del programa a partir de la información recabada por el **SITAM**), es dable pensar que los aportes de este estudio pueden favorecer a los/as tomadores/as de decisiones en tanto permitan ampliar la comprensión sobre el alcance que tiene esta política de salud, como así también profundizar el conocimiento acerca de los procesos que la transversalizan.

Es preciso, entonces, repensar el rol de los procesos evaluativos en salud tanto como rendición de cuentas como para reflexionar sobre esos cursos de acción que permitan mejorar los procesos de toma de decisiones. En otras pala-

bras, las evaluaciones deben ser vistas como oportunidades para aprender y mejorar nuestras intervenciones más que como un proceso punitivo o de control de gestión.

Por otro lado, el no involucramiento de los hombres en las prácticas de prevención deja entrever cómo recae la responsabilidad hacia las mujeres respecto al cuidado del cuerpo, la sexualidad y su salud. Ahora bien, ¿por qué no incluir a los hombres? si tienen un rol fundamental como parejas-transmisores activos del VPH, padres, miembros de familias, integrantes de una sociedad que, además, los sitúa en una posición de poder para la (in)acción en materia de prevención y/o tratamiento para el cáncer. Las implicancias de la enfermedad en la vida de las mujeres devienen en la limitación sobre algunos roles sociales que desempeña, como madre, ama de casa, afectando la producción y la reproducción social y condicionando el desarrollo de las familias.

Conclusiones

Las estadísticas ponen de manifiesto que el cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente en la población de San Juan, concentrando la mayor afección en los grupos más vulnerables. La enfermedad afecta significativamente a mujeres jóvenes, muchas de ellas con carga familiar y responsabilidades laborales que se ven obstaculizadas por los deterioros que la enfermedad genera en sus vidas.

La escasa y discontinua prevención primaria y secundaria, incrementa la actividad de la prevención terciaria -etapa de tratamiento-, elevando los costos de salud y disminuyendo las posibilidades de tratamiento efectivo cuando las mujeres son diagnosticadas en etapas avanzadas de la enfermedad, como muestran las estadísticas.

La población encuestada precisa mayor información sobre la enfermedad y cómo prevenirla; las acciones de sensibilización y concientización sobre los controles ginecológicos de forma periódica, el cuidado de la propia salud, las posibilidades de prevenir el cáncer, se deben potenciar desde el programa haciendo hincapié en la demanda manifiesta de la población objetivo.

Se detecta el compromiso de los y las profesionales que atienden y asisten a las usuarias. Sin embargo, éstos identificaron realidades al interior de las organizaciones, como la fragmentada comunicación entre los servicios y con la coordinación del programa, que obstaculiza el trabajo integrado y de equipo.

Los escasos y discontinuos informes que arrojan los datos del **SITAM** dificultan la evaluación del programa, al no contar con estadísticas actualizados de cobertura alcanzada en la población objetivo, ni de seguimiento de los casos bajo tratamiento.

Se considera que centralizar el diagnóstico y tratamiento en el Gran San Juan obstaculiza la cobertura al total de las mujeres, principalmente por las dificultades de acceso para quienes viven en departamentos alejados, en contextos de pobreza y desigualdad.

Se observa que el diseño de esta política está configurado en torno a las mujeres y su derecho a la salud y al Estado como garante de ese derecho. Sin embargo, los relatos de las usuarias ponen de manifiesto la responsabilidad que se confiere a la

mujer sobre el cuidado de la salud propia y ajena, evidenciado la influencia de la cultura patriarcal en el diseño, ejecución y resultados de las políticas cuya principal población objetivo son las mujeres.

La exclusión de la población masculina respecto a la prevención y tratamiento de la enfermedad, en un contexto cultural donde la sexualidad constituye un tema tabú, contribuye a invisibilizar el problema. Esto no es un factor

menor ya que los hombres tienen un activo rol en la transmisión del VPH.

La significativa incidencia de los tradicionales roles de género, donde el cuidado de la salud de las mujeres se ve relegado por el de otros miembros de la familia o por las tareas domésticas, genera impactos negativos cuando se trata de controles preventivos y de tratamientos inherentes a la salud sexual y reproductiva.

Recomendaciones

Es fundamental regular las cargas en el **SITAM** para lograr un seguimiento y evaluación actualizada del programa que permita una mejor identificación y búsqueda activa de las mujeres en riesgo a fin de reconectarlas con el sistema de salud y brindarles tratamiento efectivo. A su vez, esto permitiría redefinir acciones en pos de mejorar los resultados en materia de cobertura, prevención y concientización sobre la enfermedad, acercando el programa a las comunidades y que no recaiga sólo en las mujeres la responsabilidad de acudir a realizarse los controles y tratamientos.

Es preciso trabajar en la articulación de los servicios y unificar las líneas de trabajo. El interés y compromiso del personal debe ser el puntal para

emprender dichos procesos de transformación al interior del programa.

El programa debe asumir el desafío de reconsiderar el enfoque de género que lo transversaliza y tomar una postura respecto al tratamiento de la salud sexual y reproductiva, dado que esto condiciona las estrategias que configura para acercarse a la población, o viceversa. Involucrar a los hombres en las acciones de prevención, concientización y empoderamiento de las mujeres, es clave como estrategia para una política transformadora de género, principalmente, por que el género es una cuestión relacional que no puede ser abordado unilateralmente sino de manera integral, involucrando a toda la sociedad.

Bibliografía

- Arrossi S., Matos E., Zengarini N., Roth B., Sankaranarayanan R., Parkin M. (2007). "The socio-economic impact of cervical cancer on patient and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Result from a cross-sectional study". *Gynecologic Oncology*, N° 105, pp. 335-340.
- Carvalho de la Riva, M. (2011). "Migraciones, Género y Desarrollo". En Sotillo, J. A. *El sistema de cooperación para el desarrollo. Actores, formas y procesos*. Madrid: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación (IUDC) - Catarata.
- Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires (2016). *Prevención del cáncer de cuello de útero*. Recuperado el 12/06/2018 de <http://copbacs.org.ar/prevencion-del-cancer-de-cuello-uterino/>
- Chung Echevarría, C. (2007). *Guía para el Diseño de Políticas Públicas Locales con Enfoque de Género*. Perú: REMURPE.
- Curcio, P. (2007). "Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud". *Politeia*, 30(38), pp. 59-85. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170018285003>.
- De la Cruz García, I. (2008). "El largo camino a la igualdad. Cuestiones de género y desarrollo". En Piqueras Infante, A. y otros, *Desarrollo y cooperación: un análisis crítico*. Ed. Tirant Lo Blanch.
- De Waal, M. (2006). "Evaluating gender mainstreaming in development projects". *Development in Practice*, 16 (2), pp. 209-214.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (1994). "Introduction: Entering the Field of Qualitative Research". En Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (ed.) *Handbook of Qualitative Research*. California: SAGE.
- Espinosa Fajardo, J. (2010). "La evaluación sensible al género : una herramienta para mejorar la calidad de la ayuda". En *Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica. XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles*.
- (2011). *La igualdad de género en la evaluación de la ayuda al desarrollo: Los casos de la Cooperación oficial británica, sueca y española*. Tesis Doctoral. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Fielding, N. G. y Fielding, J. L. (1986). *Linking data*. California: SAGE.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- García Prince, E. (2010). *Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming ¿De qué estamos hablando?: Marco Conceptual*. Edición revisada y actualizada.
- González Gómez, L. y Murguialday Martínez, C. (2004). "Evaluar con enfoque de género". *Cuadernos Bakeaz*, N° 66.
- Instituto Nacional del Cáncer (2018a). *Cáncer de Cuello de Útero*. MSAL, Presidencia de la Nación. Recuperado el 09/06/2018 de <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-de-cuello-de-utero/>
- (2018b). *Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino*. MSAL, Presidencia de la Nación. Recuperado el 09/06/2018 de <http://www.msal.gov.ar/inc/el-inc-y-sus-programas/programa-de-prevencion-del-cancer-cervicouterino/>
- Keeber, N. (1995). *Planificación y políticas con conciencia de género*. Brasil: Oxfam.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. California: SAGE.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018). *Dirección de Estadísticas e Información de Salud*. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/>
- Montero Rojas, E. (2004). "Marco conceptual para la evaluación de programas de salud". *Población y Salud en Mesoamérica*, [S.l.], enero. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/13935>.
- Naranjo, M. (2006). "Evaluación de programas de salud". *Comunidad y Salud*, 4 (2), pp. 34-37. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005&lng=es&tlng=es.
- National Cancer Institute (2018). *Diccionario de Cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>.
- Nirenberg, O. (2013). *Formulación y evaluación de intervenciones sociales. Políticas - Planes - Programas - Proyectos*. Buenos Aires: Noveduc.
- Puerta, A. (1996). *Evaluación y sistematización de proyectos sociales; una metodología de la investigación*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Rodríguez-Bilella P. y E. Tapella (ed.) (2008). *Transformaciones Globales y Territorios. Desarrollo Rural en Argentina. Experiencias y aprendizajes*. Buenos Aires: La Colmena.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). "Los problemas teórico-epistemológicos". *Métodos Cualitativos I*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Weiss, C. (2015). "Preparando el terreno". En Maldonado Trujillo, C. y Pérez Yarahuan, G., *Antología sobre evaluación. La construcción de una disciplina*. México: CIDE-CLEAR.
- Zermeño, F. (2012). *Cerrando el círculo. Ruta para la gestión de evaluaciones de políticas públicas de igualdad de género*. Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament - PNUD.

Silencio y conocimiento en Enfermería

Silence and knowledge in Nursing

Liliana Edith de Vita | ORCID: orcid.org/0000-0002-7788-6458

lilianaedithdevita@gmail.com

Universidad Nacional de San Juan

Argentina

Andrea Analía Benavidez | ORCID: orcid.org/0000-0002-8990-9645

andreabenavidez@unsj-cuim.edu.ar

Universidad Nacional de San Juan

Argentina

Recibido: 01/07/2018

Aceptado: 31/07/2018

Resumen

En este ensayo exploramos diversos modos en los que el modelo biomédico determina la hegemonía en las áreas de trabajo vinculadas a la salud. Proponemos explorar algunos matices de la relación entre conocimiento y silencio en la Enfermería contemporánea argentina. Los antecedentes que Enfermería ha acumulado desarrollo teórico y práctico demuestran dificultades que se reflejan en la escasa producción de conocimiento específico. También se revisan algunos tópicos en los que el poder oprime a través de la fragmentación de las relaciones interpersonales donde se producen silenciamientos como modos de comunicación. Recuperamos algunos aportes bibliográficos para mostrar la forma en que la incipiente bibliografía da muestras de las discontinuidades y vacíos que tienen las producciones teóricas. Avanzamos sobre algunas ideas centrales en la práctica profesional como el concepto de paciente para encontrar las líneas donde las prácticas de silencio resultan dominantes en el ejercicio profesional.

Palabras Clave: Silencio, Conocimiento, Enfermería.

Abstract

In this essay, we explore different ways in which the biomedical model determines the hegemony in work areas related to health. We propose to explore some nuances of the relationship between knowledge and silence in contemporary Argentine Nursing. The ways in which Nursing has accumulated theoretical and practical development demonstrate difficulties that are reflected in the limited production of specific knowledge. It also reviews the ways in which power oppresses through the fragmentation of interpersonal relationships where silencing occurs as modes of communication. We retrieve some bibliographical contributions to show how the incipient bibliography shows the discontinuities and gaps that the theoretical productions have. We advance on some central ideas in professional practice as the concept of patient to find the lines where practices of silence are dominant in the professional practice.

Palabras Clave: Silence, Knowledge, Nursing.

Introducción

En este ensayo exploramos las diversas formas en que el modelo biomédico determina la hegemonía en las áreas de trabajo vinculadas a la salud. También revisamos los modos en los que la fragmentación de las relaciones interpersonales produce silenciamientos como estrategias de comunicación. Recuperamos algunos aportes bibliográficos para mostrar en qué la incipiente bibliografía da muestras de las discontinuidades y vacíos que tienen las producciones teóricas. Avanzamos sobre algunas ideas centrales en la práctica profesional como el concepto de paciente para encontrar las líneas donde las prácticas de silencio resultan dominantes en el ejercicio profesional. Seguimos las huellas de algunos en-

foques teóricos que vienen reflexionando desde hace más de una década sobre los contextos en los que la enfermería es objeto de opresión por parte del sistema de salud pero también por el poder hegemónico que condiciona la producción de conocimiento como por ejemplo Xabier Irigibel-Uriz (2010) que plantea lo siguiente:

Meleis refiere que el conocimiento se ha caracterizado por ser silencioso y lo describe como el saber que se da cuando se deja de abstraer y sistematizar todo el conocimiento que cada día miles de enfermeras producen pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar.

Enfermería y los equipos de salud.

*Cantando como un ciego perdido en la oscuridad
anda en mi cerebro una gramática dolorosa y brutal,
la matanza continua de conceptos internos,
una última aventura de esperanzas celestes,
un desorden de estrellas imprudentes.
[...]
Liberación, sí, liberación de todo
de la propia memoria que nos posee
de las profundas vísceras que saben la que saben
a causa de estas heridas que nos atan al fondo
y nos quiebran los gritos de las alas.*

Vicente Huidobro

El trabajo en salud está atravesado por múltiples variables que le otorgan gran complejidad, probablemente porque los actores involucrados son muchos y suelen tener visiones muy diferentes de un mismo asunto. El modelo hegemónico de salud generalmente no permite construir espacios de diálogo y las instituciones prestadoras de servicio se someten a lógicas que resultan a veces indescifrables para quien no está inmerso en ellas. En ese escenario, las personas que trabajan en Enfermería necesariamente aceptan las condiciones laborales en los diversos espacios; pero no lo hacen pasivamente; más bien ellas van construyendo un modo de transitar y convivir allí que les es propio, imbuido de signifi-

cados y valoraciones, no siempre explícitos ni reconocidos. Reflexionar sobre una praxis de Enfermería que pueda producir grados mayores de autonomía, creatividad y desalienación (Onocko, 2004) nos plantea hoy un desafío importante.

La Enfermería en la provincia de San Juan ha tenido un desarrollo importante en todos sus niveles de desempeño dentro del subsector público del sistema de salud. Específicamente, en lo referido a la gestión dentro de los servicios de salud, se ha logrado institucionalizar la figura de la **Supervisora** (el 98% de los cargos jerárquicos de la profesión está ocupado por mujeres). Su función consiste principalmente en la administración de todo lo referente a

la prestación de enfermería en los diferentes servicios hospitalarios. Dentro de la estructura organizativa de los servicios de salud, donde está rodeada siempre de múltiples agentes y usuarios, suele convertirse en el engranaje perfecto para la reproducción de la cultura dominante: *formas generales de dominación que crea cuerpos sometidos, cuerpos dóciles* (Foucault, 1986). Grandes silencios cubren los espacios de trabajo: se calla lo que molesta, lo que interfiere con los intereses individuales, lo que se perdió la capacidad de decir, lo que no se quiere escuchar. Estos climas, dentro de la enfermería, están relacionados con el rol tradicional de supervisión que durante décadas fue llamado *la caba* (a veces *cabita*) por asimilación al rango militar. Bajo esta figura de la estructura jerárquica quedaba la responsabilidad del control del trabajo, que asumía un estilo rígido y con impronta marcial que probablemente no difería mucho de los modos con que se administraban todas las instituciones en los años en que se sucedían los gobiernos de facto. Hasta hace muy pocos años, la figura de la **Supervisora** estuvo signada por el miedo: la mejor Supervisora era la más temida. El personal, en aquel momento subalterno, recuerda a veces la terrible sensación que producía escuchar en el pasillo sus pasos acercándose en la ronda de rutina. Ese mismo personal es el que hoy ha accedido a los diferentes puestos de gestión que ofrece la organización.

Dentro de la estructura organizativa actual, el puesto de trabajo de la supervisora es central y solitario. En cada uno de los servicios en que se desempeña debe compartir espacios con jefes de servicio (a quienes responde y obedece) y con todo el personal médico, sin identificarse (al menos abiertamente) con ellos. Actúa ejerciendo el control sobre el personal de enfermería que desempeña funciones asistenciales sin llegar tampoco a identificarse con ellos. Las exigencias del rol, tal como la actual cultura institucional lo impone, hacen que la supervisora deba ubicarse a una considerable distancia de todo el resto del personal, una distancia que le permita imponer el anhelado orden; que haga posible cumplir la norma; la supervisora se encuentra lejos de todos: de los subalternos, de los jefes, de otras supervisoras, lejos de ella misma; tal como nuestras instituciones supieron enseñarnos y no sin dolor, supimos aprender. Dentro de la organización somos, entonces, un engranaje perfecto para la reproducción de la cultura dominante.

La administración nace en Enfermería con objetivos muy acordes a las teorías clásicas y así ha construido su historia, manejando un método que pretende administrar *científicamente* personas, situaciones, subjetividades. Pensamos en mediciones de productos y en administraciones eficientes y eficaces. (Arndt y Huckabay, 1980). Dentro del trabajo de Enfermería, todas las

teorías aceptan como funciones administrativas a la planeación, organización, integración (de recursos humanos y materiales), dirección y control. También se dice que la función de las personas dentro de las organizaciones es la productividad. (Balderas, 1995). Así hoy seguimos enseñando y aprendiendo de Marriner (1998) que define **organización sanitaria** como un *consolidado de elementos o conjunto sistematizado*. Dice también que dentro de ella, **jerarquía** es *grupo de personas clasificadas por rango, grado o clase*. Aparece así entre los conceptos vertidos la palabra **persona**, pero está referida solamente a los que ocupan cargos jerárquicos en la organización. Estas personas establecen su planificación para que los subalternos puedan *ejecutarla con eficiencia y efectividad*. En Enfermería hoy se enseña también que *La gestión es impersonal y pasiva. Un gestor se centrará en mantener a los individuos funcionando en dirección a los objetivos de la organización para que siga siendo productiva* (Potter P. et al. 2002).

Tampoco escapa hoy Enfermería al biologismo dominante que atraviesa todo el sistema de salud logrando invisibilizar los aspectos sociales de la salud y la enfermedad. Así, la práctica individualista se traduce en un proceso de trabajo fragmentado colmado de actividades rutinarias que muchas veces no cobran sentido para el trabajador que las protagoniza. Este biologismo se acompaña de la profesionalización que conlleva la subordinación tanto de saberes como de personas, y dentro de él, Enfermería se percibe como quien no tiene nada para decir. (Menéndez, 2004 y 2005). Este modelo valoriza sólo el saber médico y ubica en una posición subalterna al resto, ordenando a los trabajadores en una línea vertical que parece infranqueable; esta línea jerárquica termina creando distancias entre las personas y produciendo daños en toda su extensión: a los usuarios necesitados de atención, a los trabajadores de Enfermería y a todos los subordinados al saber médico, e inclusive a este profesional, que queda alejado del resto. Esto que venimos mencionando está ciertamente relacionado con los climas que se viven cotidianamente en las instituciones de salud teñidos de sentimientos de frustración, de tristeza, de enojo, de queja, de indignación, de emociones contrapuestas, de justificaciones y de miedos, presentes en las expresiones verbales y no verbales, en muchas palabras y también en cosas no dichas, todo paralelo al hecho de no lograr reflexionar sobre la práctica más allá de la línea de la obediencia. Para Campos (2006), este tipo de instituciones son altamente dañinas para el trabajador de salud:

Trabajar años y años en situaciones donde la propia organización del proceso de trabajo impide o dificulta el ejercicio efectivo de la clínica, significa producir trabajo y trabajadores alienados y falta de compromiso. Sig-

nifica producir personas sin auto-respeto y con una autoestima muy baja. Significa lidiar con personas obligadas a realizar un trabajo mecánico y que solo será cumplido por el pago de un salario. (p. 109)

El sometimiento a la organización y la verticalidad en las relaciones laborales silencia al trabajador de Enfermería ante sus autoridades. Así el proceso de trabajo está colmado de palabras que caracterizan prácticas comunicativas muy limitadas: se habla de personas mencionándolas como camas o planillas; se habla de evaluar como contar y sacar porcentajes, y así gran cantidad de ejemplos que evidencian el empobrecimiento de la aptitud comunicativa tanto individual como colectiva. En el lenguaje verbal, del mismo modo en que sucede con el lenguaje musical, el silencio es en sí mismo expresión importante y adquiere un sentido que puede ser interpretado según el espacio en el que cada silencio se ubica. Hay silencio en la consulta entre el médico y su paciente (cada vez más breve y con menos es-cucha); hay silencio en los usuarios de los servicios; hay silencio entre diferentes centros de salud (con un sistema de referencia y contra-referencia que nunca pudo funcionar), a pesar de las cortas distancias que separan unos de otros. Estas situaciones van limitando en el tiempo no solamente la aptitud comunicativa de los trabajadores sino también su capacidad de reflexión. Acá estamos hoy, constituyendo una descomunal fuerza de trabajo inmersa en organizaciones de salud cuyas prácticas están puramente orientadas a la clínica tradicional, de enfoque asistencial y curativo, realizando grandes esfuerzos para no perder el control, para que todo siga igual. Vamos llegando a lugares de gestión con el triste propósito de estar más arriba que los otros, esos otros que constituyen una amenaza constante solamente porque a lo largo de nuestra historia sólo aprendimos a ejercitar el miedo.

Ahora bien, si los silencios que mencionamos son comunes en los lugares de trabajo, las reflexiones a las que nos referimos necesariamente deben ser colectivas. Una de las situaciones verdaderamente difíciles de desarmar es la falta de participación, producto de una especie de apatía generalizada. La carga laboral muchas veces doble (con el consecuente cansancio psicofísico) se traduce en escaso interés por las construcciones conjuntas de diverso orden. Sin embargo, entendemos que el desgano frete a diferentes tipos de convocatorias a la participación tiene también que ver con el resquebrajamiento de la aptitud comunicativa. Al respecto de la necesaria participación para generar procesos de cambio, Mario Testa (2006) diferencia dos formas:

como un proceso nacido desde el conocimiento de las necesidades sentidas y sufridas por la población, junto con el convencimiento de que la acción grupal puede superar los pro-

blemas que la acción individual no puede resolver, o como una propuesta o proyecto organizativo de alguna autoridad tendiente a resolver las necesidades señaladas. (p. 168)

Si bien el autor se refiere a la participación de la comunidad en acciones de salud, entendemos que la construcción de un colectivo participativo hacia adentro de las instituciones atraviesa reglas similares. Cuando acontece con la primera forma se trata de un hecho concreto que nace a partir del reconocimiento del otro y de sus subjetividades. Sin embargo en el segundo caso continúa siendo sólo un componente más de la abstracción, por cierto bastante lejano de las características ideales de la participación responsable y voluntaria que podría movilizar nuestro colectivo hacia destinos más plenos y significativos.

Entre los obstáculos más evidentes que encontramos para la praxis participativa está la característica del sistema de salud referida a la centralización de los servicios debida al poder asimétrico que ostenta, ante la cual; la democratización de las decisiones no tiene ningún tipo de espacio. Observamos fuerte inercia en la tendencia a repetir irreflexivamente estructuras y modos de trabajo que no fueron eficaces ni siquiera en épocas pasadas. La organización y los procedimientos a utilizar debieran conformar una delicada trama cuya funcionalidad esté dada por el conocimiento, lo más acabado y adecuado posible según nuestro propio contexto (nuestra historia, cultura general y condiciones particulares). Quienes ocupan los espacios de decisión tendrían que poseer conocimientos y capacidades específicas relacionadas con estas cuestiones que operan en forma invisible en nuestro cotidiano laboral; ello teniendo en cuenta que debemos encontrar una salida contrahegemónica que habilite la palabra y posibilite la reflexión. Democratizar la organización sanitaria puede parecer una tarea titánica, sin embargo, transitar sus pasillos diariamente a lo largo de una vida, tampoco es un tema menor, y la pasividad frente a este escenario podría tener consecuencias aún peores que las conocidas. Testa refiere que la participación es necesaria y es también posible, por lo que se constituye como un estímulo potente para desarrollar el crecimiento horizontal dentro de las instituciones de salud (Testa, 1995).

¿Cómo hacer, entonces, para desnaturalizar las incoherencias de las instituciones de las que formamos parte? ¿Cómo se reconocen, se interpretan, se cuestionan si en cada intento aparecen, rápidas y silenciosas, las defensas largamente construidas? Es posible encontrar algunas fracturas institucionales en las que operan, silenciados por el cansancio, los conflictos crónicos, donde puede habilitarse el diálogo y desde esos lugares se puedan construir alternativas válidas al modo

de acumulación de poder dominante. Quizá sea posible transitar desde la pasividad a la autodefinición, desde el silencio y la inconciencia a la intersubjetividad y el diálogo, desde la rigidez de la calma a la inquietud de la incertidumbre. No hay certezas de llegar bien y pronto a ningún lado, pero entendemos necesario correr el riesgo. Desalinearse consistiría quizá en la posibilidad de poder encontrar un modo de identificarse con el propio trabajo, de manera que éste resulte una tarea importante para quien lo realiza; es decir, encontrar una manera de escapar al automatismo reinante. Identificarse también con el otro, aquel al que tememos o desconocemos. Podríamos

aprender la gestión creativa, entendiendo que la creatividad es un proceso de esfuerzo continuo, casi una elección permanente de apostar a la posibilidad de reemplazar viejos comportamientos por otros nuevos. La capacidad creadora implica flexibilidad de pensamiento, que también consiste en aprender a tolerar lo inusual, lo que no estaba previsto y quizá hasta lo contrario de lo que pretendimos anticipar. Desandar el miedo, deconstruir la historia, *crear e instituir espacios en los que se pueda experimentar la toma de decisiones colectivas* (Onocko, 2002). Reflexionar, desnaturalizar, escribir para construir un camino propio, son hoy desafíos urgentes y necesarios.

Matices del silencio en enfermería

Las preguntas que mantenemos abiertas para pensar en la relación existente entre silencio y Enfermería remiten también a considerar aquello que constituye el conocimiento enfermería. También nos preguntamos: ¿Cuáles son las condiciones de posibilidad para que el conocimiento específico en Enfermería produzca su diferencia con respecto a otros saberes vinculados a la salud? La pregunta por el estado de la investigación en este campo y su desarrollo disciplinar también es alcanzado por el manto de silencio. Resulta notable que el desarrollo de las teorías en enfermería y la relación de estas con la práctica se encuentran muy distantes. Los modos en que la influencia de teorías de comienzos del siglo XX, provenientes de otros contextos geopolíticos, siguen estando presentes en la educación superior de la carrera. Estas condiciones que comentamos necesitan ser repensadas porque es evidente que la relación entre formación académica y silenciamientos ha determinado al colectivo hasta nuestros días. Una de las causas posibles para que se den estas condiciones en enfermería pueden estar relacionadas a que:

El silencio parece ser una herramienta de camuflaje para gestionar las situaciones complejas en las que no resulta fácil pronunciarse. Esta situación es causada por diversas razones, aunque el miedo a complicaciones posteriores podría decirse que es el que más alimenta esta actitud. (Leyva-Moral)

Entre las perspectivas que tenemos en cuenta para pensar la situación actual de la enfermería argentina, en tanto campo disciplinar, se encuentra su propia historia. La misma historia

que ha sido silenciada y despreciada por las voces que recuperan la memoria colectiva o de época. Los aportes que provienen de campos específicos, como pueden serlo la sociología, la antropología, la arquitectura, la política, el enfoque de género, son escasamente tenidos en cuenta en la formación académica de quienes estudian enfermería a pesar de haber recibido un tratamiento especial desde que Carrillo escribiera *La teoría del hospital* (2012). Enfermería valora casi exclusivamente una diversidad de saberes prácticos que complejiza aún más la pregunta por el conocimiento en y desplaza la investigación tanto teórica como práctica en sus diversas formas.

La perspectiva historiográfica en enfermería es recuperada entre otros por Úrsula Serdarevich (2017) en *Enfermería. Una perspectiva historiográfica*, se suma a las observaciones que realiza José Siles González (1999) en *Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la enfermería*, entre los pocos trabajos donde se ponen en valor los aportes de producciones históricas y señalan la importancia que esas producciones, aunque escasas, cobran en la conformación disciplinar de enfermería.

En el contexto nacional, hay algunos libros de referencia que enfocan la enfermería como *La fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, prologado por Dora Barrancos y escrito por Carolina Barry, Karina Ramacciotti y Adriana Valobra. Estas autoras aportan un recorrido por las temáticas que atraviesan temas vinculados con la mujer, políticas sociales, relación con las políticas de salud en torno a la maternidad, enfoques vocacionales, entre otros. Este material nos sitúa en el foco de la conformación disciplinar de enfermería vinculada a las políticas de salud del gobierno

peronista. En esa misma línea están los trabajos de Beatriz Morrone: *Soltando amarras* (2014), *Al servicio de las ideas. La enfermería en los Procesos Populares de Liberación en Iberoamérica* (2012) y *Cecilia Grierson: soy una obrera del pensamiento* (2018).

La pregunta sigue latiendo en el fondo, ¿qué tipo de conocimiento es el que se produce en enfermería? La formación de los enfermeros y enfermeras está fuertemente privada de teorías que remitan al contexto en el cuál se ejerce la profesión, por esas razones, la sospecha de epistemicidio se deja notar (Boaventura de Sousa Santos, 2010). Basta comentar que el primer libro de historia de la enfermería en Argentina es de Teresa Molina (1973) y casi treinta años más tarde recién puede encontrarse un libro como *Soltando Amarras* (2012) de Morrone que recorre nuevas perspectivas históricas de la enfermería en el país. Tanto el primero como el segundo sostienen posiciones ideológicas diferenciadas y recuperan acontecimientos fundamentales del proceso histórico de enfermería en Argentina, no obstante raramente éste se incorpora en las lecturas obligatorias durante la educación superior. El silenciamiento de la historia de la enfermería en nuestro país aparece casi como un reflejo de la práctica de silenciamiento general en el hospital. Es necesario pensar cuál es la razón por la que no se incorpora la producción histórica y teórica acerca de enfermería a la formación de grado en la educación superior de nuestro país.

Parte del problema inicial con que nos encontramos cuando intentamos pensar en la relación entre conocimiento y enfermería es que, excepto raras excepciones, los actuales docentes y colegas que imparten teoría enfermera en las universidades nacionales han sido formados en bi-

bliografías extranjeras y, por diversas razones, no han seguido actualizando sus estados de formación profesional en la dimensión teórica en atención al contexto latinoamericano o argentino. El problema radica en que el desarrollo profesional para enfermería, el contexto social donde se desenvuelve, no está contemplado en ninguna de las instancias de formación teórica. Esto ha generado un desplazamiento muy notable que ocasiona un reducido desarrollo teórico para la disciplina. Resulta notable que esa bibliografía, percibida por la comunidad de enfermería como el “canon” de las teorías, aporta escasa formación. La historia disciplinar de la Enfermería en Argentina permite ver que el modelo hegemónico tiene como referencia una obra canónica que es *Modelos y teorías en enfermería* (Raile y Marriner, 2011). Este manual de teorías producido en USA y traducido al español es comercializado para toda la comunidad de habla hispana.

La ausencia de bibliografía que haga referencia al contexto latinoamericano en la educación en enfermería es notable. No es una operación aislada en la educación superior argentina, pero en el caso de áreas de intervención en salud el efecto de la descontextualización del saber conlleva una práctica y política con secuencias evidentes, y viene siendo advertido desde hace algunos años: *la introducción del conocimiento emancipatorio a la enfermería es el camino para hacer posible el cambio social y estructural y es hora de examinar con respecto a la crítica las influencias sociales sobre el bienestar y la salud* (Ramírez Elizondo, 2013) porque el ejercicio de poder biomédico y estatal sobre la enfermería en particular, acumula sentidos en relación al silencio y la forma de imposibilitar la producción de conocimiento propio.

El conocimiento entre el silencio y lo no dicho

Tres claves nos sirven para tratar de pensar algunos aspectos teóricos relacionados con el silencio: paciente, cuerpo y disciplina. Las palabras se cargan de sentido en los contextos y se saturan también. En enfermería, los cuerpos que reciben algún tipo de cuidado, son nombrados con esa palabra. Paciente, cuerpo, disciplina son tres eslabones sobre los cuales se construye una forma de conocimiento atravesado en muchos casos por el silencio. Retomamos la notas que Xabier Irigibel-Uriz ha dejado porque nos permiten ver que la

la posición estratégica de la enfermería le constituye como excelente instrumento

de gobierno al servicio de la ideología del Estado. Su cercanía con las personas, su papel de conciliador y su docilidad histórica, facilitan el poder pastoral. La necesidad y la vulnerabilidad de las personas y comunidades que requieren cuidados, el poder y la confianza que inspiran el saber científico que ostentan los profesionales de enfermería, justifica la fe ciega del rebaño de las enfermeras y los Estados, haciendo honor a su propio nombre: pacientes. (2009)

Si avanzamos un poco más en la relación *teoría, práctica y disciplina* en busca del conocimiento en enfermería, vemos que queda expuesta cons-

tantemente la frontera difusa entre la teoría que proviene del campo disciplinar y la práctica en el campo profesional. Disciplina es una palabra clave porque se vuelve polisémica. Se disciplinan los cuerpos de los sujetos que están siendo cuidados y se disciplinan también los cuerpos de los/las enfermeros/ras que cuidan. Referir a la disciplina académica desde un enfoque epistémico es, en el caso de Enfermería, un problema por la dificultad que se tiene para pensar el ejercicio de la profesión de manera diferenciada a la producción teórica.

Mercedes Villalobos (1998), explica que *la falla en reconocer la existencia de un cuerpo de conocimientos científicos separados de la práctica ha llevado a enfermería a ser vista como una vocación más que como una verdadera profesión*, además esa imposibilidad de distinguir entre acervo teórico y práctica profesional ha generado una dificultad profunda. *Esta situación ha hecho poner en duda la existencia de enfermería como disciplina* (1998:22). Villalobos es una de las pocas teóricas dentro del ámbito de conocimiento en enfermería que ha organizado los problemas tantos disciplinares como profesionales que atraviesan al saber en el que estamos pensando.

En áreas de trabajo que tienen contacto con el cuerpo doliente, el sufrimiento aparece como una constante. En este sentido el dolor no tiene una enunciación metafórica sino que se convierte en el material de trabajo para enfermería. En áreas de conocimiento como enfermería la materialidad son los cuerpos dolientes. Entonces, para ordenar lo que tratamos de indagar, nos referimos al nivel metafórico y al nivel no metafórico del lenguaje, con respecto a los cuerpos que organizan formas diversas de conocimiento. Spinelli (2005) trata el tema de los trabajadores en salud y entre varios tópicos habla de *trabajadores como “arte-sanos”, postulando un trabajo altamente humanizado y singular marcado por el encuentro -como mínimo- de dos personas: el trabajador de la salud y el usuario que requiere atención/cuidado*” (Spinelli, 16).

El hospital es el espacio de trabajo para el colectivo de enfermería, que no aparece mediado por la palabra como pasa en las áreas de conocimiento en humanidades o ciencias sociales. Los trabajos de Foucault, por ejemplo, abren muchas oportunidades de pensar, la clínica, las relaciones entre poder y saber, sirven como marcos teóricos para analizar las dimensiones del cuidado, etc. En esas bibliografías se establece un lugar en y con el lenguaje para tratar estos temas, pero para enfermería la interacción con los cuerpos es donde se construye el conocimiento. En el caso de enfermería no hay mediación entre el

dolor del otro y el sujeto que ejerce su trabajo; el enfermero/ra expone su propio cuerpo como instrumento, evoca la paciencia y en ella al silencio; como modo de atravesar los momentos de agotamiento expresados por los cuerpos enfermos. Blanchot, en el libro *la Escritura del desastre* (1990), escribe sobre la paciencia:

“Ten paciencia”. Palabra simple. Exigía mucho. La paciencia ya me ha retirado no sólo de mi voluntaria, sino de mi poder de ser paciente: puedo ser paciente porque la paciencia no ha gastado en mi ese yo en que me retengo. La paciencia me abre de par en par hasta una pasividad que es el “paso de lo enteramente pasivo”, que abandono por tanto el nivel de vida en donde pasivo sólo se opone a activo: asimismo caemos fuera de la inercia (la cosa inerte que sufre sin reaccionar, con su corolario, la espontaneidad viviente, la actividad puramente autónoma). “Ten paciencia” ¿Quién dice eso? Nadie puede decirlo y nadie puede oírlo. (p.19)

Las personas que trabajan en salud silencian sus modos de construcción de subjetividad y en la práctica de la enfermería la palabra sufre también. El pedido de paciencia hacia los sujetos que están en estado de dolor pasa también, con el tiempo, a un estado de silencio. La respuesta interiorizada por los profesionales de las áreas de salud conlleva una semiosis compleja porque el contacto directo con eso que acontece, el conocimiento del dolor y la posible atenuación o no del mismo, va determinando a los sujetos durante el ejercicio de la profesión. El dolor se vuelve parte de una configuración teleológica, porque los medicamentos, los cuidados, cumplen el rol de atenuar lo que ocurre y lo que a diario sobrellevan en su profesión. La evocación de paciencia, a la que alude Blanchot, se convierte en una posibilidad de restauración del estado no doloroso en un tiempo futuro. Dejar de sufrir es algo que acontecerá en tanto promesa, pero no en el presente. Entonces, el disciplinamiento del cuerpo que padece la persona enferma y el de los/las profesionales de la salud se unen en función de una temporalidad y de una acontecer compartido en torno al dolor y al silencio. La interpretación del párrafo escrito por Blanchot, para sujetos entrenados en la lectura metafórica no supone, en principio, un umbral de dificultades. En cambio, si piensa en enfermeros/as expuestos al dolor del cuerpo de otros y otras, que usan la palabra paciente a diario, el concepto se amplía y llena de un sentido perturbador.

Conclusiones

La praxis de Enfermería en el medio social en el que se inserta, conlleva la exigencia de adaptarse a las instituciones y a sus pujas de poder. En poco tiempo ellas logran silenciar todo aquello que los cuerpos de los enfermos y de quienes cuidan de ellos anhelan gritar. El campo disciplinar va ajustándose a una realidad dolorosa sin poder reflexionar lo suficiente como para encontrar mecanismos liberadores. Los cuerpos silentes, las afectividades mal gestionadas también opacan los procesos reflexivos y es probable que esa cadena de acallamientos tenga una relación directa con la ausencia de producción teórica específica en el campo académico. El objeto de trabajo/estudio en Enfermería no aparece claramente definido hacia el interior del colectivo y probablemente hacia el exterior, tampoco. Esto puede responder a la ausencia de una historia sistemática que promueva con clarificación y consolidación de ese objeto. Encontramos esta ausencia de historia, no porque no hayan transcurrido algunas décadas desde la inserción de la Enfermería como profesión en la región, sino precisamente porque esta historia tiene muchas dificultades para ser escrita. Enfermería resulta ser el último eslabón en la cadena de aplicación de políticas públicas. Paradójicamente, el cuerpo de intervención en salud que más cerca se encuentra de la población es el que menos posibilidad tiene de ejercer el dominio de su propia voz. Estas condiciones de silencio de hospital se encuentran en el umbral de los desafíos que interpelan a la enfermería tanto en su desarrollo teórico como en su ejercicio profesional.

En el ámbito nacional, este medio siglo de praxis enfermera no ha podido aun recuperarse de manera sistemática y analizarse lo suficiente. Es posible que la automatización con la que se desarrollan las prácticas obture el deseo de conocer. La identificación precisa del objeto de trabajo y las definiciones sobre su alcance, los modos de observar y abordar reclaman la

voluntad de detenerse para pensar. Sin embargo, la menor resistencia se encuentra en la repetición: nos aferramos a teorías y definiciones extrañas a nuestro mundo, nuestro contexto cercano y nuestra historia reciente. Teorías y definiciones epistémicas que sólo responden a otra época y lugar, por cierto bien diferentes a los que nos toca transitar, quizá por miedo a indagar, a cuestionar y a construir. La formación en Enfermería nos quiso obedientes, las instituciones nos quieren instrumentos, la sociedad nos imagina abnegados/as. Pero los cuerpos dolientes, en algún punto de su silencio, esperan dejar de ser silenciados.

El conocimiento escrito, construido aunque sea de a jirones, es la dirección contra hegemónica. Reflexionar, atreverse, escribir y comunicar son poderosas alternativas. La falta de deseo y motivación da cuenta de una historia interna de disciplinamiento que tiende a permanecer como si continuar siendo parte de un engranaje funcional, empaquetado y aplastante fuera una posibilidad. La construcción de saberes parece estar vedada en el campo disciplinar local. Soñar una praxis diferente, desafiante y creativa, despierta temores arcaicos y desgana a los rebeldes temporales. Es razonable el miedo que sobrevuela, pero construir conocimiento enfermero puede ser posible y ello puede conducir a mucha satisfacción. Aprender a gozar el trabajo en una cultura organizacional sufriente no es para tibios y decadentes. Como refiere Testa (1995), los *saberes* y los *cómo hacer* se complementan y retroalimentan, ambos construyen el ámbito disciplinar en un devenir dialéctico que requiere una buena cuota de valentía. Es necesario describir significados y develar intencionalidades que nos permitan aproximarnos con mayor confianza a nuestro objeto de trabajo/estudio, para iniciar caminos de definición del campo disciplinar y liberarnos de lo ajeno, lo que ya no es útil para construcción de la salud colectiva en nuestros propios contextos.

Relato de Resistencia

Organización y resistencia puteril

Puteril organization and resistance

AMMAR San Juan

sanjuan@ammar.org.ar



La **Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina** nació en los años 90 como respuesta a la persecución policial y a los códigos contravencionales de las provincias, que estigmatizaban y perseguían a las personas que ejercían el trabajo sexual en la calle. Desde sus inicios se sumó a la Central de trabajadores y trabajadoras, la **CTA**, reconociéndose como parte de la clase trabajadora y entendiendo que la única herramienta que puede transformar nuestra realidad es la organización sindical.

A lo largo de estos años, **AMMAR** ha logrado revocar los códigos contravencionales que criminalizaban el trabajo sexual callejero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santiago del Estero, Santa Fe y Entre Ríos. A pesar de que en nuestro país el trabajo sexual no es un delito, la existencia de este tipo de normas habilita a las fuerzas de seguridad a perseguir, hostigar, *coimear* y estigmatizar a las trabajadoras.

Este tipo de legislación sigue vigente en 17 provincias. Sumado a eso, en los últimos años, la implementación de políticas contra la trata de personas terminó criminalizando aún más el trabajo sexual y exponiendo a nuestras compañeras a una mayor vulneración de sus derechos, en tanto las voces de las trabajadoras sexuales no fueron escuchadas y nuestro sector ni siquiera fue convocado.

Creemos necesario que nuestras voces sean escuchadas pese a las diferencias y distintas posiciones hacia el interior de los feminismos: nuestro reclamo es legítimo.

Se sabe que dentro de los feminismos conviven distintas posturas e ideologías. Algunos sectores creen que la prostitución es violencia y, por lo tanto, no puede ser considerada un trabajo. Desde **AMMAR** sostenemos que nuestro trabajo no es violento sino que es violento el trabajo que no posee legislación. Es violencia que no tengamos derecho a una jubilación digna y al acceso a la salud, que estemos confinadas a un marco de ilegalidad que nos marginaliza. Violencia es que nuestra voz no sea escuchada, que se nos invisibilice y que por ello predomine un discurso victimizante sobre el ejercicio del trabajo sexual.

Hace 23 años que desde **AMMAR** luchamos para que el Estado reconozca el trabajo sexual y construya una legislación clara que no solo nos posibilite a acceder a los derechos laborales que históricamente nos han sido negados, sino que también nos permita salir de la clandestinidad a la que nos vemos obligadas. Necesitamos que la sociedad nos respete, que el Estado garantice que nuestros derechos no sigan siendo vulnerados y que el feminismo todo nos haga parte y respete la toma de decisiones que llevemos a cabo las trabajadoras sexuales sobre nuestros respectivos cuerpos y sobre nuestras propias vidas.

Basta de tutelar cuerpos ajenos, escuchemos a las verdaderas protagonistas.