

La pandemia en argentina: modelo médico hegemónico y estado.

Pandemic in argentina: hegemonic medical model and state.

1. Yubel, Gabriela Jaquelin

2. Marín Torrent, Celina Belén

3. Fernández Pontoriero, Camila

Universidad Nacional de San Juan

Resumen

La pandemia del COVID-19 en América Latina no sólo ha generado una crisis en términos sanitarios, económicos, políticos y sociales, sino que también ha puesto en tensión prácticas que responden a lógicas enmarcadas en el denominado Modelo Médico Hegemónico (MMH). El objetivo del presente trabajo es reflexionar sobre las categorías y aspectos teóricos que giran en torno al MMH en Argentina, actualmente dominante en relación a las medidas adoptadas, que han evidenciado debilidades en el sistema sanitario, como así también en el resto de los países de la región. Llevamos a cabo una revisión teórico metodológica teniendo como base autores que estudian el campo de la sociología de la salud, relacionándolo con investigadores contemporáneos que han analizado el COVID-19. Revisamos los nexos entre la actual pandemia y la categoría de control social, la medicalización, así como también nos preguntamos cuál ha sido el rol del Estado argentino desde el decreto que estableció el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Esta reflexión nos permitió abordar la crisis actual generada por la pandemia, la importancia de la intervención del Estado mediante políticas públicas y sobre la necesidad de concebir la salud como un derecho para garantizar el acceso universal a la misma.

Recepción: 18/05/2021

Aceptación: 04/07/2021

1. Estudiante avanzada de Lic. y Prof. en Sociología - Facultad de Ciencias Sociales de la UNSJ. Becaria de CIN. Integrante de dos Proyectos de investigación en la Facultad de Arquitectura Urbanismo y Diseño - UNSJ.

2. Estudiante avanzada de la Lic. y Prof. en Sociología - Facultad de Ciencias Sociales de la UNSJ. Becaria de CICITCA. Pasantía en la Secretaría de Investigación de la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño - UNSJ.

3. Estudiante Avanzada en Lic. Y Prof. en Sociología - Facultad de Ciencias Sociales- UNSJ. Becaria CICITCA. Integrante de Proyecto de Investigación en Instituto de Investigaciones Socioeconómicas en la Facultad de Ciencias Sociales-UNSJ.



jaquelinuyubel@gmail.com

celinamarin796@gmail.com

camilafernandezpontoriero12@

Palabras claves

Modelo Médico Hegemónico, pandemia, Argentina.

Pandemic in argentina: hegemonic medical model and state

Abstract

Pandemic of Covid-19 in Latin America, has generated a crisis in health, economic, political and social terms and also practices that respond to logics framed in the called Hegemonic Medical Model (HMM) have been strained. The purpose of the present work is to reflect categories and theoretical aspects of HMM in Argentina, dominant currently and it has proved weaknesses in the Argentinian health system besides in rest countries of the region. We made a theoretical and methodology revision based on authors of the health sociology field relating it to contemporary researchers who have analyzed the COVID-19. We reviewed relations between pandemic and social control category, medicalization, also we asked ourselves about the role of the argentine state since the decree that set up the Social, Preventive and Required Isolation. This reflection allowed us to think about the current crisis caused by the pandemic, importance of state intervention with public politics and the need to conceive health as a right to secure universal access to it.

Para citar este artículo

Yubel G. j., Marin C.B., Fernandez C., (2023). *La pandemia en argentina: modelo médico hegemónico y estado*. Revista *Tramas Sociales*, <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/tramassociales>

Keywords

hegemonic medical model, pandemic, Argentina

1. Introducción

El 11 de marzo del año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote del nuevo coronavirus (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia. La primera vez en identificarse esta enfermedad fue en diciembre de 2019, en un mercado de mariscos ubicado en la ciudad de Wuhan, en la República Popular China. En enero de dicho año fue declarada por este mismo organismo, como una emergencia de salud pública de preocupación internacional, recién en marzo se la declara como pandemia por la extensión de la epidemia en varios países y continentes en el mundo, lo que ha implicado una crisis de salud global abocada a los esfuerzos por evitar la propagación del COVID-19, que afecta en gran medida a la población más vulnerable.

Esta situación mundial se encuentra en constante avance y cambio. El 23 de diciembre de 2020 se publicó oficialmente en Argentina el Plan Estratégico de Vacunación contra COVID-19 bajo la recomendación y aprobación de la OMS respecto a la aplicación de las mismas, que surgirían poco tiempo después, creadas por laboratorios estadounidenses, rusos y provenientes de la India. Este plan tiene como objetivo la vacunación de la población por etapas: en una primera etapa contempla a personas incluidas dentro de los grupos de riesgo por exposición y función estratégica, tal es caso de personal de salud, personal docente y no docente (inicial, primaria y secundaria) y otras poblaciones estratégicas definidas por las jurisdicciones y la disponibilidad de dosis. El 24 de diciembre del mismo año, llegó a Argentina un primer lote con un total de 300.000 vacunas provenientes de Rusia denominada Sputnik V, la cual el día anterior fue aprobada por el ministerio de salud de la Nación en “carácter de emergencia” y a través de un comunicado del fondo de inversiones directas de Rusia indicó que participó del financiamiento de la misma. Argentina se convirtió en pionera respecto a medidas llevadas a cabo para controlar los contagios de coronavirus, ya que fue uno de los primeros países en América Latina en recibir dichas dosis y en emplear su plan estratégico de vacunación. Con la llegada de este primer lote se vacunó a un 0,65% de la población argentina.

El origen de dicho virus no hace más que situar en tiempo y espacio el inicio de la propagación de una problemática que no sólo abarca la salud, sino que también atraviesa múltiples aspectos sociales, económicos, políticos y culturales de nuestra población. Por lo tanto es importante profundizar, a través de una reflexión crítica, en las prácticas y medidas adoptadas que se han ido implementando sistemáticamente en las sociedades de América Latina, en las cuales se pueden visualizar elementos de lo que el autor Eduardo Menéndez (1988) define como Modelo Médico Hegemónico (MMH), actualmente dominante y que es puesto en tensión en este contexto.

Esta situación crítica nos lleva a debatir sobre el rol que asumen los Estados en la lucha contra la pandemia, que se traduce en

las diversas intervenciones y medidas de prevención adoptadas y aplicadas por los mismos. La concepción que existe acerca de la salud se torna evidente; en algunos sistemas es considerada como una mercancía a merced de los intereses privados y sectores de la economía, es decir, manejada por el mercado, y es allí donde la cantidad de personas contagiadas de COVID-19 crece día a día.

América Latina, con sus diferencias y similitudes, propias de una región heterogénea en su composición, se encuentra en una situación particular en la que países como Argentina, México y Bolivia (este último, luego del golpe de Estado y con el retorno a la democracia) se recuperan de gobiernos neoliberales y sus políticas económicas, que tuvieron un fuerte impacto social. Por otro lado, casos tales como el de Chile y Brasil llevan adelante procesos neoliberales que, no sólo se ven reflejados en los números de la política económica, sino también en la cantidad de contagios y muertes por el COVID-19. De esta forma, observamos cómo la pandemia ha influido de diversas maneras no sólo entre los Estados, sino también al interior de los mismos, debido a las desigualdades existentes en sus poblaciones.

En nuestro país, el 20 de marzo del 2020, mediante el Decreto N°297/2020, se declaró el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), con el fin de proteger la salud pública, considerada una obligación inalienable del Estado nacional. El gobierno argentino, en este sentido, implementó medidas desde esa fecha que persiguieron como objetivo reducir el impacto de la pandemia sobre la salud pública.

En el presente trabajo realizaremos una reflexión sobre el MMH, sus categorías y aspectos teóricos, relacionándolo con la situación de salud actual en Argentina, generada por la pandemia, con el fin de reflejar sus puntos críticos que se han expuesto desde la década de los 60, y que hoy en día se han cristalizado a raíz de la propagación del COVID-19. En este marco, nos preguntamos cuál ha sido el rol del Estado argentino, desde el decreto que estableció el ASPO, así como también revisamos los nexos entre la actual pandemia y las categorías de control social y medicalización de la sociedad, biopolítica y campo científico.

2. Modelo Médico Hegemónico

La Organización Mundial de la Salud, en el año 1948, estableció a la salud como el estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente haciendo referencia a la ausencia de afecciones o enfermedades. El sanitarista argentino Ferrara (1985) realiza una crítica hacia tal definición, caracterizándola de estática y señalando que contiene un tinte colonialista al implicar una adaptación a lo que el imperialismo impone. Por ello, este autor sintetiza la definición de la salud como la lucha por alcanzar un óptimo vital, mediante el enfrentamiento constante a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le impone, tendiente a que el hombre logre resolverlos y pueda desarrollar su existencia en armonía.

La definición de salud nos introduce al término a desarrollar en este apartado, que es el MMH, que se establece a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, en principio en algunos países de Europa, y en América luego, en la segunda mitad de 1800, en el marco de la Primera Revolución Industrial. En un contexto signado por profundos cambios sociales, sobre todo en el trabajo, y con su consecuente repercusión en la salud de los y las trabajadores y trabajadoras, principalmente por la explotación que conllevó dicho período, es que este modelo logra convertirse en hegemónico dentro del sistema sanitario de ese momento (Menéndez, 2005).

Eduardo Menéndez (1988), define al MMH como:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la

enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Menéndez, 1988, p.1)

Es importante mencionar que cuando el autor analiza este modelo, lo plantea no sólo desde la práctica clínica curativa, sino también desde la epidemiológica y preventivista. Si bien el MMH es una categoría conocida en los estudios sociales del ámbito de la salud, nos interesa reiterar algunas de sus características, dado que nos permitirá vincular diferentes categorías para abordar la pandemia mediante un enfoque integral. El MMH se ha caracterizado por ser individualista y ahistórico, ya que, para la práctica médica, la enfermedad es un hecho natural y no histórico-social. Es asociable, porque a pesar de que en la medicina hubo diferentes investigaciones y discusiones durante los años 60 y 70 en torno a la incorporación de la dimensión social sobre la concepción de la enfermedad, quedó en un plano más episódico que en una real aplicación en la práctica. Asimismo, es mercantilista, asimétrico y se lleva a cabo con una participación pasiva por parte del paciente en el proceso de salud-enfermedad, esto es, mediante una relación e identificación con la racionalidad científica. Son rasgos dinámicos, que se presentan de manera diferenciada según cada contexto, pero siempre manteniendo una misma línea.

Sin embargo, según el autor, el elemento biologicista es el rasgo estructural dominante del cual se desprenden las demás características y conlleva a considerar al paciente como un individuo aislado de su contexto, es decir, predominan los elementos biológicos, por lo que los aspectos derivados de la red de relaciones sociales en los que se desenvuelve el sujeto pasan a un segundo plano. Esto también se ha visto reflejado en la profesionalización del oficio médico a lo largo de la historia. En su formación universitaria, la medicina siempre se ha constituido como una rama dentro de las Ciencias Naturales. (Menéndez, 1988)

Observamos entonces, cómo la ciencia juega un rol fundamental y esta presencia conduce a pensar al proceso salud-enfermedad como apolítico. Es decir, la ciencia históricamente ha sido considerada un campo objetivo y ajeno a los aspectos ideológicos. Esto ha permitido aislar a los sujetos y abordar su situación de manera separada a su contexto social, ya que el mismo es subjetivo. En este sentido, el campo científico ha explicado las causas de muchas enfermedades centrándose en el aspecto biológico, principalmente porque como lo señala Menéndez (2005), el proceso salud-enfermedad es político, pero el modelo médico intenta constantemente ocultar esta faceta y abordarlo como un proceso natural.

2.1 Proceso Salud – Enfermedad

El construccionismo genético nos permitirá abordar el MMH como el resultado de una construcción histórica de la medicina que lleva consigo aspectos conservadores y originales. En cuanto a la noción de campo, Bourdieu y Wacquant (1995) lo caracterizan como un conjunto de relaciones históricas objetivas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder (o capital). Es un espacio de fuerzas dotado de una estructura, y a la vez, un espacio de luchas para conservar o transformar esa relación de fuerzas, en la cual se encuentra un capital específico y desigualmente distribuido: el capital científico (Bourdieu, 2003). Podemos decir también, que la medicina es considerada, desde la lógica del MMH, en gran medida, una disciplina dentro del campo científico que tiene mayor reconocimiento a nivel mundial respecto a sus investigaciones y avances de la salud sobre cura de enfermedades, tratamientos, vacunas, entre otros, respecto a otras disciplinas. Esta exclusividad es característica del campo del poder en el que se encuentra la medicina, las personas que participan en él están permanentemente en una puja de saberes y conocimientos, tal es el caso que, en el campo científico de las ciencias médicas, sólo el conocimiento generado dentro de sí, es reconocido y legitimado como válido.

Como se mencionó anteriormente, se sabe dónde el virus se identificó por primera vez, se conocen cuáles son los síntomas y el tiempo que debe transcurrir para que se manifiesten los mismos, los cuidados para evitar el contagio, y que los y las

profesionales de la salud son los únicos y únicas capacitados/as para atender esta enfermedad, sin deslindar, al mismo tiempo, al Estado de su rol, como responsable de las medidas a implementar para contener esta situación. Pero este paradigma de la biomedicina permite entrever la falta de un análisis integral de los sucesos que se desarrollan en el entorno sanitario, dado que su origen no se explica desde dicho enfoque únicamente. Es por ello que, si partimos de la concepción que el proceso salud-enfermedad es también social, debemos analizar las diferentes aristas que lo componen y que hacen a la caracterización de la enfermedad en sí misma y contribuyen a encontrar las causas originarias y así estudiarlo.

Es fundamental el análisis de los pilares económico, político, social y cultural, es decir, necesitamos que el proceso salud-enfermedad-cuidado sea abordado también teniendo en cuenta una perspectiva histórica. Este es un debate que varios sectores de la sociedad están planteando hace un tiempo, y que encuentra relación con los procesos productivos que cada pueblo establece hacia el interior del mismo, mediante el trabajo y sus diferentes modalidades, y las consecuencias que los mismos generan. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que las sociedades se comportan conjuntamente de cierta forma ante una crisis de carácter global, ya que los distintos capitales que se generan, acumulan y se transmiten de generación en generación, son expresiones propias de su historia.

La incorporación de la visión de las ciencias sociales en el estudio de la enfermedad y comprensión de la salud está en discusión permanente, debido a que no se lo considera lógicamente demostrable, medido y calculado en términos cuantitativos. Esta forma de pensamiento, esencialmente instrumental, requiere separar ontológicamente al sujeto que conoce del objeto por conocer (López, Chapela, Hernández et al. 2015). De esta manera, una de las consideraciones a tener en cuenta desde el análisis del MMH, son las estrategias de atención médica que se implementaron durante el confinamiento, las mismas estuvieron ancladas en una racionalidad mecanicista, lo que dificulta la comprensión de las múltiples dimensiones de la situación epidemiológica, por ello, el hecho de darle continuidad a una lógica de intervención jerárquica ha dejado de lado situaciones singulares en un escenario tan complejo.

Los estudios científicos sobre salud han permitido el acceso al conocimiento sobre el desarrollo evolutivo, características anatómicas, funciones psíquicas y modos de comportamiento. Sin embargo, no resultan del todo suficientes, ya que se requiere mayor reflexión acerca de la salud humana, sus determinaciones y sus relaciones culturales, es decir, se necesita una superación de las miradas basadas de forma exclusiva en el conocimiento biológico y clínico.

Tenemos la responsabilidad de recuperar una forma de racionalidad que nos permita practicar una medicina más completa, más humana, más armónica con la marcha del mundo. Los extraordinarios medios de los que actualmente dispone la medicina no pueden seguir siendo aplicados sin evaluar los valores que representan (...) Las ideas sobre el ser, el cuerpo y, por lo tanto, la vida y la muerte, que se desarrollaron en los dos siglos anteriores constituyen una veta de estudio e investigación que puede ser muy valiosa para cambiar en el modelo de entendimiento que aún es hegemónico de la salud, la enfermedad y la atención, y dar pasos para hacer efectivo el derecho a la salud para toda la población. (López et al., 2015, p.57)

Siguiendo estos autores, se sostiene que la salud es también un objeto político del que se obtiene convenientemente un beneficio en todos los niveles de gobierno, ya que lo definen como un espacio de intervención institucional, que funciona como legitimación para la normalización de la vida. “Es campo de batallas político-ideológicas y uno de los negocios más rentables a escala planetaria. No hay terreno filosófico que alcance para inscribir la megaconstrucción que nuestra época ha hecho de la salud como totalidad compleja” (López et al., 2015, p.63).

Comprender la salud desde perspectivas que complementen la biomédica conduce al reconocimiento de la existencia de características estructurales que hacen diversas a las poblaciones, es decir, en la comprensión del mundo. Existe una

necesidad de avanzar en una posición crítica a la explicación biologicista de la enfermedad hacia una construcción de esa mirada desde su carácter social, como eje que impulse a generar un nuevo conocimiento, abordando la problemática de la salud como un hecho social.

3. Salud y Control Social: Medicalización de la Sociedad en Pandemia

3.1 La medicina, institución de control social

A lo largo de la historia, la medicina ha ido mutando en diversas transformaciones marcadas por el contexto en el que ha estado inserta; de esta forma, ha ido incorporando el rol que ejercen las instituciones más conservadoras de la sociedad, como la religión, y se ha convertido en una institución de control social. La ciencia médica, como sostiene Rodríguez Díaz (2011), no sólo se preocupa por técnicas curativas, sino de conocer acerca del hombre saludable, entendiéndolo como una persona “modelo”. En este sentido, la medicina, teniendo como fundamento principal la “objetividad”, dicta constantemente normas de vida y de conducta, que se presentan como sanas, beneficiosas e indiscutibles y, de esta forma, utiliza categorías “neutrales” que, a su vez, están investidas de carácter moral, político, social y económico. De esta manera, la medicina como ciencia imparte dictámenes mayoritariamente absolutos y categóricos, imparte verdades, legitimadas por la sociedad, es decir, determina, a través de los medios institucionales criterios de comportamiento en la población en nombre de la salud.

(...) al adoptar una postura normativa, tiene una capacidad cada vez mayor de regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad. Esto significa tanto la bipolaridad entre lo normal y lo patológico como la convergencia entre ideología política e ideología médica. La imaginaria patológica que rodea en la actualidad la idea de enfermedad moraliza, excomulga y estigmatiza, además de servir para expresar preocupaciones por el orden social al definir, por analogía a la salud física, un ideal de salud social. El desorden civil, por tanto, se compara con una enfermedad. En el lenguaje político, la enfermedad se convierte en señal del mal que, por tanto, merece un castigo. (Rodríguez Díaz, 2011. Párr. 6)

Las etiquetas “sano”, “enfermo” forman parte de una sujeción al control médico, se extienden en la sociedad como conceptos naturalizados en la vida cotidiana. Si bien es probable que no se condene como antes a la persona por estar “enferma”, lo que sucede en realidad es que la culpa se ha desplazado a los actos propios. Por ejemplo, el hecho de interrumpir un tratamiento, de no asistir a tiempo a una consulta médica por un malestar, hace que las personas sean responsables de su patología y sus consecuencias, es decir, se punitiviza todo acto que vaya en contra de las “normas” o “recetas” del paso a paso impartidas en un consultorio; no se cuestiona, en todos los casos, cuáles fueron las circunstancias que llevaron a la persona a no asistir. Otra de las situaciones que ocurren en algunos contextos es que se tiende a decirle a él o la paciente las consecuencias de una determinada acción y el “castigo”, y no pautas determinadas que le permitan conocer y comprender el funcionamiento de su organismo, en busca de una transmisión de saberes que lo trabaje de manera integral.

Actualmente, debido a las medidas adoptadas para evitar la propagación del COVID-19 en la población, se ha transitado por dos etapas: la primera, el desconocimiento de la sociedad en general sobre cómo actuar en el medio de una pandemia, lo que llevó a una sobredosis de información de diversas fuentes, generando sentimientos de confusión y miedo; y la segunda, la palabra médica como la única verdad, por lo tanto, cualquier comportamiento que no cumpliera con determinadas normas establecidas por la misma, era sancionado socialmente e incluso culpabilizado por ser caso positivo de COVID-19, dejando afuera diversas características estructurales que llevaron a sectores sociales vulnerables a no cumplir con el ASPO.

A esto se lo conoce como el proceso de medicalización de la sociedad: un instrumento del MMH para el control social. La medicalización hace que la medicina se apropie de áreas que no le son totalmente propias, con función de: normatización

social, disciplinamiento, estigmatización: “(...) le decimos lo que debe hacer: normalización. Y lo que tiene que hacer: disciplinamiento. Si no lo hace la culpa es suya: estigmatización” (Maglio, 2011, p. 232). Se trata de un proceso social, que ha convertido en cuadros patológicos, situaciones que son sociales y estructurales. Los interrogantes que nos planteamos son ¿de qué manera este proceso de medicalización se ha ido desarrollando e instalando en la sociedad? ¿Cuáles han sido los medios de los que históricamente ha dispuesto?

3.2 Medicalización de la sociedad

Sus inicios datan del siglo XVIII con la constitución del primer Estado Moderno, así aparece la medicina del Estado. De acuerdo con La Valle (2014), encontramos algunos momentos históricos a finales del siglo XIX que influyeron en el proceso de medicalización como la Revolución industrial, en donde se desarrolló la industria química, originando la farmacéutica, complementando a la medicina científica del siglo XVIII. También en el siglo XX, con el neoliberalismo y la posmodernidad se posibilita una especie de transformación medicinal, se convierte en un objeto de mercado; el capitalismo socializa al cuerpo, como el primer objeto, ejerciendo control sobre él a través de la medicina, donde lo importante es lo biológico, es decir, el cuerpo pensado en términos de fuerza laboral.

Este proceso de medicalización de la sociedad provee al Estado de un sistema que se basa en una especie de “eficacia técnica” que acelera el proceso de atención a la clase trabajadora, omitiendo el contexto de cada persona. Rodríguez Díaz (2011) afirma que, de esta forma, la corporación médica se asegura el monopolio sobre el campo de la salud y menciona que existen diversos elementos de poder como:

(...) La receta, de gran eficacia simbólica a la hora de distanciar el saber científico del popular (...). La dependencia respecto de la intervención profesional, empobrece también aspectos no médicos de los ambientes físicos y sociales, reduciendo la capacidad orgánica y psicológica (...) para afrontar las cambiantes circunstancias vitales. (Rodríguez Díaz, 2011. Párr. 6)

En este sentido, es necesario considerar que la salud es un proceso esencialmente social, en el cual cambia constantemente el grado de intervención de los diversos actores, es colectiva y también individual. Desde esta mirada, es un recurso que proporciona la oportunidad de participación en la misma, de elegir y de manejar e incluso modificar el entorno, entendiendo que esa visión subraya el papel del individuo y la comunidad en la definición de su propia salud. Este proceso, por lo tanto, asume funciones normalizadoras, de autoridad legitimada, que toma decisiones que van a impactar en una sociedad y en un campo de intervención.

La dominación médica hegemónica silenció concepciones ancestrales de los grupos subordinados históricamente; tales son los casos de las cosmovisiones, conocimiento y prácticas de grupos indígenas y de las mujeres, quienes tradicionalmente adquirirían, preservaban y transmitían el saber histórico en salud transmitido generacionalmente, lo que cada vez más podríamos entender como exterminio de la diversidad cultural de la salud, favorable al control del orden social. Aunque marginal a las corrientes principales en los estudios sobre la salud –y aún más con respecto a los estudios sobre la enfermedad realizados desde la medicina dominante– el desarrollo del pensamiento en campos alternativos del saber está disputando un espacio como acercamiento legítimo al análisis de la medicina y sus prácticas, de la bioética, del entendimiento de las determinantes sociales de la salud y del derecho a la salud. (López et al., 2015, p.66)

Por otra parte, el modelo hospitalario en el MMH aparece como un aparato o dispositivo de medicalización, en donde la organización se desarrolla desde el nacimiento de las personas hasta su muerte. Una de las características es que adopta una forma estandarizada de atender los síntomas y registrar datos, que le permiten establecer estadísticas, estudios y comparaciones.

Es importante destacar que, desde hace tiempo, es requisito obligatorio para acceder a diversos servicios que las personas proporcionen datos privados, los cuales son destinados a diversos fines, que, en la mayoría de los casos, no suelen ser comunicados a quienes están brindando la información. Durante la pandemia, debido al ASPO, la mayoría de los trámites se realizan de manera virtual, a través de dispositivos, aplicaciones de uso personal, que se presentan como “facilidades”; detrás de la apariencia de cierta independencia al usarlas, sin embargo, se está entregando información personal constantemente o concediendo permisos de acceso a la misma, desconociendo el destino de dichos datos.

El mundo virtual se apoderó de todas las actividades de la vida cotidiana durante el confinamiento, privatizando nuestras experiencias comunes y ha generado una deslocalización de nuestros espacios y tiempos, instaurando una construcción de subjetividades en cuanto a las relaciones con el entorno. Estas relaciones virtuales se convirtieron en más “sanas”, “saludables”, en función del cuidado de nuestra salud como principal fundamento. Por una parte, se desarrolló un sistema cada vez más innovador, una máquina virtual que hace que las comunicaciones sean más placenteras y cómodas. Por otra parte, se divide y polariza el mundo entre quienes accedieron a este sistema y quienes quedaron fuera.

Esta crisis de salud global ha debilitado el tejido social y evidencia que el distanciamiento social se da, pero entre clases y estratos sociales, reforzando la desigualdad. La Valle (2014) afirma que la medicalización hace referencia a una transformación que convierte a la medicina en una estrategia biopolítica, que provee de tecnología específica para el control del cuerpo social, por lo tanto, constituye un reduccionismo abordar el concepto sólo desde la medicina, ya que está atravesada por factores culturales, económicos, políticos.

3.3 El Poder Médico en la Pandemia

La crisis generada por el COVID-19 pone en vilo al capitalismo global, que está cimentado sobre grandes deficiencias estructurales, demostrando así el déficit en el sistema de salud pública de diferentes países. Los grupos más vulnerables son quienes están sufriendo el impacto desde el inicio de la pandemia: hospitales colapsados para la atención de la salud de quienes no tienen obra social, mientras que hay una clase privilegiada que puede cumplir con los protocolos y recibir atención médica privada; aunque el virus no distingue clases sociales, el poder acceder a una atención de calidad y de cumplir con el aislamiento, sí. La pandemia ha profundizado así la fragilidad del sistema capitalista y la desigualdad social sobre la que funciona día a día nuestra “normalidad”.

Como se mencionó anteriormente, Maglio (2011) expresa que el poder médico instala la relación asimétrica entre médico y paciente, y su actuación es impuesta por un conocimiento que no se comparte, sino que se imparte, en el cual ambos sufren el MMH. Los conflictos sociales se convierten en patologías individuales que hay que tratar y controlar. Por eso, la medicalización nos afecta a todos: “una epidemiología intervencionista moderada hegemónicamente por un discurso pedagógico disciplinario, la convierte en un instrumento de control y de normatividad social con las consecuencias de discriminación y estigmatización que todos conocemos” (Maglio, 2011, p. 233).

En este sentido, el antropólogo Menéndez (1988) define determinadas funciones básicas del MMH, agrupadas en tres tipos: 1- funciones curativas, preventivas y de mantenimiento, 2- funciones de control, normalización, medicalización y legitimación, 3- función económico-ocupacional. El primer grupo de funciones es la más conocida por la sociedad, y por los profesionales de la salud, es decir, son las más visibles, sobre todo la curativa. La función de mantenimiento se originó relacionada con la aparición de los programas de Atención Primaria. Las del segundo tipo son cuestiones menos visibles en el día a día, ya que se realizan de manera intrínseca durante el trabajo médico, pero se ven reflejadas cada vez que se establece un diagnóstico o se aplican medidas preventivas; son normas que controlan comportamientos. El autor plantea que

es justamente ese ocultamiento lo que permite la reproducción ideológica de la práctica médica así entendida. Por último, la función económico-ocupacional referida a los intereses económicos que entran en juego dentro de las industrias de salud y enfermedad, y como un sector de creación de puestos laborales.

Estas funciones han sido desarrolladas a lo largo del tiempo por las instituciones relacionadas a la salud (hospitales, clínicas, universidades) y han permitido a la biomedicina desenvolverse como un aparato ideológico, pero también como política de estado. Hoy se puede observar, por supuesto propio de esta situación de excepcionalidad, cómo se pone de relieve el alcance de las instituciones que tienen como función el control social, es decir, las fuerzas de seguridad (Ministerio de Seguridad de la Nación y las fuerzas policiales y de seguridad federales y provinciales), quienes se han venido desempeñando como promotores del cumplimiento de estas normas. Advertimos entonces determinadas prácticas de control y vigilancia por parte de las fuerzas de seguridad, a cargo de hacer cumplir las medidas implementadas por el Estado, y que no recaen de la misma manera en todos los sectores sociales. Para algunos de ellos, significan las ya conocidas prácticas de represión y abusos de poder. La línea entre cuidado (s) y control por parte de las fuerzas de seguridad, y a veces por parte de la sociedad misma, se difumina en ciertas ocasiones. Por lo tanto, no se trata solo del cuidado de la salud propia y de nuestro entorno, sino también del control y el disciplinamiento ejercido sobre la sociedad. De esta manera, vemos cómo el MMH en sí, se resignifica y trabaja articuladamente con otras instituciones para desplegar su acción y, además, hoy lo que entendemos por seguridad social y sanitaria recobran gran protagonismo e impacto en los demás ámbitos de la vida cotidiana y hacen a la seguridad de los Estados.

Otro punto de reflexión sobre el MMH se relaciona con un cierto desfase en el tiempo, lo cual conlleva a determinadas críticas. Este paradigma, ha explicado la enfermedad y la cura a partir de los avances tecnológicos, pero desde la década de los 60 este análisis no se correlaciona con los hechos. Es decir, aun cuando nos encontramos a nivel mundial en una fase del capitalismo con grandes avances en materia de salud mediante la tecnología en los aparatos de detección de enfermedades, por ejemplo, actualmente estamos frente a una pandemia. Aquí, se manifiesta la importancia del análisis de los procesos sociales e históricos de los países y pone en tensión, una vez más, la eficacia del MMH.

Cuando la problemática es social, las decisiones políticas deben ser en pos de promover la mayor participación de la población en las medidas a adoptar. Maglio (2011) propone la participación comunitaria como contrapartida a la continuidad del MMH, que tiene por fin “control social por especialistas, legitimación de la subalternidad y función de normatización” (p. 234). La participación comunitaria en las decisiones es de gran importancia ya que las comunidades son quienes conocen su realidad diaria, la situación económica, social, cultural y política en los barrios, las necesidades y demandas en materia de salud, en sustitución de las encuestas de satisfacción que emplea el modelo médico actual.

4. Rol del Estado

4.1 Estado y Pandemia

América Latina observó atento el avance del COVID-19 en los continentes asiático, europeo y norteamericano, y preparó el escenario, mediante la implementación de una serie de medidas, para lograr ralentizar la cantidad de contagios en nuestros países. En este sentido, fueron los Estados los que cobraron un papel trascendental en la garantía de la promoción y cuidado de la salud, pero también en otros ámbitos, como el económico y de protección social, aun cuando algunos países se encuentran bajo un contexto de un alto índice de endeudamiento y niveles de crecimiento muy bajos. Podemos incluso manifestar que estamos frente a lo que Gorriti (2020) expresa como una revalorización del rol activo del Estado, en contraposición de un

Estado neoliberal, minimalista en la región, durante los años 90, y el avance del mismo en los últimos años en algunos de nuestros países.

En este sentido, la autora menciona el origen de un nuevo sistema productivo y financiero global, que se fue consolidando durante la segunda mitad del siglo XX, compuesto por un entramado de organismos e instituciones supranacionales. De esta manera, se dio lugar a un capitalismo global mediante la transnacionalización de las economías nacionales y la integración de los estados en estructuras interestatales. Bajo este contexto actual de pandemia, el ordenamiento global existente entró en crisis, además visibiliza y profundiza las desigualdades más extremas y abre el paso a una mayor concentración de capital en pocas manos, pero también devela su incapacidad para hacer frente a una emergencia que tiene implicancias diferenciales a nivel mundial, propias de una estructura compuesta por centros de poder centro-periferia (Gorriti, 2020).

Así, al hablar de política de salud, estamos haciendo referencia al rol que ocupa el Estado en la salud, por ello, es posible identificar diferencias según el modelo estatal. Laurell (2015), una de las teóricas de la corriente médico-social, menciona que todo Estado moderno se plantea el bienestar social, pero lo hace de manera diversa. El lugar que ocupa la política social, la relación entre la esfera de lo económico y lo social, el peso específico de los elementos del llamado triángulo de bienestar (Estado, mercado y familia), son algunas de las diferencias. De esta manera, toda política social se basa en concepciones que se encuentran en un terreno ideológico específico.

En el caso particular de Argentina, el gobierno de Mauricio Macri (2015-2019) implementó un modelo político-económico neoliberal, con políticas que se caracterizaron por el acceso a un crédito del Fondo Monetario Internacional (FMI) que conllevó a realizar un ajuste en el gasto público, como también la decisión de convertir al Ministerio de Salud Pública en Secretaría, las cuales constituyeron dos medidas que afectaron de manera negativa al sistema sanitario. Este escenario previo a la pandemia del COVID-19 significó grandes dificultades al momento de las acciones para la mitigación de esta nueva enfermedad. Laurell (2015) advierte que este tipo de reformas plantean la intervención de una lógica del mercado que cuestiona a la salud como un derecho, por lo tanto, conlleva a concebirla como una mercancía. Define la salud como un sistema inequitativo, injusto e ineficiente por lo que la solución es introducir la competencia y la libre elección, aunque según la autora, no hay evidencia de que ello haya sido beneficioso. Incluso, desde el mismo modelo, se reconoce que el mercado tiene determinadas fallas, por ello, es responsabilidad del gobierno producir los bienes públicos, como por ejemplo las vacunas, emplear medidas regulatorias y acciones de costos mínimas, para quienes no logran el acceso a los bienes en el mercado, es decir, aquellos sectores más vulnerables.

De esta manera, entre las medidas que tomó el Estado, se encuentra el decreto de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio y posteriormente el Distanciamiento Social, la activación de hospitales móviles, así como la refuncionalización de espacios con fines de aislamiento, el incremento del número de camas de terapia intensiva, y la compra de respiradores e instrumentos de testeo. En el campo de la ciencia y tecnología se incrementaron los laboratorios para el diagnóstico de la enfermedad. Al mismo tiempo, se comenzaron a producir pruebas nacionales de detección de anticuerpos y a ensayar distintos tipos de tratamiento de la enfermedad (Zusman, 2020). Estas medidas se suman a la implementación de políticas para mitigar las consecuencias económicas de la pandemia, como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) y el Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP).

Esta revalorización del rol activo del Estado concierne, entonces, principalmente a su dimensión de cohesión social y de articulación del conjunto de las prácticas sociales. Es decir, a su capacidad para atender simultáneamente a la complejidad de cada instancia que lo compone, con sus tiempos y modos de intervención particulares. Adoptar medidas sanitarias de

prevención, contención y mitigación de la pandemia, medidas económicas para garantizar la producción y los ingresos de quienes están imposibilitados de trabajar, medidas sociales de redistribución y ayuda a los sectores más vulnerables y precarizados, etcétera. Las prioridades heredadas del modelo neoliberal se invierten: la salud y la ciencia ya no constituyen gastos a recortar en favor de una estabilidad macroeconómica, sino inversiones claves. Ninguna crisis en estos últimos setenta años había puesto tan en evidencia la importancia del Estado y de la inversión pública. (Gorriti, 2020, p.39)

Este contexto descrito manifiesta la concepción que tiene el Estado de la salud como un derecho del pueblo. Dicha visión actúa como marco referencial para la implementación de las políticas en materia de salud, las cuales desde el decreto que estableció el ASPO, estuvieron orientadas a contener la cantidad de contagios, situando en el centro del escenario al Ministerio de Salud como el ejecutor de dichas políticas, en conjunto con el Ministerio de Seguridad de la Nación. Además, es importante destacar que el Gobierno Nacional convocó una mesa de expertos/as que brindaron asesoría médica y científica, con el fin de abordar la situación epidemiológica y evaluar, de manera plural y constante, los pasos a seguir. Entre los mismos, se encuentran especialistas del área como la salud mental investigación, virología, infectología, epidemiología. En particular, el haber incluido a profesionales de la salud mental, señala el interés de abordar la dimensión psicológica y social de la pandemia, enfocada no únicamente en la población en general, sino también incluyendo trabajadores y trabajadoras de la salud en particular.

4.2 Modelo Médico Hegemónico en la ejecución de políticas públicas

El MMH se caracteriza por la intervención en la enfermedad, es decir, una vez ya manifestados los síntomas, el médico indica un tratamiento que, por lo general, se realiza con un medicamento de por medio, develando la vinculación que mantiene este modelo con otros sectores de la sociedad, en este caso las industrias farmacológicas. Esta situación epidemiológica, demuestra que las políticas implementadas han ido en contramano con este rasgo, donde se hizo especial hincapié en la prevención del coronavirus, como una medida de vital importancia para la mitigación de la propagación.

Sin embargo, es posible observar cómo la ejecución de las diferentes políticas se vio atravesadas por la diversidad geográfica, socioeconómica, demográfica y productiva en nuestro país, reflejada, además, en ocasiones por las desigualdades sociales existentes. Por ello, tomando como partida una situación epidemiológica heterogénea dentro del territorio nacional, el Estado debió tener en cuenta las particularidades de cada provincia y de cada localidad al interior de las mismas.

Esta situación encuentra relación con lo que plantea Laurell (2012), el pensamiento médico-social trabajado por la autora, define al proceso de salud-enfermedad como un proceso social, y en este sentido, se distancia de la perspectiva biomédica. De esta manera, la diferencia principal y la cual establece la perspectiva social, tiene que ver con definir a este proceso añadiendo el punto de vista histórico.

Desde el campo de la medicina social también se ha planteado la necesidad de abandonar la concepción biomédica ahistórica y construir otra concepción de los procesos biológicos humanos, lo que permite plantear que estos procesos asumen formas históricas específicas y que en esto reside el carácter social, del proceso salud-enfermedad en sí mismo. El concepto que se ha propuesto para aprehender las formas históricas de los procesos biopsíquicos humanos es el de nexo biopsíquico humano. (Laurell, 2012, p.4)

Así, al tener presente el factor histórico y reflexionar constantemente sobre la época, permite, en primer lugar, distanciarse de la concepción natural de los procesos biopsíquicos humanos, para considerar que tienen un origen y que este origen

es intrínsecamente social. Esto quiere decir que se reconoce al paciente como sujeto individual y biológico, pero también se tiene en cuenta, que se encuentra inserto en un conjunto social determinado, con un grado de desarrollo económico determinado, una cultura específica y se desenvuelve e interactúa dentro de una sociedad con características particulares según la existencia y composición de las clases sociales, la construcción social del género, entre otros factores. Esto evidencia las diferencias en la prevalencia de ciertas enfermedades por sobre otras, según los países como así también al interior de los mismos. Dicha diversidad va a estar dada también según la concepción de la salud que se tenga en un determinado momento y lugar, así como también el rol del Estado y ello se puede ver reflejado en el contexto actual.

Menéndez (2005) afirma que la enfermedad y su atención constituyen hechos estructurales, pero no únicamente en términos de tipo epidemiológico y clínico, sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir. Por ello, la atención de la enfermedad manifiesta las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera. Aún más, el autor asegura que la salud/enfermedad es un proceso político que el MMH tiende a enmascarar constantemente, mediante el biologismo, proponiendo una historia natural de la enfermedad, excluyendo los procesos históricos y los condicionantes socioeconómicos, culturales e ideológicos respecto de la causalidad y desarrollo de los padecimientos. Esto se explica también, debido a que el Estado asumió las condiciones y demandas sociales, y por lo tanto, evita que el Sector Salud, mediante la biomedicina, tenga que reconocer su papel en el proceso salud/enfermedad. Se impulsa así, un saber médico que excluye lo social en las actividades clínicas como también en las salubristas, dando como resultado el desarrollo de una epidemiología que basará sus objetivos en la implementación de instrumentos devenidos de la biología. (Menéndez, 2005)

Esto demuestra la importancia vital que tienen los Estados en los procesos de salud/enfermedad, y que esto deben tratarse no únicamente como procesos cuyo origen es biológico, sino social también, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo productivo de la sociedad. Allí radica el importante aporte del análisis que realiza la teórica Asa Cristina Laurell (2012) al plantear no la oposición de dichos factores (biológico/social), sino la necesidad de su articulación.

En este sentido, producto de la participación popular y una serie de leyes nuevas en diferentes países latinoamericanos, ha habido un mejoramiento en las condiciones de salud, aunque persisten dificultades en torno a un tejido institucional dañado, como consecuencia de haber sufrido un proceso de décadas de desfinanciamiento y desprestigio. Aun así, un problema que persiste es la fragmentación del sistema, con la seguridad social y el sector privado, programas paralelos, así como también los bajos ingresos salariales, la separación cada vez mayor entre los gerentes y el resto de los trabajadores de la salud, falta de infraestructura y recursos. Bajo un modelo estatal de derecho, una de las reformas progresistas, como la define Laurell (2015), es la de concebir la salud como un derecho y una obligación del Estado, con una lógica imperante de satisfacción de las necesidades en salud y camino hacia un sistema único y público de salud, en sustitución de la visión mercantilista.

5. Reflexiones finales

El sector de la Salud, como lo define Menéndez (2005), ha ido creciendo hasta constituirse en una de las más dinámicas industrias, sobre todo a partir del nacimiento y desarrollo de las empresas químico-farmacéuticas. Asimismo, se encuentra dentro de los ejes de las políticas de los países capitalistas. Ello permite entrever la relación estrecha que tiene el modelo médico con el sistema capitalista, convirtiendo en muchas ocasiones a la salud en un terreno dominado por los intereses económicos y financieros, más que como un derecho de las personas. De este modo, la salud responde directamente a las necesidades de dicho sistema. Con el avance de la tecnología, muchas enfermedades podrían prevenirse y/o curarse sin

necesidad de llevar a cabo tratamientos costosos, o, por otro lado, se podrían implementar alternativas medicinales que no están avaladas por la medicina convencional.

Consideramos que ello dificulta el poder repensar el sistema de salud, y, sobre todo, el sistema de salud público, articularlo con la participación y construcción colectiva de conocimiento, contemplando los saberes populares para poder avanzar en un nuevo modelo, que permita abordar las problemáticas de manera integral y colectiva para todos los sectores de la sociedad. La problemática actual visibiliza la necesidad de aplicar estrategias de prevención de enfermedades que impulsen la promoción de la salud, con la finalidad de que no se actúe sobre la enfermedad una vez ya manifestada. Para esto, es indispensable que se comience a trabajar articuladamente y que se investiguen las causas originadas por aspectos socioeconómicos, políticos e ideológico/culturales para poder intervenir de una manera más eficiente sobre los procesos de salud-enfermedad-cuidado. Con ello, evitaremos lo que actualmente en ocasiones ocurre, y es abordar la epidemiología como una demografía deshistorizada o de manera coyuntural.

La salud debe constituirse como derecho y como un sistema que intervenga igualitariamente en todos los sectores de la sociedad, mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, la educación en términos sanitarios, que contemple la participación ciudadana, el abordaje interdisciplinario, desplazando la rama biológica de su carácter como la única habilitada o capaz para explicar los fenómenos. Necesitamos avanzar en lo que propone Menéndez, en una rama de la práctica médica que se centre en la prevención y en la Atención Primaria.

En este proceso, el rol del Estado es fundamental, mediante el fortalecimiento del estado de derecho para impulsar un sistema de salud público al servicio de los ciudadanos. De esta manera, es necesario transitar hacia procesos sociales que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones, tomando como insumo el análisis de las condiciones socioeconómicas, como lo plantea Laurell. En este sentido, debemos comenzar a intervenir o estudiar los hechos de forma interdisciplinaria, ya que como se dijo anteriormente, la corriente de la medicina social no se constituye como una contradicción u oposición al factor biológico, sino que quiere mostrar que abordar la salud-enfermedad de manera unicausal, no estaría dando respuesta a las demandas de ciertos sectores de la sociedad.

Actualmente, América Latina se enfrenta a los avances del neoliberalismo, que está profundizando y consolidando su fuerza en los diferentes países de la región, donde la lucha popular ha sido resistencia desde todos los frentes, avanzando en la conquista de derechos enmarcados en Estados democráticos. El neoliberalismo refuerza, profundiza y sostiene al MMH, el cual reproduce constantemente sus lógicas sobre las instituciones y la población. El impacto social de la pandemia debe llevarnos a la discusión de nuevos paradigmas, ponderando aquellos que promuevan la preservación de la salud por encima del que se sustenta en intereses económicos. Es necesario que ante esta situación epidemiológica se generen redes solidarias en el ámbito regional, trabajando en unidad.

Dicho esto, es necesario que se pueda cuestionar sobre por qué se producen cada vez más epidemias en menores intervalos de tiempo, que nos demos la tarea de interpelar el modelo alimentario que tenemos y analicemos los productos que consumimos, que debatamos el trabajo y sus cambios a lo largo de las décadas y cómo las diferentes modalidades del mismo han contribuido a la aparición de nuevos padecimientos, como el estrés o enfermedades en rangos etarios por fuera de las edades más comunes. Pero sobre todo debemos analizar la relación o la interacción que establecemos con la naturaleza y que define los sistemas productivos en los cuales los pueblos se desenvuelven.

El contexto actual, en Argentina como en el resto de los países, ha cristalizado sin dudas las carencias del sistema de salud que reproduce las lógicas del sistema capitalista, por lo tanto, el COVID-19 no sólo es un agente biológico, que se multiplica

en las células de un organismo, sino también es parte de una ideología que identifica a los individuos con una enfermedad, totalmente descontextualizados. El análisis crítico debe contribuir a percibir de manera colectiva las formas en que se va a recomenzar después de este escenario. La pandemia ha demostrado así, la fragilidad del sistema capitalista, la desigualdad social sobre la que funciona día a día nuestra “normalidad”. Pensar la salud de manera integral va a permitir a los diferentes Estados adoptar medidas de cuidado de la población para evitar no sólo la propagación del COVID-19, sino también la de un sistema médico desigual.

Bibliografía

Bourdieu, P. (2003) El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. y Wacquant L. J. D. (1995) Por una antropología reflexiva. Editorial Grijalbo. México.

Ferrara F. (1985) En torno al concepto de salud. Documento de la cátedra Sociología de la Salud. Departamento de Sociología. UBA.

Gorriti, J. (2020) El Estado de la pandemia. La crisis mundial del COVID 19 : boletín I / Esteban Torres ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2020.

Laurell A. C. (s/d) Sobre la Concepción Biológica y Social del Proceso Salud-Enfermedad.

Laurell A. C. (2015). Conferencia “Políticas de salud e inequidades sociales en salud” de A. C. Laurell. Escuela de Salud Pública- Universidad del Valle.

La Valle, R. (2014) Sobre medicalización Orígenes, causas y consecuencias Parte II. Revista del Hospital Italiano de B.Aires. Vol. 34, nº3. Buenos Aires. Recuperado de: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/18096_HI3-3-La%20Valle-A.pdf

López, S., Chapela, M., Hernández G. et al.; (2015). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En: Chapela y Contreras (coordinadoras) La salud en México. Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Maglio, F. (2011) Medicalización como instrumento del modelo médico hegemónico. Revista del Hospital de Niños de B.Aires. Vol. 53, número 243. Buenos Aires. Recuperado de: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/Maglio-Medicalizacion.pdf>

Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451-464.

Menéndez E. L. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. SALUD COLECTIVA, La Plata, 1(1): 9-32, Enero - Abril, 2

Plan Estratégico para la Vacunación de COVID-19 en la República Argentina. (2020) Ministerio de Salud. 23 de diciembre. Buenos Aires.

Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-es-terapeutico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>

Rodríguez Díaz, S. (2011) Salud y control social. Periódico Diagonal. Edición nº 284. Madrid. Recuperado de: <https://www.diagonalperiodico.net/la-plaza/salud-y-control-social.html>