

AA SAP

“Una Salud”

La Revista de la Asociación
Argentina de Salud Pública

Año 1 – N° 3 Septiembre de 2023

Nuestro Congreso

UN APORTE A LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA ARGENTINA

**HACIA LA
DECONSTRUCCIÓN
DEL CONCEPTO
“RECURSOS HUMANOS
EN SALUD”**

Por Emiliano Lopez, Martín
Recanatti, Agostina Leggeiroy
Claudio Ortíz

**¿POR QUÉ LA VIOLENCIA
DE GÉNERO ES UNA
PROBLEMÁTICA
DE SALUD?**

Por Mg. M. Claudia Belziti,

**FORTALECIMIENTO DE LA
SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA
EN ARGENTINA**

Por Sánchez Cabezas A;
Zerbo C, Leal P, Acosta M, Kos-
lakowski N, Tibileti M, Guanini
C, Vera E.

**DEMOCRACIA
Y SALUD
EN RIESGO**

Por Saúl Franco



Asociación Argentina
de Salud Pública



[] Publicación de la Asociación Argentina de Salud Pública

Colaboran en este número:

Emiliano López, Martín Recanatti, Agostina Leggeiro, Claudio Ortiz, Sebastián Valerio, Claudia Belziti, Saúl Franco, Alejandra Sánchez Cabezas, Cecilia Zerbo, Patricia Leal, María Acosta, Natalia Kozlakowski, Mónica Tibileti, Cecilia Guanini, Ethel Verá, Víctor Penchaszadeh, María José Luzuriaga, María Alejandra Chervo y Silvia Aurora Coriat.

Comité Editorial:

Claudio Bloch, Noemi Bordoni, Daniela Alvarez, Hugo Mercer, Javier Biasotti.

Diseño Gráfico: Juan Manuel Artero

Contacto:

revista.aasap@gmail.com

Registro de la Propiedad Intelectual en trámite

Se prohíbe la reproducción total o parcial del contenido de esta revista sin autorización. Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la dirección.

Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Pública

Presidente: Dr. Arnaldo Medina

Vicepresidenta 1º: Dra. Alejandra Sánchez Cabezas

Vicepresidenta 2º: Dra. Ana Cristina Pereiro

Secretario General: Lic. Hugo Mercer

Secretario de Actas: Lic. Iara Mastrodonardo

Tesorero: Lic. Federico Machado

Vocal 1º: Lic. Lidia Blanco

Vocal 2º: Lic. María Marcela Bottinelli

Vocal 3º: Dr. Ignacio Maglio

SUMARIO

Editorial

Pág. 3: Hoy más que nunca la salud pública debe ser una prioridad en la agenda política

Territorios de la salud

Pág. 4: Nuestro Congreso. Un aporte a la construcción de la salud pública argentina

Políticas Sanitarias

Pág. 8: Hacia la deconstrucción del concepto “recursos humanos en salud”

Opinión

Pág. 12: ¿Por qué la violencia de género es una problemática de salud?

Políticas Sanitarias

Pág. 14: Fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva en Argentina

Territorios de la salud

Pág. 21: Democracia y salud en riesgo

Pág. 27: Los avances de las nuevas derechas

Pág. 33: Determinación social, bioética y reduccionismo genético

Entrevista

Pág. 38: Ligia Bahia: “La población brasileña reconoció la importancia de un sistema de salud público y gratuito”

Tubos y probetas

Pág. 42: El estudio del trabajo enfermero: hallazgos y decisiones

Territorios de la salud

Pág. 50: Apropiación de la espacialidad

HOY MÁS QUE NUNCA, LA SALUD DEBE SER UNA PRIORIDAD EN LA AGENDA POLÍTICA



Arnaldo Medina

Las políticas de salud son un reflejo intrínseco de los valores y prioridades de una sociedad. Cada decisión, cada enfoque y cada inversión en salud tienen un impacto directo en la vida cotidiana de las personas. La salud no es solo una cuestión de bienestar individual, sino un componente esencial de la prosperidad colectiva y del desarrollo sostenible. En este contexto, es imperativo que en la discusión política y en la conformación del proyecto de país, las políticas de salud ocupen un lugar central y se delinee con claridad los fundamentos de un proyecto de salud equitativo y eficaz.

La pandemia de COVID-19 ha dejado al descubierto la importancia crucial de contar con sistemas de salud sólidos y bien gestionados. Pero más allá de la emergencia sanitaria, enfrentamos desafíos continuos que abarcan desde la salud ambiental hasta la atención de enfermedades crónicas, desde la salud mental hasta la resistencia a los antibióticos. La realidad es que la salud no puede ser tratada como una mercancía sujeta a las leyes del mercado. El acceso a servicios de salud de calidad debe ser un derecho universal, independientemente del estatus económico o social de cada individuo.

En este contexto, es con gran satisfacción que la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP) se suma al llamado del "Foro de Sociedades Científicas Argentinas de Organizaciones de la Sociedad Civil y de Universidades", que reúne a más de 80 sociedades científicas y agrupamientos de profesionales comprometidos con la salud y el bienestar de nuestra sociedad. En una reciente carta dirigida a los y las dirigentes de los distintos espacios políticos que aspiran a acceder a la Presidencia de la Nación, se presentan diez puntos fundamentales que deben ser considerados como pilares en la construcción de políticas de salud sólidas y efectivas.

En primer lugar, se destaca la necesidad de establecer una jerarquía institucional ministerial para el sistema de salud, garantizando recursos suficientes, liderazgo competente y el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), con enfoques interdisciplinarios. Asimismo, se plantea la importancia de abordar la salud desde una perspectiva ambiental, regulando las tecnologías extractivas y minimizando los efectos de los agrotóxicos que afectan tanto la salud humana como la del entorno natural.

El apoyo a la ciencia y la tecnología, así como el acceso a prestaciones de salud para colectivos vulnerados, la provisión equitativa de medicamentos y vacunas, y el compromiso con la salud sexual y reproductiva, son temas cruciales que deben ser abordados con seriedad y compromiso por parte de quienes buscan conducir los destinos de nuestro país.

La implementación de la Ley de Salud Mental, la atención a personas con discapacidad, la prevención y control de consumos problemáticos y el enfoque en enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades transmisibles también se presentan como desafíos ineludibles.

Finalmente, la lucha contra la resistencia a los antibióticos y la promoción de políticas de salud efectivas completan esta lista de prioridades. Los temas planteados en la carta representan inquietudes de sociedades científicas y organizaciones civiles, buscando un futuro saludable y equitativo para cada argentino y argentina.

La AASAP no solo concuerda sino que promueve que la salud ocupe un rol central en las prioridades políticas y aboga por el acceso universal a servicios de calidad. Por eso consideramos esencial que los líderes políticos respondan con seriedad a estos desafíos para lograr un futuro de salud accesible y de calidad para todos y todas.

Nuestro Congreso

Un aporte a la construcción de la Salud Pública argentina

El reciente Congreso Internacional de nuestra Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP), realizado entre el 31 de mayo y el 2 de junio últimos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se erigió como un espacio de análisis y debate de vital importancia. Allí se reafirmó el compromiso de las trabajadoras y los trabajadores de la salud y se advirtió sobre la necesidad de proteger al sistema. Con la participación de destacadas y destacados profesionales, expertos y expertas nacionales e internacionales, funcionarios y funcionarias de salud de diferentes puntos del país y más de 3.500 asistentes durante los tres días del evento, el congreso destacó la relevancia de mantener la mística y el protagonismo del sector salud, una vez superada la emergencia sanitaria.

La apertura del encuentro contó con la presencia del presidente de la AASAP, Arnaldo Medina, la vicepresidenta Alejandra Sánchez Cabezas, el ministro de Salud bonaerense Nicolás Kreplak, y especialistas de renombre internacional,

como Luis Eugenio de Souza de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y Eva Llopis, de OPS/OMS. Los participantes tuvieron la oportunidad de acceder a una variada oferta de paneles temáticos, trabajos, posters y talleres participativos. El enfoque del congreso, titulado "Una salud: para una Argentina con equidad", abogó por una visión holística de la salud humana y su relación con el entorno, promoviendo la interdependencia entre la salud humana y la sanidad animal.

Medina subrayó el compromiso y el esfuerzo de los trabajadores de la salud durante la pandemia, rindiendo homenaje a quienes perdieron la vida en esta lucha. Enfatizó la importancia de rechazar propuestas que disminuyan los recursos en salud y la jerarquía del ministerio de Salud. El titular de la AASAP resaltó que la salud es un campo de tensión en el que todos deben estar comprometidos.





En la misma línea, Alejandra Sánchez Cabezas destacó la vocación de la asociación para trabajar junto a diversos grupos de la sociedad, desde pueblos indígenas hasta personas con discapacidad y víctimas de violencia, para construir un país más inclusivo y justo. Además, subrayó que la salud pública debe ser un espacio de transformación social.

El ministro Kreplak se refirió a la necesidad de concretar una reforma profunda y estructural en el sistema de salud. Abogó por incluir a todos los sectores en esa discusión y consideró que la salud pública debe ser un compromiso de toda la sociedad.

Este congreso no solo destacó los logros de la comunidad médica durante la pandemia, sino que también planteó

desafíos cruciales para el futuro. La salud pública debe permanecer en el centro de la agenda política, con un enfoque en la transformación social y la construcción de un país más equitativo y saludable.

El Congreso Internacional de la AASAP, un faro de conocimiento y colaboración, abrió sin dudas un espacio de diálogo esencial para la construcción de un futuro en el que la salud sea vista como un derecho universal y fundamental para todos los argentinos y todas las argentinas, forjando un sistema de salud resiliente y equitativo que atienda a las necesidades de toda la sociedad.

“Una Salud” celebra la realización de este congreso y destaca la vitalidad y la determinación de todos los involucrados en la búsqueda de una Argentina con una salud, equitativa y sólida.



**#REVIVÍELCONGRESO
YA PODÉS ACCEDER A
TODAS LAS CHARLAS ONLINE**

DEL 1 ° CONGRESO INTERNACIONAL DE AASAP



- Ingresá a www.aasap.org.ar
- Ingresá a la web del Congreso
- Mirá todos los videos de las charlas



CÓMO Y PARA QUÉ SUMARSE A LA AASAP

Para integrar la AASAP como miembro ordinario o adherente es necesario completar el formulario de suscripción que se encuentra en <https://www.aasap.org.ar/index.php/rrhh>, y abonar la cuota una vez que haya sido admitido. El interesado debe ser mayor de 21 años de edad y estar identificado con nuestros objetivos.

El procedimiento institucional es el siguiente: una vez recibida la solicitud de inscripción, la Comisión Directiva -tal como determina el estatuto de nuestra entidad- decidirá si acepta o rechaza el ingreso sin obligación de manifestar las causas de su decisión en este último caso.

Los beneficios que brindamos

- Publicar artículos de opinión u otros trabajos científicos, en espacios que disponga la AASAP (sitio web u otros).
- Recibir noticias sobre eventos nacionales o internacionales que la AASAP considere que pueden resultar de interés individual o institucional de sus miembros.
- Recibir información actualizada sobre los principales contenidos de la agenda sanitaria nacional e internacional, así como sobre sus principales debates, estrategias y acuerdos para solucionar los problemas nacionales o globales que afectan la salud y el bienestar de las personas.
- Disponer de un espacio de interacción profesional con otros colegas que han tenido y mantienen un compromiso por el desarrollo y fortalecimiento de la salud pública argentina.
- Participar de los distintos Consejos con que cuenta la AASAP para abordar las temáticas que atañen a la salud pública argentina.
- Recibir el auspicio o apoyo de la AASAP para actividades científicas que sean organizadas y conducidas por sus miembros o instituciones de pertenencia, en el marco de los objetivos, valores y principios de trabajo de la AASAP, tal como establecen sus estatutos.
- Organizar subredes asociativas territoriales (provinciales o municipales) de trabajo en el campo de la salud pública.



www.aasap.org.ar

HACIA LA DECONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO “RECURSOS HUMANOS EN SALUD”



Por Claudio Ortiz***, Emiliano Lopez*, Martín Recanatti** y Agustina Leggeiro**.

*Director Nacional de Talento Humano y Conocimiento. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

**Equipo técnico Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

***Subsecretario de Calidad, Regulación y Fiscalización. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Las personas que se desempeñan en el campo de la salud son el motor de las transformaciones necesarias para preservar y sostener la salud como un derecho, bajo una mirada integral, integrada y de calidad.

Sin embargo, las formas habituales para denominar al personal sanitario han ocultado algunos de los grandes desafíos que demanda la gestión de la fuerza de trabajo en salud.

El uso de la noción Human Resources sigue siendo la mayormente utilizada para denominar al colectivo de salud y sus integrantes. Desde sus inicios¹, dicho concepto contiene una doble acepción: Recursos Humanos refiere tanto al aspecto material e intercambiable de las personas que componen un colectivo de trabajadores/as como a los entes encargados de gestionarlos.

La utilización de recursos conduce a que las personas que se desempeñan dentro del sector sean reducidas a su utilidad material siendo concebidas como un mero servicio, una tecnología o una herramienta evaluada según su eficacia para tales o cuales fines.

Por otro lado, el no diferenciar entre los recursos y las personas, la reducción del carácter cualitativo de las mismas a un listado de atributos que las cosifican, expresa un modelo utilitarista de gestión bajo el cual no se trabaja con equipos o personas, sino sobre recursos a la manera de un sistema extractivista.

El principal antecedente a la noción de Recursos Humanos data de 1799, y se trata de

1 Referencias bibliográficas y fuentes: “Human Resources: Definición, Ejemplos de uso, Historia de la palabra”. Merriam-Webster.com (27 de febrero de 2023). <https://www.merriam-webster.com/dictionary/human%20resources#h1>

otra expresión conocida: Human Capital². El Capital Humano ha sido definido como “las habilidades, conocimientos y calificaciones de una persona, grupo o mano de obra considerados activos económicos”. Bajo esa óptica se tiende a correlacionar la inversión de la entidad que requiere un determinado activo (Capital Humano) con el rendimiento económico que éste último habilite.

En definitiva, ambas nociones operan cosificando lo humano y desposeyendo a las personas de ideas propias, valores y de su historicidad de potencia entendida como capacidad de ser.

Entonces, la fuerza de trabajo en salud, concebida como recurso o capital, se presenta como cuantificable, agotable; se vuelve un valor en el mercado. De esta forma el personal de salud es concebido como un bien de cambio finito, delimitado y lineal.

Podría decirse, también, que el reduccionismo con el que se concibe a la fuerza de trabajo en salud se deriva de la necesidad de contar con indicadores simples que permitan a las organizaciones internacionales vehicular flujos financieros a ciertos países que cumplen con las metas de transferencia verificable. Sin lugar a duda, una perspectiva instrumental, que permea y deforma la concepción de un colectivo tan esencial como el integrado por personas que trabajan en y para la salud.

Dentro del campo de la gestión de la fuerza de trabajo en salud, se acostumbra a relacionar los resultados en el sector en función de una tasa determinada de pro-

2 “Human Capital: Definición, Ejemplos de uso, Historia de la palabra”. Merriam-Webster.com (27 de febrero de 2023) <https://www.merriam-webster.com/dictionary/human%20capital#word-history>



fesionales cada 1.000 o 10.000 habitantes. En líneas generales, se considera necesario contar con entre 21 y 36 médicas/os cada 10.000 habitantes para cumplir con un piso de 80% de cobertura efectiva de salud. En esta línea, recientemente se han publicado valiosos estudios^{3 4} que relacionan la tasa de profesionales de la salud con la cobertura efectiva para una serie de determinadas enfermedades. Los diferentes monitoreos y proyecciones de indicadores, en consonancia con lo planteado por la OMS, indican que para el 2030 existirá un déficit de 14,5 millones de trabajadoras/es de la salud en el mundo⁵.

Se hace evidente que la cantidad y distribución de la fuerza de trabajo en salud necesita ser discutida para saldar las brechas que amplían inequidades entre las regiones que cuentan con más trabajadores y aquellas que cuentan con una escasa cantidad.

3 GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022 Jun 4;399(10341):2129-2154. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00532-3. Epub 2022 May 23. PMID: 35617980; PMCID: PMC9168805.

4 GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1250-1284. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30750-9. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32861314; PMCID: PMC7562819.

5 GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1250-1284. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30750-9. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32861314; PMCID: PMC7562819.

Sin embargo debe repararse en que difícilmente un determinado número de profesionales pueda dar la respuesta más efectiva en su contexto sin que contemple la calidad, el compromiso y, en rigor, la creatividad con la que se desempeñan. No es equivalente 36 personas motivadas, capacitadas, vinculadas entre sí, bien remuneradas, que esa misma cifra, pero de individuos desmotivados, insuficientemente formados, agotados, aislados y mal remunerados.

Así también, el achatamiento provisto por esta forma de medición despoja de responsabilidades concretas a las políticas que deben velar por atender a las y los trabajadores sin perder de vista sus dimensiones socioculturales, laborales y formativas.

Estos dos aspectos habilitan una miopía a la hora de implementar políticas públicas en torno a la fuerza de trabajo en salud y facilita la subestimación del sentido propio de las y los trabajadores en tanto que, como señala A. Giddens, son agentes sociales de transformación.

Deconstruir el término recursos humanos consiste precisamente en esto. Se trata de trascender su uso habitual y la forma en que el mismo se impone a las prácticas y a los intereses subyacentes que lo sostienen. El camino hacia la deconstrucción conceptual de los recursos humanos en salud conlleva un cuidadoso análisis de los márgenes dentro de los cuales se ubica el valor de estos "recursos". Como señala J. Derrida, dicho valor no radica sólo en capacidad de rebelarse contra las instituciones sino, sobre todo, en el de transformarlas luchando contra los sentidos hegemónicos en el marco de las prácticas cotidianas que es donde los mismos se instalan y recrean.

Problematizar la noción de recursos humanos habilita una lectura entre líneas a partir de la cual es posible identificar que



la misma opera opacando la potencia del agente, de las y los trabajadoras/es que, como lo han demostrado durante la pandemia por COVID-19, pueden ser y hacer lo que son, y hacer frente a todo aquello que la sociedad necesite en una situación de crisis como la que se ha vivido.

Las políticas dirigidas a potenciar a las y los trabajadoras/es como agentes transformadores de salud, deben poner especial atención en su subjetividad. Atender a las necesidades cambiantes (laborales pero también socio-culturales) debe ser una prioridad que los Estados e instituciones afronten; promover lazos en comunidades de práctica, fortalecer la confianza con el entorno en el cual se desempeñan, posibilitar y motivar los espacios de contención, incentivo y gratificación.

Asimismo, esas políticas deben percibir a las y los agentes de salud como sujetos de derecho, y en este sentido, proveerles de condiciones materiales objetivas y subjetivas para transformar la realidad que se les presenta como deficiente. Ellas y ellos viven un mundo aceleradamente cambiante, como trabajadoras/es se ven sometidos a vertiginosas modificaciones cuyos desenlaces desconocen. Trabajadores informacionales en una sociedad del conocimiento. Circundados por nuevas tecnologías que prolongan sus límites anatómo-fisiológicos. Utilizan la simulación y la inteligencia artificial como verdaderos recursos para la salud.

Deconstruir la noción de recursos humanos exige un diseño innovador en políticas educativas y laborales. **La conceptualización del personal de salud desde la perspectiva de agencia supone ofrecer capacidades y competencias que permitan nuevas categorías de análisis, situando a las y los profesionales en roles diferentes.**

La tradicional planificación de distribución y disponibilidad del personal de salud basada en la cuantificación según habitantes, bajo esta óptica, quedará obsoleta. Deberá ser reemplazada por otra que estime necesidades y otorgue competencias específicas. Dentro de la amplia categoría de métodos de planificación basados en las necesidades, los enfoques basados en competencias⁶ están

⁶ Tomblin Murphy G, MacKenzie A, Alder R, Langley J,

diseñados para permitir que quienes formulan las políticas vayan más allá de los planes centrados en la profesión y consideren las combinaciones específicas de conocimiento, habilidades y juicio (competencias) requeridas para satisfacer las necesidades del cuidado. Tal consideración es consistente con la creciente demanda de enfoques más integrales para la planificación para la fuerza de trabajo en salud.

Seguir orientando políticas público-sanitarias pensando a la fuerza de trabajo en salud como recursos, no solo obstaculiza una gestión de alto grado de compromiso con el sistema de cobertura público y quienes lo integran. Sino que, al mismo tiempo, la cosifi-

ficación y mercantilización de la práctica profesional en salud, dan lugar a que discursos que consideran la dimensión de los espacios de gestión públicos como una dirección sobre dispositivos obsoletos, posean mayor legitimidad en la sociedad.

El campo de la salud necesita, cada vez más, de la motivación, el compromiso, el entrenamiento y la capacitación en nuevas competencias de las y los trabajadoras/res. Los retos que persisten y los nuevos desafíos que se presenten sólo podrán ser afrontados por subjetividades visibilizadas como irremplazables, y recompensadas como tales.

Todo ello será posible si comenzamos por considerar a las y los trabajadoras/es de la salud, como **agentes para la salud** y no como recursos. Agentes capaces de potenciar sus capacidades para transformar una realidad compleja a la altura que la salud de las comunidades reclama.

Hickey M, Cook A. Pilot-testing an applied competency-based approach to health human resources planning. *Health Policy Plan.* 2013 Oct;28(7):739-49. doi: 10.1093/heapol/czs115. Epub 2012 Nov 27. PMID: 23193192; PMCID: PMC7574597.



¿POR QUÉ LA VIOLENCIA DE GÉNERO ES UNA PROBLEMÁTICA DE SALUD?



Por Mg. M. Claudia Belziti,
Jefa del Departamento Trabajo
Social del Hospital Nacional
"Posadas"

Las violencias motivadas por el género de las personas deben ser entendidas como un problema de Salud Pública porque afectan al bienestar físico, psíquico y emocional de las personas. Esto genera responsabilidad en los servicios de salud, que tienen la función de prevenir y reparar padecimientos que perjudican la salud integral.

La violencia de género no era un acontecimiento visible hace algunos años, ni formaba parte del listado de las "patologías convencionales" que los equipos profesionales debían atender. Salvo que llegara a la institución hospitalaria una persona con un daño visible y agudo, provocado por este tipo de violencia, el tema no estaba presente en las líneas de trabajo de los profesionales, ni generaba políticas institucionales específicas, aun cuando hubiera indicios que mostraban la dimensión y la escala de una problemática que debía ser indagada y profundizada.

En cada sociedad, el clima de época es una dimensión que permite que emerjan (o no) determinadas problemáticas. En nuestro país, el movimiento de mujeres generado hace unos años ya, más la sanción de las leyes de ILE-IVE, empujaron las condiciones para que, el Estado con sus ministerios, desde una función reguladora tomara la problemática para construir agenda y políticas públicas y fortalecer el sistema de salud.

Un acierto que se desprende de ello es el Manual Clínico de Atención Integral de la Salud ante Situaciones de Violencias por Motivos de Género (Ministerio de Salud, OPS, 2022) que se



ofrece como herramienta para los equipos de salud y que le permite a cada servicio de salud entrar en un proceso de mejora, encontrar intersecciones y generar impacto en la agenda pública, esto es, en la población a la que se asiste.

Para comprender y analizar la pregunta planteada en esta nota, es necesario apelar a marcos normativos y datos que van proporcionando información para la toma de decisiones. Mención especial merecen, entre otras normas, las Leyes Nacionales 26485 y la 26061. La primera es la "Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar las violencias contra las mujeres", y la segunda es la de "Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas, y Adolescentes". También se suma a fines de 2018 la Ley Micaela que determina la capacitación obligatoria de funcionarios y trabajadores públicos en perspectivas de géneros y violencias.

Datos proporcionados por el Estudio Nacional sobre Violencias contra las Mujeres, dan cuenta que el "49 % de las encuestadas afirmaron haber sufrido algún nivel de violencia física o sexual" (MMGyD, pg 29). Asimismo, según datos publicados en el Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género, se calcula que en Argentina entre los años 2002 y 2016, habrían acontecido alrededor de 4092 femicidios de personas de entre 15 y 64 años, dando cuenta de aproximadamente un promedio de 270 femicidios anuales (pg 29).

Respecto a los menores de edad, el Programa Nacional de Víctimas contra las Violencias y Unicef (2020-2021), indican que el 57.8 % de las víctimas de violencias sexuales son niñas, niños



y adolescentes, siendo mayor la afectación a mujeres respecto a varones.

Cabe preguntarse qué les pasa a las instituciones de salud respecto a esta problemática. Acontecen maneras heterogéneas de actuar. Respecto a los niños, niñas y adolescentes, los marcos normativos hacen corresponsables a las instituciones de salud en la protección, y las denuncias de estos hechos. Las denuncias son relevantes para los equipos de salud, ya que a veces presentan conductas defensivas o de cierto temor.

Lo que hay que entender y transferir a los equipos es que las denuncias forman parte de una estrategia integral. En el caso de la sospecha o la evidencia de una vulneración del derecho a la integridad física de los niños, niñas y adolescentes, si los adultos referentes que tienen a cargo el cuidado de los mismos no realizan la denuncia, es una responsabilidad de la institución de salud materializarla, y en los casos de mujeres mayores, la denuncia a menudo es un proceso que se construye con la mujer víctima en situación de violencia de género. Salvo que llegue golpeada al momento de la consulta, el equipo de profesionales debe generar la intervención policial o de la fiscalía.

Esto parece ajeno a las acciones clásicas que los profesionales de salud entienden como su función de curar. Además de la falta de sistematización de datos específicos respecto a esta temática, que recién se está comenzando a lograr, por recomendación ministerial. Entonces en las instituciones de salud progresivamente se va construyendo, se empieza a hablar de estrategias de cuidados, como un dispositivo que involucra distintos actores (Estado, hospitales, territorios, otros saberes comunitarios) que acompañen a las personas en su fortalecimiento y el desarrollo de sus potencialidades frente a la adversidad que debe transitar. La estrategia de cuidado es un analizador del bienestar. De

aquí la necesidad de hablar de lo interdisciplinario, ya que es necesario construir escenarios de intervención clínicos, del orden de la escucha emocional, y de la sociabilidad y acompañamiento cuando se encuentre “afuera de la institución”, entre otros.

Desde esta perspectiva, entonces, la violencia de género debe poder pensarse como un nodo de la investigación traslacional, ya que la identificación del problema por parte del Estado Nacional debe operativizarse y materializarse en la implementación de políticas sociosanitarias. Asimismo, el Manual Clínico elaborado por el Ministerio de Salud es una herramienta favorable para esta etapa social, que debe conducir a que cada institución sanitaria elabore su guía de implementación, y que a su vez ésta permita generar resultados concretos. Esto, sin duda, provoca la retroalimentación de procesos de intervención y de mejora continua, pero también los instrumentos de protección y de bienestar para nuestra población.

Bibliografía utilizada

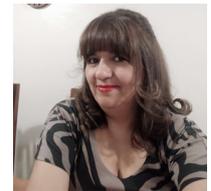
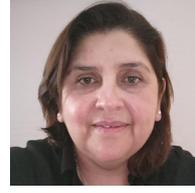
García, Rolando: *Sistemas Complejos. Conceptos, Método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Gedisa- España 2006

Manual Clínico de Atención Integral de la Salud ante Situaciones de Violencias por Motivos de Género - Ministerio de Salud de la Nación, OPS. Bs As. 2022.

Stolkiner Alicia: *El Cuidado Social y la Organización Social para el Cuidado de Categorías Claves para el análisis de Políticas Públicas- Proyecto Investigación UBACYT- 204-2017*

FORTALECIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ARGENTINA

Por Sánchez Cabezas A; Zerbo C; Leal P; Acosta M; Koslakowski N; Tibiletti M; Guazzini C; Vera E.



Resumen

En Argentina, la relevancia de abordar la repitencia de los embarazos no intencionales en personas con capacidad de gestar se fundamenta en que hay todavía un alto porcentaje de nacidos vivos fruto de embarazos no intencionales. De acuerdo a los datos del Sistema Informático Perinatal, en el año 2021 esta cifra alcanzó el 69,1% de los nacidos vivos en la población adolescente.

Se presenta un proyecto que se implementó en el marco de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del ministerio de Salud de la Nación, con el apoyo de UNFPA, desde 2021 de manera escalonada en distintas provincias del país que incluyó distintas dimensiones: política, de agenda y técnica.

Hasta el momento esta estrategia está mostrando que es útil para cumplir con sus objetivos propuestos.

Introducción

En Argentina, la relevancia de abordar la repitencia de los embarazos no intencionales en personas con capacidad de gestar se fundamenta en que hay todavía un alto porcentaje de nacidos vivos fruto de embarazos no intencionales. De acuerdo a los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) (1), en el año 2021 esta cifra alcanzó el 68,4% de los nacidos vivos en la población adolescente.

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva se creó en el año 2003 con el objetivo de garantizar la igualdad de derechos, el acceso a una atención integral de calidad en salud sexual y la salud reproductiva y la distribución de métodos anticonceptivos, la capacitación y actualización profesional de equipos de salud y la producción y distribución de materiales de promoción de derechos sexuales y reproductivos. Más tarde, en 2020, se creó la dirección nacional de Salud Sexual y Reproductiva con los objetivos estratégicos de garantizar el acceso efectivo a métodos anticonceptivos (MAC), el acceso a la interrupción del embarazo (IVE-ILE, Ley 27.610), la prevención y detección temprana de abusos sexuales y embarazos forzados y la promoción de derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad.

En el caso particular de las adolescencias, la prevención del embarazo no intencional cobra mayor relevancia ya que, en este grupo etario, un hijo representa mayor riesgo de abandono escolar, menores probabilidades de desarrollo personal integral y de inserción en el mercado laboral (1,2, 3). En 2021 hubo 30.284 nacidos vivos de adolescentes de embarazos no intencionales. El 80% de estas adolescencias no usaba MAC, en el 22% era su segundo o tercer nacido vivo y, en éstos, el 47% de los casos el intervalo intergenésico fue menor de 23 meses (4). El intervalo intergenésico es un dato relevante pues cuando es de menos de 24 meses el recién nacido tiene 6 veces más riesgo de morir comparado con nacidos vivos de intervalos mayores a los 3 años(5) y más riesgo de complicaciones a lo largo del embarazo y/o al momento del evento obstétrico para la persona gestante.

El abordaje de la prevención de la repitencia del embarazo no intencional en la adolescencia es un tema complejo, con múltiples dimensiones y determinantes. Lo cual obliga a diseñar estrategias complejas que puedan dar respuestas acordes. Desde el año 2016 se implementa el Plan de Prevención del Embarazo no Intencional (Plan Enia)

con muy buenos resultados. En ese marco la DNSSR, con el apoyo de UNFPA (2), decidió diseñar una estrategia específica de anticoncepción en el posevento obstétrico inmediato (AIPEO), basado en la mejor evidencia disponible (6,7,8). Este plan prioriza el uso de métodos anticonceptivos de larga duración (LARC por sus siglas en inglés) porque éstos constituyen los anticonceptivos reversibles de mayor eficacia, pueden prevenir el embarazo entre 3 y 10 años y son los métodos en los cuales la efectividad ideal es la más cercana a la real, de manera tal que menos del 1% de las mujeres que usan LARC quedan embarazadas dentro del primer año de uso (9,10).

Los estudios que analizan las estrategias de AIPEO en los servicios de salud, demuestran que los mejores resultados se logran cuando los efectores de salud son entrenados para dispensar MAC –sobre todo LARC–, si pueden articular acciones con otros niveles de atención y otros sectores, cuando pueden problematizarse los prejuicios sobre la población destinataria, cuando las instalaciones de salud son acogedoras y atractivas, las actividades de comunicación y divulgación motivan a las adolescencias a utilizar los servicios y los miembros de la comunidad apoyan la oferta de MAC y promueven la demanda (11).

A partir de 2021 se comenzó a implementar un proyecto con el objetivo de promover e incrementar el uso de métodos de larga duración en el post-evento obstétrico inmediato, fundamentalmente DIU, con foco en la población adolescente. Durante el primer año en las provincias de Salta y Catamarca, en 2022 se extendió a las provincias de Chaco y Formosa y durante 2023 a San Juan y Córdoba.

Teoría de cambio

En función de lo que desarrollamos hasta ahora, este proyecto pretende modificar prácticas que se han vuelto estructurales por lo cual necesita impactar sobre los circuitos de gestión sobre las que estas se apoyan e incluye las dimensiones política, de agenda y técnica.

La dimensión política constituye el paso más importante para implementar exitosamente cualquier dispositivo. En este sen-

tido, si bien hay evidencias del impacto de acciones que se promueven desde la población y/o desde mandos medios, la evidencia ha mostrado que lo más efectivo es incidir en niveles de toma de decisiones (12). En concordancia con las teorías multiactorales y de redes de política (13), para impactar sobre esta dimensión, se diseñaron estrategias que pudieran construir masa crítica por medio de la sensibilización y de la movilización de actoralidades en la gestión de redes de servicios, imprescindible para las estrategias de AIPEO (14). Para eso se realizaron reuniones periódicas con las autoridades con el objetivo de compartir las evidencias y los fundamentos de este proyecto, para construir consensos y para indagar sobre sus intereses y necesidades para que el proyecto siempre estuviera alineado con sus lineamientos.

La dimensión de agenda contempla a todos las/los agentes directamente involucrados en la temática. En este caso, nos basamos en las evidencias que muestran que, para garantizar la viabilidad y la sustentabilidad de las estrategias de AIPEO, se requiere de la conformación de equipos multiprofesionales no jerárquicos y de la sensibilización de todos los miembros de los equipos (15,16). Para esta dimensión se diseñaron espacios dirigidos a tomadores y tomadoras de decisión de todas las provincias involucradas.

Con dimensión técnica nos referimos al incremento de habilidades y competencias de las/os agentes del sistema de salud para abordar la temática de manera integral, trabajar de manera articulada, mejorar los circuitos de gestión –con foco en los circuitos de referencia y contrareferencia–, disminuir las barreras al acceso y realizar una adecuada gestión de insumos. Para esta estrategia se implementaron dos tipos de capacitaciones. Capacitación de capacitadores, en las que se profundizó sobre habilidades de liderazgo, de gestión y de planificación y otras dirigidas a los efectores de salud, en las que se hizo foco sobre las habilidades y competencias necesarias para la atención de AIPEO. Estas capacitaciones se realizaron en las maternidades y servicios de salud que se seleccionaron para implementar el proyecto.

Desde el punto de vista táctico, se seleccionó una persona referente por provincia, con quien se adecuaron las estrategias de implementación y se adaptaron cada uno de los dispositivos del proyecto a la realidad local de cada territorio. Estas personas son profesionales de salud involucradas en la estructura formal de los ministerios de Salud y/o de efectores claves de los servicios del subsistema público de cada territorio.

Resultados

A continuación presentamos los resultados de cada una de las acciones.

En la siguiente tabla se pueden observar los servicios de salud involucrados, en la que se observa un incremento marcado de la cantidad de servicios de salud a lo largo del tiempo, lo que pone en evidencia el compromiso de las referentes de cada provincia y el apoyo sostenido de sus autoridades.

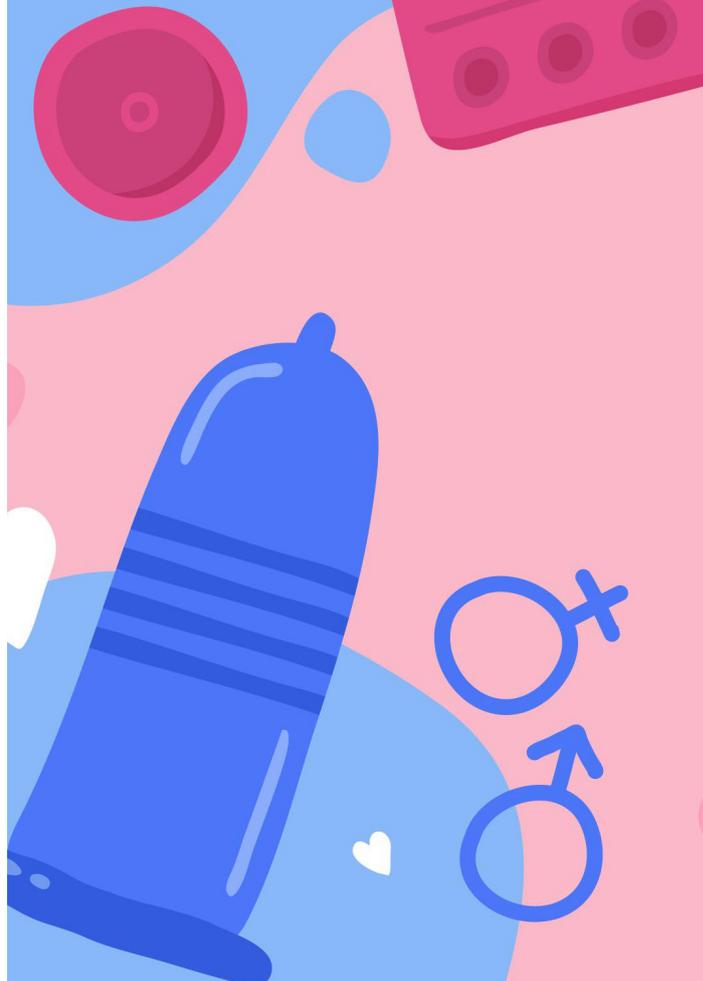


Tabla 1 : Servicios involucrados en el programa, detallados por provincia

Fuente: elaboración propia.

	2021		2022		2023	
	MATERINIDADES	CENTROS DE SALUD	MATERINIDADES	CENTROS DE SALUD	MATERINIDADES	CENTROS DE SALUD
Salta	1	6	2	6	3	2
Catamarca	1	9	2	9	2	7
Formosa	En proyecto desde 2022		1	7	1	7
Chaco	En proyecto desde 2022		1	8	1	8
Córdoba	En proyecto desde 2023				3	
San Juan	En proyecto desde 2023				1	
TOTALES	2	15	6	30	11	24

En la misma línea, en la tabla siguiente mostramos la cantidad de personas de

equipos de salud capacitadas durante estos años.

Tabla 2 : Cantidad de personas de equipos de salud capacitadas

Fuente: elaboración propia.

Número de profesionales de la salud capacitados	2021	2022	2023
		17	413

La implementación de este proyecto se basó en la planificación, realización y evaluación de diferentes dinámicas. En

la tabla que mostramos a continuación detallamos cada una de éstas y la cantidad de agentes alcanzadas en cada provincia.

Tabla 3 : Dispositivos de formación y tutoría

Fuente: elaboración propia.

	Cantidad de reuniones de asesoramiento y monitoreo	Personas que participaron en encuentros de decisores	Cantidad de profesionales que participaron en capacitaciones técnicas	Cantidad de personas que aprobaron las capacitaciones de capacitadores
Salta	29	100	17	4
Catamarca	34		100	1
Formosa	27		69	11
Chaco	21		118	13
Córdoba	7		10	
San Juan	3		13	
Totales	121	100	314	29

Los avances en las distintas dimensiones, política, técnica y táctica muestran variaciones de acuerdo a las características propias de cada una de las provincias. Dada la sensibilidad de la información no detallaremos la situación de cada una de ellas, pero es importante destacar que consideramos como un resultado positivo que se hayan podido diseñar espacios de reflexión sobre cada una de ellas con todas las personas e instituciones participantes del proyecto.

Desde un punto de vista cualitativo, las referentes provinciales refieren que esta intervención ha colaborado para instituir las como actoras sociales, ha aumentado sus redes de actuación y ampliado sus equipos, ha colaborado en el incremento de sus capacidades de gestión y sobre todo sus capacidades de pensar las políticas públicas incluyendo su complejidad. Refieren que, desde que se inició el proyecto, incorporaron herramientas para identificar y conceptualizar

barreras, nudos críticos y dificultades, identificar y seleccionar fuentes de datos, valorarlas y mejorarlas para la toma de decisiones en base a la información.

En términos del acceso a AIPEO, son aún dispares los resultados en las distintas provincias. Analizaremos algunas de ellas:

Salta: en toda la provincia se observa un incremento del AIPEO (contando sólo DIU y lisis tubaria: 2021: 21% de nacidos vivos, 2022: 22% y 2023 –hasta el 31 de mayo– 27%). Por otro lado, en la principal maternidad, que cuenta con un promedio de 6.300 nacidos vivos por año, si bien se mantuvo estable el % de AIPEO (56% en 2020 y 58% en 2022, incluyendo las lisis tubarias), se incrementó el uso de DIU en el postparto y postcesarea de un 36% en 2020 a un 48% en 2022.

Catamarca: si bien la cantidad de implantes colocados en AIPEO se mantuvo a lo lar-

go de los años, entre 2021 y 2022 se duplicó el número de DIU en AIPEO, y de acuerdo a la tendencia anual, se seguirá manteniendo este incremento durante 2023.

Chaco: como se comenzó a implementar el proyecto en 2022, en esta provincia no se percibe aún un incremento significativo en la colocación de DIU o implante en AIPEO (que para toda la provincia subió del 71% al 74%), lo cual es de esperar considerando que tienen valores muy altos, sobre todo en la maternidad del Hospital Perrando donde se está implementando el proyecto (Perrando: 2021: 91% de nacidos vivos de adolescentes, 2022: 91%). Sin embargo la lisis tubaria (sobre el total de partos) se incrementó un 50% entre 2021 y 2022, seguramente vinculado al proyecto ya que la encuesta había dado como resultado que, específicamente en este método, había una brecha muy grande entre la elección de las personas usuarias y la oferta del método, motivo por el cual se realizó una reunión con actores involucrados para incrementar su oferta. Por otro lado, gracias a este proyecto se pudieron potenciar las capacitaciones necesarias para habilitar a las licenciadas obstétricas para la colocación de DIU e implantes, tal como lo requiere la legislación de esa provincia. Lo cual, de acuerdo a la bibliografía internacional, tendrá impacto sobre los indicadores de salud sexual y reproductiva en general y de colocación de LARC en particular (17)

En el resto de las provincias, por distintos motivos, o porque se comenzó a implementar este año o por otras razones, aún no se puede medir el impacto de este proyecto sobre la población destinataria.

Desafíos pendientes

En muchas provincias el gran desafío sigue siendo la escasez de recursos humanos y la multiplicidad de tareas que deben abarcar las personas responsables del programa de SSR.

En términos tácticos también sigue siendo un desafío articular con los servicios de salud para trabajar en formato de redes de servicios. En muchas de estas provincias ya están trabajando en este sentido, con foco

en los sistemas de referencia y contrareferencia.

Otra de las dimensiones en las que se está poniendo mucho esfuerzo es la de contar con información sistematizada en tiempo real, para tomar decisiones basadas en la información, lo cual se ha visto fortalecido en muchos distritos.

Como en otros aspectos que involucran a los equipos de salud, sobre todo luego de la pandemia, el desafío sigue siendo construir visiones compartidas, motivar para que incorporen nuevas estrategias y derrumbar alguno de los mitos vinculados a la colocación del DIU en el postevento obstétrico (método de elección para estos casos desde el punto de vista costo-beneficio). En este aspecto, en algunas provincias se suma el desafío de la falta de legislación que respalde el trabajo de profesionales obstétricas, quienes resultan claves para este tipo de dispositivos.

Conclusiones

Las políticas de salud se implementan a través de prácticas sanitarias que surgen de procesos de gestión fundamentados en el desarrollo de capacidades estatales. Desde esta perspectiva, las capacidades estatales se definen como la capacidad de las instituciones públicas para llevar a cabo las tareas necesarias para ejecutar políticas y alcanzar sus objetivos (18). En este sentido, sostenemos que, para mejorar los niveles de equidad y garantizar una mejor calidad de vida para las poblaciones más vulnerables, es necesario contar con agentes que puedan operar en campos complejos y que tengan la capacidad de articular las dimensiones políticas, administrativas y técnicas(19).

Las capacidades estatales abarcan habilidades burocrático-administrativas, técnicas y políticas, que incluyen el manejo de recursos humanos, dimensiones organizativas, procedimientos de gestión, competencias técnicas, legales y financieras, estrategias para establecer legitimidad y la capacidad de articular instituciones y jurisdicciones (20, 21).



El proyecto aquí presentado muestra que las prácticas de los equipos de salud no pueden pensarse por fuera de los circuitos de gestión y que, para influir sobre ellos, es necesario diseñar proyectos que se sostengan en el tiempo y que puedan abarcar todas las dimensiones involucradas. Incluyendo los intereses, valores y motivaciones sociales en un momento sociohistórico, que pueden cooperar o entrar en conflicto con la política

que se quiere instaurar, pues todo proceso propio de gobierno es inevitablemente un proceso político social (22)

NOTAS

(1) El Sistema de Información Perinatal (SIP) es un producto de consenso técnico entre profesionales de la región con el objetivo de mejorar la calidad de la atención de madres y recién nacidos. Consta de una serie de instrumentos, entre los cuales el programa de captura y procesamiento de datos constituye la base a partir de la cual recabamos la información que aquí presentamos. Para más información: <https://www.paho.org/es/centro-latinoamericano-perinatologia-salud-mujer-reproductiva-clap/sistema-informacion-perinatal#:~:text=El%20SIP%20permite%20que%20en,y%20as%C3%AD%20producir%20informes%20locales>.

(2) UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Acceso: <https://argentina.unfpa.org/es>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Bertranou, J., & Casanova, L. (2015). Trayectoria hacia el trabajo decente de los jóvenes en Argentina, Contribuciones de las políticas públicas de educación, formación para el trabajo y protección social. Buenos Aires: OIT.

2 De León, G. (2017). Jóvenes que cuidan: impactos en su inclusión social. Documento de Trabajo N°158: CIP-PEC.

3 Gogna M, Binstock G. (2017) Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. *Salud Colectiva*. 13(1):63-72. doi: 10.18294/sc.2017.990.

4 SIP. 2021

5 Hobcraft, John, John McDonald, and Shea Rutstein. 1985. "Demographic determinants of infant and early child mortality: A comparative analysis," *Population Studies* 39(3): 363-385.

6 Organización Mundial de la Salud (2015). Programming strategies for postpartum family planning. Geneva.

7 Organización Mundial de la Salud (2014). Estrategias para la programación de la planificación familiar pos-

parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

8 Guía Anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO). (2022) Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-anticoncepcion-inmediata-posevento-obstetrico-aiepo>

9 CDC. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_vs_larc_040715.html

10 Guía Anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO). (2022). Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-anticoncepcion-inmediata-posevento-obstetrico-aiepo>

11 Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. (2016) Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. Art.

Iqbal H., Shah, K.G. Santhya, and John Cleland. (2015) *Postpartum and Post-Abortion*

Contraception: From Research to Program.s Studies in Family Planning; 46[4]: 343–353

Organización Mundial de la Salud (2015). *Programming strategies for postpartum family planning*. Geneva.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Guía Anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO). (2022) Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-anticoncepcion-inmediata-posevento-obstetrico-aiepo>

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Acceso: <https://argentina.unfpa.org/es>

CDC. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_vs_larc_040715.html

Guía Anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO). (2022). Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-anticoncepcion-inmediata-posevento-obstetrico-aiepo>

12 Vaquero B. R. (2007). La implementación de políticas públicas. *Dikaion*, 21(16), 135-156.

13 Gómez Ramírez O. J., Pérez Molano, H., & Sánchez Acosta, C. C. (2022). Aportes al diseño multiactor de

políticas públicas bottom-up. Análisis comparado de experiencias de innovación social para la paz desde la academia. *OPERA-Observatorio de Políticas, Ejecución y Resultados de la Administración Pública*, (31).

14 Iqbal H. Shah, K.G. Santhya, and John Cleland. (2015) *Postpartum and Post-Abortion*

Contraception: From Research to Program.s Studies in Family Planning; 46[4]: 343–353

15 Saar S. R. D. C., & Trevizan M. A. (2007). Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 106-112.

16 Ramón Michel A., Luchetti G., Ladenheim R., & Repka D. (2022). Tareas compartidas: una oportunidad para la atención del aborto en Argentina.

17 DNSSR. Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.4_enia_obstetricas_agentes_estrategicos.pdf

18 Isuani, F.J. (2010). *Los caminos de la debilidad estatal: capacidades estatales y políticas públicas: una mirada desde el proceso de configuración de instrumentos de políticas públicas, el caso de la política del agua en la Provincia de Buenos Aires, 1992-2008*. Tesis de doctorado, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Académica Argentina, Buenos Aires.

19 Chiara M. y Di Virgilio M.M. (2017). El marco institucional de las políticas sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social. En: *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Universidad Nacional de General Sarmiento, Los Polvorines.

20 Bertranou J. (2015). Capacidad estatal: revisión del concepto y algunos ejes de análisis y debate. En: *Estado y Políticas Públicas*, N° 4, pp. 37-59. Disponible en: http://revistaeypp.flasco.org.ar/files/revistas/1433485077_dossier-2.pdf [Consulta 8 junio 2019].

21 Piana S. (2017). El plan estratégico de modernización de la administración pública bonaerense. Un análisis de los principios, los presupuestos y los modelos. En: *Re-vista Perspectivas de Políticas Públicas*, vol. 6, N° 12, pp. 245-277.

22 PAHO (2007)- *Salud en las Américas, 2007 Volumen I Regional*, capítulo 4 Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud.

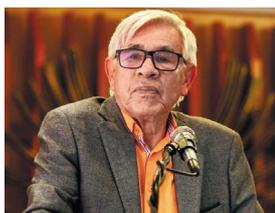


DEMOCRACIA Y SALUD EN RIESGO

Definido por el autor como un “guión para una conversación”, este texto fue presentado como conferencia magistral en el Primer Congreso de la Asociación Argentina de Salud Pública (Buenos Aires. 31 de mayo de 2023)

Por Saúl Franco

Médico, experto en salud y violencia. Comisionado por la Verdad en Colombia



Introducción

El presente no se trata de un artículo académico acabado ni de la presentación magistral de una teoría sobre los problemas de la democracia y la salud en el mundo contemporáneo. Es un intento por enunciar, en forma de guía para una conversación, un conjunto de reflexiones como respuesta a la pregunta: **¿Cuáles son los principales riesgos para la democracia y para la salud en la sociedad actual?**

Conceptos fundamentales. Tres conceptos constituyen el núcleo de estas reflexiones: **riesgo, democracia, salud.** Cada uno de ellos tiene larga trayectoria en la sociedad y en los campos de la política, la salud y las respectivas áreas de conocimiento. Me limito a enfatizar algunos aspectos de cada uno de ellos que considero de especial relevancia para esta conversación.

Riesgo: Está relacionado etimológicamente con *Risco*, que es un peñasco alto, escarpado, difícil y muy peligroso para andar por él. Implica la proximidad de un daño. Es

una amenaza, un peligro.

Democracia: sistema político basado en el poder efectivo de los ciudadanos/as. Organización social igualitaria, participativa y con equilibrio en el ejercicio de los diferentes poderes. Forma de vivir en sociedad en calidad de ciudadanos/as, es decir: sujetos de derechos, dentro de un Estado que se encarga de garantizarlos.

Salud: bien-estar. Derecho humano fundamental. Armónico y adecuado funcionamiento de los seres humanos. Garantía de atención y recuperación en caso de enfermedad. Buen-vivir: prioridad de la vida, su realización y su cuidado; armónica relación con las diferentes formas de vida. Sistema de salud: políticas, normas, instituciones, recursos para garantizar el derecho fundamental a la salud en una determinada sociedad.

Mapa de riesgos: Consciente de lo indebido de las generalizaciones y de la consiguiente necesidad de desarrollos que logren especificar los enunciados en distintos contextos regionales, nacionales o sectoriales, me propongo organizar la reflexión en tres bloques.

El primero referido a **tres riesgos comunes a la democracia y a la salud** en la actualidad: **las inequidades, las guerras, y la**

corrupción.

El segundo relacionado con los que considero dos graves riesgos para la democracia: **el vaciamiento de sus contenidos esenciales y su reducción a las formas (electorales), y el monopolio y los abusos de los medios de comunicación.**

Y el tercero centrado en cuatro grandes riesgos que creo tienen especial importancia para la salud: **el hambre, las epidemias, el cambio climático, y ciertas políticas y sistemas de salud.**

Tres riesgos comunes a la democracia y a la salud

Las inequidades. Constituyen, en mi opinión, el mayor riesgo no sólo para la democracia y la salud, sino para la sociedad en su conjunto. Son múltiples, antiguas y, en muchos campos, crecientes. Las más visibles y sensibles son las económicas, pero existen en la cultura, en la política y en todos los campos de la vida en sociedad. Enuncio apenas algunas.

En la esperanza de vida al nacer: mientras en Japón una mujer al nacer puede hoy aspirar a vivir 87.6 años, un hombre que nace en Nigeria sólo tiene una esperanza de vida de 52.3 años, una diferencia escandalosa de 35 años. La esperanza de vida promedio en algunos otros países en 2021 confirma la inequidad: Somalia, 55.3 años. Bolivia, 63.6 años. Colombia, 72.8. Argentina, 75.4. Estados Unidos, 76.3. Japón 84.5.

En la mortalidad materna. Estima el número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada cien mil nacidos vivos, y está directamente asociada a pobreza, hambre, ruralidad y carencias asistenciales. El 99% de las 585.000 mujeres que mueren cada año por este tipo de situaciones, residen en "países en desarrollo". Las tasas de mortalidad materna expresan también graves inequidades entre países y regiones. Por ejemplo: la de Afganistán es de 620. La de América Latina: 270. Colombia, 75. Argentina, 45. Cuba, 39. Alemania, 4. Israel, 3.

Distribución de la riqueza. Ocho grandes millonarios (entre ellos Bill Gates, Mark Zuckerberg y Jeff Bezos) concentran hoy la misma riqueza que la mitad de la población mundial. El 10% de la población mundial concentra el 83% de la riqueza.

Concentración de la propiedad de la tierra. El 1% de las grandes propiedades acapara el 81% de la tierra en Colombia, el 36% en Argentina y el 19% en Uruguay. América Latina es la región del mundo con mayor inequidad en la distribución de la tierra. El Gini que la expresa es de 0.55 en Asia; 0.56 en África; 0.57 en Europa, y 0.79 América Latina. Colombia está cerca de la absoluta inequidad: 0.90. Con razón entonces la Comisión de la Verdad reconoció esta inequidad como uno de los factores de persistencia de la confrontación armada en este país.

Las guerras. Como predominio de las armas sobre la negociación y la política; suspensión de la vigencia de los Derechos Humanos; situación de inseguridad e intranquilidad, las guerras constituyen una negación concreta de la democracia. Además, por la frecuente interrupción de servicios básicos como agua, electricidad, transporte, alimentos, comunicaciones, programas preventivos y asistenciales; por las violaciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) y a la Misión Médica; por la producción de lesiones, heridas, discapacidades y muertes, y por sus graves secuelas físicas, psico-sociales, de destrucción de infraestructura de servicios de salud, las guerras son una amenaza directa y grave a la salud de las personas y las comunidades.

Tres casos de guerras en curso evidencian lo anterior:

La guerra en Ucrania. En su primer año se estima que se produjeron más de 65.000 crímenes de guerra y que ha habido un promedio diario de 867 muertes. Del total de muertes, cerca de 304.000 son civiles, 180.000 soldados rusos y 100.000 soldados de Ucrania. Muchos hospitales –como la maternidad de Mariúpol– y puestos de salud han sido bombardeados. Ambas partes han sembrado miles de minas antipersona. La carencia de servicios públicos básicos es creciente y generalizada. Millones de personas han tenido que salir desplazadas.

La guerra en Sudán entre el ejército y los paramilitares de la FAR (Fuerza de Apoyo Rápido) ha producido sólo en un mes y medio más de 600 muertos, un millón de desplazados y múltiples casos de violencia sexual. Hay falta de agua, electricidad y telecomunicaciones, cierre de hospitales y violaciones de los derechos humanos y al DIH.

El Conflicto Armado Colombiano. En sus seis décadas de duración ha producido aproximadamente 700.000 muertes, en especial de población civil, en su mayoría hombres jóvenes; 121.768 personas desaparecidas; más de 50.000 secuestrados; ocho millones de desplazados, cerca de un millón de exiliados y 400.000 discapacitados, según el informe final de la Comisión de la Verdad. Pero, además, ha causado graves daños a la naturaleza; la estigmatización del sector y los trabajadores de la salud; el daño a la medicina ancestral y a los médicos tradicionales; la desviación de recursos de la salud para algunos de los actores armados, y el control por parte de estos de la institucionalidad sanitaria.

La corrupción. Tiene distintas modalidades, tales como: desviación y apropiación de recursos colectivos o públicos para intereses particulares o privados; sobornos para la toma de decisiones políticas y/o judiciales; exigencia de sumas de dinero por la asignación de contratos; cooptación de personas y/u organizaciones mediante dádivas para fines particulares o políticos; y el tráfico de influencias

La corrupción deslegitima, corroe o destruye la democracia mediante los abusos de poder, la suplantación, el desconocimiento o la burla de la voluntad y los intereses colectivos y la apropiación particular de los bienes públicos. Genera desconfianza, desesperanza y falta de recursos.

A su turno, en el campo de la salud, las distintas formas de corrupción desvían los recursos propios generando carencias y limitaciones; impone consumos innecesarios, inadecuados o de menor calidad; desplaza criterios y personal técnico-científicos reemplazándolos por intereses particulares o personal sin la adecuada formación.

Algunos datos sobre la corrupción. Se es-

tima que anualmente en el mundo se paga más de un billón de dólares en sobornos. Uno de los casos más conocidos recientemente es el de la empresa brasilera Odebrecht, que institucionalizó el soborno en doce países, entre ellos, Estados Unidos, Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Angola, México, Venezuela y Mozambique.

Un indicador del desvío indebido de los recursos de la salud en Colombia lo constituye la deuda de las EPS (empresas que administran los recursos del sector) con las IPS (instituciones tanto públicas como privadas que prestan los servicios de salud), estimado en 23 billones de pesos.

Dos riesgos específicos para la democracia en la actualidad

El vaciamiento de los contenidos esenciales de la democracia y su reducción a las formas (electorales). Es este, en mi opinión, uno de los mayores riesgos de la democracia hoy. Se trata de reducir la riqueza ideológica, ética política, y organizativa de la democracia a procesos y rituales electorales periódicos y generalmente manipulados, limitados y predecibles. Hay una especie de expropiación del poder a los ciudadanos, convertidos en votantes sin más derechos. La forma suplanta el fondo. La mecánica al combustible. Y, por tanto, se pierden el sentido, la vitalidad y las ventajas comparativas de la democracia frente a otros modelos y sistemas de organización socio-política. Lo anterior va de la mano con el progresivo debilitamiento y estigmatización de las organizaciones sociales y populares, la persecución de sus líderes, la conversión de los partidos políticos en empresas electorales, el control o la persecución a los medios de comunicación y la configuración de regímenes que tienen más de dictaduras que de democracias. Otra versión degenerativa de la democracia la constituyen **las plutocracias**, de las cuales hemos visto recientemente ejemplos en algunos países.

El monopolio y los abusos de los medios de comunicación. Los medios de comunicación han devenido en otro de los grandes poderes en la sociedad actual, inclusive por encima de algunos Estados nacionales, gra-



cias a su potencia, universalidad, monopolización, inmediatez y persistencia. Han logrado superar en gran medida las barreras de las lenguas y culturas mediante imágenes e íconos que no requieren traducciones ni lectura.

El proceso de monopolización se ha acelerado. Hoy cinco grandes empresas, basadas en software, controlan todas las comunicaciones por internet: Google; Microsoft, de Bill Gates; Facebook, de Mark Zuckerberg; Apple, y Amazon, de Jeff Bezos.

Cada vez más es el mercado y no el Estado quien controla los consumos digitales, con la consiguiente reducción de la soberanía ciudadana y territorial. Al mismo tiempo, los medios tienen un enorme poder para la creación de opinión pública y para las movilizaciones sociales, recurriendo, en muchos casos, a las noticias falsas, la descontextualización, la estigmatización y los estereotipos.

En el campo de la salud los medios de comunicación son una potente herramienta positiva. Pero con frecuencia también se convierten en un riesgo cuando desinforman, dan mensajes impuestos por intereses contrarios al bienestar y el buen vivir, generan sentimientos y actitudes como el pánico

o el incumplimiento de normas sanitarias, o incentivan consumos nocivos.

Cuatro grandes riesgos para la salud en la actualidad (y casi siempre)

El hambre. La carencia prolongada de la alimentación esencial ha acompañado durante siglos a determinados sectores de la humanidad: pobres, minorías, marginados y excluidos. Las hambrunas siguen azotando aún hoy a algunos países. Y el hambre altera el desarrollo embrionario, retarda el desarrollo mental, impide el funcionamiento normal, debilita las defensas y aumenta el riesgo de enfermedad y muerte.

Según el informe de las Naciones Unidas de julio de 2022 sobre la seguridad alimentaria y la nutrición, para 2021 había un total de 828 millones de personas afectadas por el hambre en el mundo, de las cuales 345 millones padecían hambre agudo (150 millones más que en 2019, cuando empezó la pandemia). Aproximadamente 45 millones de niños/as menores de cinco años sufren la forma más grave de desnutrición –la emaciación– que aumenta en 12 veces el riesgo de muerte. Se estima que para 2030, cuan-

do se proyectaba tener **hambre cero**, el 8% de la población mundial (670 millones de personas) estará con hambre.

En Argentina actualmente 16.5 millones de personas no cuentan con los ingresos necesarios para adquirir la denominada “canasta básica total” que incluye, además de comida, elementos básicos como ropa y transporte. En Colombia, según el informe que acaban de publicar la FAO y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), 15.5 millones de personas (30% de la población) y 1.3 millones de migrantes que intentaban establecerse en el país tenían niveles elevados de inseguridad alimentaria aguda en noviembre de 2022. Actualmente el 15% de los hogares sólo consume dos comidas al día.

Las epidemias. Constituyen uno de los riesgos clásicos y más antiguos de la salud de las poblaciones. La expansión rápida y masiva de determinadas enfermedades infecciosas no sólo han costado millones de enfermos y muertes sino que han transformado las sociedades y marcado períodos históricos.

La edad media, por ejemplo, se inició según algunos historiadores con “la peste de Justiniano” en el año 543, con más de cuatro millones de personas muertas, y terminó en el siglo XIV con “la peste negra”, de origen animal (las ratas), y que produjo la muerte de más de 25 millones de europeos. La viruela, con una letalidad del 30%, azotó a

Europa y la trajeron a América los conquistadores. Pudo ser erradicada por la vacuna.

En los últimos meses de la primera guerra mundial (1914-1919) “la gripa española”, detectada en USA pero endosada a España, produjo más de 20 millones de muertos. A partir de 1981 y hasta la utilización de los antirretrovirales, el VIH-SIDA (también de origen animal) ha producido aproximadamente 25 millones de muertes.

Y entre el 31 de enero de 2020 y el 4 de mayo del presente año, cuando la OMS declaró el fin de la emergencia sanitaria, la epidemia (“sindemia” parece ser una mejor caracterización) de COVID-19 produjo 765 millones de casos y 6.9 millones de muertes en todo el mundo. Sólo en Brasil, y como consecuencia del negacionismo de algunos sectores y de políticas y medidas sanitarias equivocadas por parte del gobierno federal, la pandemia causó 600.000 muertes, muchas de ellas evitables. A nivel global, además, la pandemia desnudó y agudizó las mayores inequidades de la sociedad actual, obligó al aislamiento y el distanciamiento sociales, e introdujo cambios de fondo en las formas de vivir y relacionarnos.

Además de los costos en enfermedad y muerte, las epidemias ponen a prueba los conocimientos, las prácticas y los servicios de salud; evidencian las carencias, potencian los logros, desafían las políticas y sistemas de salud, cuestionan el ordenamiento



económico y político y los fundamentos éticos de la humanidad y retan a la ciencia, al poder, a la tecnología y a la solidaridad. En contrapartida creo que es preciso reconocer también que la pandemia de Covid-19 terminó por colocar en el primer plano de la agenda y la discusión mundial la cuestión del riesgo de las enfermedades y la importancia de la Salud Pública. Es esta entonces una oportunidad que no podemos desaprovechar.

El cambio climático. Mucho menos antiguo que el hambre y las epidemias, este fenómeno se viene incrementando aceleradamente y pone en riesgo la vida misma en el planeta. El aumento de la temperatura de la tierra y los mares por el incremento de gases de efecto invernadero, la tala de los bosques y el extractivismo, se generan sequías, incendios, inundaciones, aumento del nivel del mar, tormentas, huracanes y temperaturas extremas, con consecuencias devastadoras sobre la agricultura, las viviendas, la habitabilidad y el suministro de servicios básicos.

Recientemente la Organización Meteorológica Mundial estimó en 12.000 las catástrofes sufridas en el mundo entre 1970 y 2021 por los riesgos meteorológicos, climáticos e hidrológicos, con dos millones de muertes y pérdidas por 4 billones de dólares. Los más afectados (nueve de cada diez muertes) han sido “los países en desarrollo”. Sólo en Pakistán las inundaciones del año pasado dejaron 1.600 muertos y 10.000 millones de dólares en pérdidas. El cambio climático afecta el derecho a la vida, a la salud, a la vivienda, al agua, al saneamiento.

Ciertas políticas y sistemas de salud Pensadas e implementadas justamente para

contribuir a garantizar el bienestar y la adecuada atención en salud, con frecuencia las políticas y sistemas de salud se convierten en un nuevo riesgo para la salud de las personas y la sociedad. **¿Bajo qué condiciones las políticas y sistemas de salud pasan a ser riesgos para la salud?** Para avanzar en la discusión, enuncio apenas tres de ellas:

- Cuando al entender la salud no como un derecho sino como una mercancía, el lucro privado derivado de la atención a las enfermedades (consultas, internaciones, procedimientos, tecnologías) se vuelve más importante que la garantía efectiva del derecho a la salud y de las condiciones necesarias para poder vivir bien.

- Cuando para garantizar la rentabilidad de los servicios de salud se introducen o permiten barreras para el acceso oportuno a servicios adecuados y de buena calidad, generando exclusiones y discriminaciones e incrementando inequidades de género, edad, etnia, nivel económico o lugar de residencia.

- Cuando las políticas y/o los sistemas y servicios de salud no se corresponden con las realidades y necesidades culturales, epidemiológicas y territoriales.

Reflexión final. Los riesgos no son fatalidades ni situaciones inmodificables. Deben leerse también como desafíos para tratar de prevenirlos o enfrentarlos con el conocimiento y la acción, tanto a nivel personal y colectivo como social. Ojalá estas reflexiones estimulen el trabajo conjunto y complementario desde la salud pública, la salud colectiva y la medicina social por la comprensión y la prevención de los riesgos actuales y futuros para la vida, la democracia y la salud.

Conferencia en el marco del I Congreso Internacional de la Asociación Argentina de Salud Pública

LOS AVANCES DE LAS NUEVAS DERECHAS



Por Alejandra Sánchez Cabezas

Vicepresidenta de la Asociación Argentina de Salud Pública

Resumen

Se presenta una reflexión sobre las condiciones sociales y políticas para fortalecer a la Salud Pública en un momento en el que toman cada vez más protagonismos nuevos movimientos de derecha que conspiran contra las políticas que promueven el bien común.

Partiendo de una descripción sobre cómo se conformaron y qué características tienen los nuevos movimientos de derecha, el vínculo entre la ciencia y estas corrientes de pensamiento y su impacto en la Salud Pública, se presentan estrategias de micropolítica para el ámbito de la salud como espacios con potencia para generar transformaciones sociales.

En un discurso frente al parlamento (1), Íñigo Errejón relató una anécdota en la que un estudiante preguntó a la reconocida antropóloga estadounidense Margaret Mead cuál consideraba ella el primer signo de civilización en la humanidad. Sorprendiendo a los estudiantes, Mead respondió que el primer signo de civilización fue un fémur fracturado y sanado. Explicó que en el reino animal, un animal con una extremidad fracturada no sobrevive, ya que no puede acceder a alimento, agua ni escapar de los depredadores. Un fémur curado revela que alguien se quedó para cuidar y ayudar a sanar a otra persona.

De acuerdo con esta historia, la civilización nació cuando una persona decidió cuidar a otra.

Considerando que la salud pública refleja la decisión de una sociedad de

cuidarse solidariamente, es importante reflexionar sobre las condiciones sociales y políticas para sostener esta decisión en un momento en el que toman cada vez más relevancia movimientos de derecha que pujan en sentido contrario.

En este marco, propongo responder las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se conformaron y qué características tienen los nuevos movimientos de derecha?
2. ¿Cuál es el vínculo entre la ciencia y estas corrientes de pensamiento?
3. ¿Cómo impactan estas corrientes en la salud pública?
4. ¿Qué transformaciones podemos implementar desde el campo de la salud?

1- Cómo se conformaron y qué características tienen los nuevos movimientos de derecha?

Para comprender los avances de los nuevos movimientos de derecha, más allá de analizar las posturas de figuras como Javier Milei, Jair Bolsonaro y Donald Trump, es fundamental comprender las raíces y las condiciones que permiten que estos personajes se conviertan en opciones viables para una proporción cada vez más importante de la población. Para ello es menester hacer un recorrido de su desarrollo histórico.

La segunda mitad del siglo XIX estuvo caracterizada por un crecimiento pujante de la ciencia, la tecnología y del capitalismo liberal. Nietzsche decía que esta sociedad necesitaba crear un estamento de esclavos para una existencia duradera, y advertía sobre la aniquilación horripilante hacia la cual se encaminaba una vez que se agotara el efecto de sus palabras seductoras sobre la "dignidad humana" y el "trabajo digno" (2).

En el mismo sentido, actualmente distintos autores describen al capitalismo como un sistema de fabricación de alternativas infernales que trasciende su función de producción y acumulación. Un sistema que funda su potencia en su capacidad de modelar subjetividades subordinadas y frustradas, a partir de la convicción fatalista de la inevitabilidad de su esta forma de funcionamiento, de la convicción de que ningún cambio es posible y de que no hay lugar para nada nuevo (3,4). Un sistema que, respaldado por un discurso economicista con pretensiones científicas, se convierte en una especie de nueva religión. Que trivializa la existencia y confunde la felicidad con el "entretenimiento" y detrás de un discurso que defiende la paz y el progreso, promueve una ideología fatalista y violenta (5). Y que, gradual pero implacablemente, ha construido

sociedades en las que prevalece el individualismo y el cinismo en lugar de la cooperación y que, marcadas por una sensación de fatalismo y resentimiento, tiñe la realidad de un tono apocalíptico y terrorífico (6).

En este proceso, es importante resaltar el avance del neoliberalismo. Desde sus inicios, el neoliberalismo ha defendido posturas violentas, elitistas y segregacionistas. Ha apoyado dictaduras en Chile, Argentina y Brasil, ha inspirado programas de ajuste estructural a través de mecanismos de endeudamiento en América Latina y África, ha provocado privatizaciones abruptas y ha liderado múltiples invasiones armadas (7,8).

En este derrotero, la crisis financiera de 2008 marcó otro hito, pues a partir de ese momento se implementaron dispositivos cada vez más crueles de poder financiero, biopolítico y disciplinario (9,10). Estos mecanismos del neoliberalismo no han hecho más que profundizar la reproducción de subjetividades frustradas, subordinadas y cínicas que funcionan en beneficio de su propio fortalecimiento (10,11). Wendy Brown describe sus consecuencias de la siguiente manera:

Quebrados y frustrados por demás, los habitantes rurales y suburbanos blancos cristianos fueron alienados y humillados, excluidos y desplazados. Entonces el racismo de siempre se incrementó cuando nuevos migrantes transformaban los barrios suburbanos y cuando las políticas de "equidad e inclusión" parecían, a los ojos de los hombres blancos sin educación formal, favorecer a todos menos a ellos (13).

Son los afectos –sentimientos y emociones– los que movilizan los grandes movimientos sociales, políticos y culturales. Los líderes saben muy bien que necesitan movilizar impulsos afectivos. En este caso, en lugar de esperanza y creación, lo que se alienta son sentimientos de



odio, segregación, enojo, frustración e impotencia. Sentimientos que resultan funcionales para justificar los fracasos de las políticas que defienden, para señalar chivos expiatorios y para culpar a las poblaciones que han sido las más golpeadas por el devenir económico.

Eso explica por qué estos movimientos se atrincheran detrás de jerarquías de raza, clase, género y nación (14,15,16) creando círculos viciosos. Que, por un lado mutilan las esperanzas, promueven la crítica destructiva y socavan los sentimientos de solidaridad postulando que lo único que queda es luchar por los escasos privilegios adquiridos por cada pequeño grupo. Mientras por otro, fomentan la nostalgia de un pasado mítico e inexistente en el que las familias eran felices, completas y heterosexuales, las mujeres y las minorías raciales se mantenían en su lugar, los barrios eran limpios, seguros, ordenados y homogéneos, el alcoholismo era solo un problema de los pobres, y no existían la violencia doméstica ni los abusos sexuales (17).

¿Cuál es el vínculo entre la ciencia y estas corrientes de pensamiento?

Es importante mencionar la capacidad de la ciencia para reproducir estas ideologías. Me refiero a una perspectiva científica positivista, tecnocrática,

biologicista e individualista, que desde su forma de producir conocimiento, hasta la manera en que se distribuye sus beneficios, no ha podido escapar a la lógica del mercado. Una ciencia antropocéntrica que considera que el mundo está al servicio del ser humano y que, en el plano social, se apoya en una visión descontextualizada que no nos permite ser conscientes de nuestra participación en una praxis histórica y del vínculo entre ciencia y ciudadanía (18).

En el siglo XIX Nietzsche también advertía sobre los peligros de esta forma de hacer ciencia:

Lo que hay de peligroso, de corrosivo y de envenenador de la vida, nuestro modo de hacer ciencia... enferma de este engranaje y mecanismo deshumanizado, enferma de impersonalidad... ...pierde la finalidad... el cultivo moderno de esta ciencia barbariza(19).

Una ciencia que, seguramente sin proponérselo, terminó siendo funcional a una cultura neoliberal que busca reemplazar la sabiduría por la técnica, nos quiere convencer de que nuestro destino depende únicamente de los avances científicos y que, desde una posición aparentemente objetiva, oculta su naturaleza hiperpolitizada y moralizante.

3- ¿Cómo impactan estas corrientes sobre la salud pública?

No me detendré demasiado en este punto, dado que en esta región de Latinoamérica somos muy conscientes del impacto de las políticas neoliberales del siglo pasado sobre la salud de nuestra población y tenemos todavía fresco el recuerdo de su crueldad durante la pandemia, especialmente en Brasil y Estados Unidos. Sin embargo, desde mi punto de vista, no se ha prestado suficiente atención al impacto de la dimensión subjetiva de estas corrientes, lo cual puede brindarnos pistas para actuar. Sobre todo, si consideramos que la salud pública no debería limitarse a reparar los daños que este sistema causa sobre los cuerpos, sino que debería constituirse en un campo desde el cual se puedan generar transformaciones capaces de reducir las desigualdades y promover la equidad.

4- ¿Qué transformaciones podemos implementar desde el campo de la salud?

Antes de abordar esta pregunta, me gustaría plantear otra cuestión: ¿es posible generar transformaciones en los modelos de producción desde el ámbito de la salud en un país subdesarrollado y dependiente? Puedo afirmar rotundamente que sí, ya que el sometimiento nunca es total y siempre existe la posibilidad de construir flujos de liberación que permitan crear nuevas formas, culturas y narrativas. No importa desde donde, sobre todo si consideramos que los márgenes son siempre zonas de innovación social.

No permitamos que las limitaciones impuestas nos paralicen, busquemos nuevas formas de resistencia y creación. En mi experiencia personal, he aprendido lo que sucede cuando se suelta un solo punto de un tejido,

y sé que un átomo es la base de la bomba atómica. Por eso, propongo que en lugar de quedarnos paralizados preguntándonos si es posible, nos planteemos cómo podemos fortalecer un campo de pensamiento en nuestro país que busque construir solidaridad. Para impulsar un pensamiento que desafíe las estructuras de poder establecidas y promueva la creación de espacios inclusivos y solidarios.

La defensa de las democracias, en las que el cuidado de la supervivencia colectiva debe ser un bien social, requiere de un esfuerzo explícito para construir una sociedad que sea consciente de su destino compartido y que respete y valore las diferencias y las alteridades (20,21). Necesitamos utilizar nuestra capacidad de imaginar y construir un futuro más justo y equitativo, rompiendo con los esquemas preestablecidos y abriéndonos a nuevas perspectivas a través del diálogo, la colaboración y la promoción de la diversidad.

En el campo de la salud somos testigos privilegiados del dolor que generan los nuevos movimientos de derecha. Eso nos convierte en un espacio propicio para construir ámbitos de reflexión, cooperación de ideas, afectos y afecciones que involucren a diversos colectivos (22). Nosotros y nosotras conocemos las consecuencias de los modos de vida, eso nos convierte en un territorio excepcional para encontrar soluciones situadas que puedan actuar como semillas de transformaciones sociales.

Debemos volver a valorar el poder de las acciones individuales, ya que el tejido social no es creado por unos pocos, sino por todos y todas. Aunque hay muchas personas que se alinean con las nuevas corrientes de derecha, también somos muchas las que apostamos por generar encuentros y trabajamos en



la construcción de ideas innovadoras a partir de los contextos donde ocurren las cosas, diseñando estrategias ancladas en los territorios. Es importante dinamizar y visibilizar los espacios donde ya se están produciendo novedades, para recuperar la confianza de que la ciudadanía puede ser un vehículo de novedades y transformar subjetividades, espacios de trabajo, códigos y relaciones de poder.

Reivindicar el pensamiento como un acto transformador de los comportamientos rutinarios y cotidianos que sostienen el tejido social puede ser una vía de salida de este complicado entramado.

Todavía podemos hacer visibles las evidencias, las familiaridades y los modos de pensamiento adquiridos, pero no reflexionados que fundamentan las prácticas sociales que nos separan y construyen la realidad aceptada sin cuestionar. Para hacer más difícil aquello que se ha vuelto demasiado fácil (23).

Sobre estos movimientos, Deleuze y Guattari afirmaban ...

...nosotros anunciamos el desarrollo de un fascismo generalizado. Aún no ha hecho más que empezar, no hay razones para que el fascismo no siga creciendo.

... o bien se construye una máquina revolucionaria capaz de hacerse cargo del deseo y de los fenómenos del deseo, o bien el deseo seguirá siendo manipulado por las fuerzas de opresión y represión...

[Se trata de crear] la organización de un campo social de deseo: no de que cada uno

escape "personalmente", sino de provocar una fuga, como cuando se revienta una cañería o cuando se abre un absceso.

(...) Toda posición de deseo contra la opresión, por muy local y minúscula que sea, termina por cuestionar el conjunto del sistema capitalista, y contribuye a abrir en él una fuga. (...)

Nos dirigimos a los inconscientes que protestan (24).

Desde cada uno de nuestros espacios de trabajo todavía podemos poner en marcha transformaciones que permitan surgir nuevas ideas a partir de momentos en los que, como decía Foucault:

...las evidencias se enturbian, las luces se apagan, cae la noche y la gente empieza a percibir que actúa a ciegas y que necesita una nueva luz, una nueva iluminación y otras reglas de funcionamiento (25).

Allí, en cada uno de nuestros lugares de trabajo, pueden surgir las transformaciones que necesitamos. Donde estamos, en cada servicio de salud o espacio de gestión. En los territorios donde cotidianamente construimos fugas y flujos de producción deseante. Donde hay personas trabajando para integrar a los colectivos más excluidos. Donde se están inventando nuevas maneras de incrementar el acceso. Donde se incluyen modalidades de gestión y atención más participativas. Donde se buscan nuevas maneras de articular y sinergizar.

Desde donde está cada uno y cada una de nosotros y nosotras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 La Vanguardia. Octubre 2020.
Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/cultura/20201014/484039920907/el-reto-primer-signo-civilizacion-humanidad.htm>
- 2 F Nietzsche. El nacimiento de la tragedia. Editorial Alianza. España. Tercera edición. Sexta reimpresión: 2004. Pág. 156.
- 3 Lazzarato, Maurizio. La forma política de la coordinación. Brumaria. Arte, máquinas, trabajo inmaterial, 2006, vol. 7. Pág. 351.
- 4 P. Bourdieu. Cosas dichas. Buenos Aires: Gedisa. 1988.
- 5 Lazzarato, Maurizio. La forma política de la coordinación. Brumaria. Arte, máquinas, trabajo inmaterial, 2006, vol. 7. Pág. 351.
- 6 Verónica Gago y Cecilia Palmeiro. En W. Brown. En las ruinas del neoliberalismo. El ascenso de las políticas antidemocráticas en occidente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tinta Limón, 2020.
- 7 Saidel, Matías Leandro; El neoliberalismo autoritario y el auge de las nuevas derechas; Universidade do Vale do Rio dos Sinos; História Unisinos; 25; 2; 5-2021; 263-275.
- 8 W. Brown. En las ruinas del neoliberalismo. El ascenso de las políticas antidemocráticas en occidente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tinta Limón, 2020.
- 9 Saidel, Matías Leandro; El neoliberalismo autoritario y el auge de las nuevas derechas; Universidade do Vale do Rio dos Sinos; História Unisinos; 25; 2; 5-2021; 263-275.
- 10 Saidel, Matías Leandro; El neoliberalismo autoritario y el auge de las nuevas derechas; Universidade do Vale do Rio dos Sinos; História Unisinos; 25; 2; 5-2021; 263-275.
- 11 Maurizio Lazzarato, El Imperialismo del dólar. Crisis de hegemonía estadounidense y estrategias revolucionarias. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tinta Limón. 2023.
- 12 Maurizio Lazzarato, El Imperialismo del dólar. Crisis de hegemonía estadounidense y estrategias Tinta Limón. 2023. Pág. 236
- 13 W. Brown. En las ruinas del neoliberalismo. El ascenso de las políticas antidemocráticas en occidente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tinta Limón, 2020. PP. 19
- 14 Saidel, Matías Leandro; El neoliberalismo autoritario y el auge de las nuevas derechas; Universidade do Vale do Rio dos Sinos; História Unisinos; 25; 2; 5-2021; 263-275.
- 15 Maurizio Lazzarato, El Imperialismo del dólar. Crisis de hegemonía estadounidense y estrategias revolucionaria. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tinta Limón. 2023. Pag. 231.
- 16 W. Brown. En las ruinas del neoliberalismo. El ascenso de las políticas antidemocráticas en occidente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tinta Limón, 2020. PP. 26.
- 17 W. Brown. En las ruinas del neoliberalismo. El ascenso de las políticas antidemocráticas en occidente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tinta Limón, 2020.
- 18 Cornelius Castoriadis. La institución imaginaria de la sociedad. Buenos Aires: Tusquets Editores, 2007.
- 19 F. Nietzsche. Ecce Homo. Editorial Alianza. 5ª edición 2005. Pp. 83.
- 20 W. Brown. En las ruinas del neoliberalismo. El ascenso de las políticas antidemocráticas en occidente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tinta Limón, 2020. PP. 43
- 21 Oscar Ariel Cabezas (comp.). Gramsci en las orillas. La Cebra: Buenos Aires. 2015
- 22 Deleuze G, Guattari F. El Antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia. Paidós. 17ª edición. 2001. Pp. 298
- 23 IBIDIM.
- 24 Entrevista a Gilles Deleuze y Felix Guattari por Catherine Backes-Clément L'Arc, n.º 49, 1972.
- 25 Michell Foucault. El funcionamiento efectivo del poder. Entrevista realizada el 7 de mayo de 1981, con ocasión de unas conferencias de Foucault en Lovaina dirigidas a estudiantes y profesores de Derecho y Criminología. Fuente: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXIX, nº 103, 2009.
Disponible en: <https://www.bloghemia.com/2021/07/el-funcionamiento-efectivo-del-poder.htm>

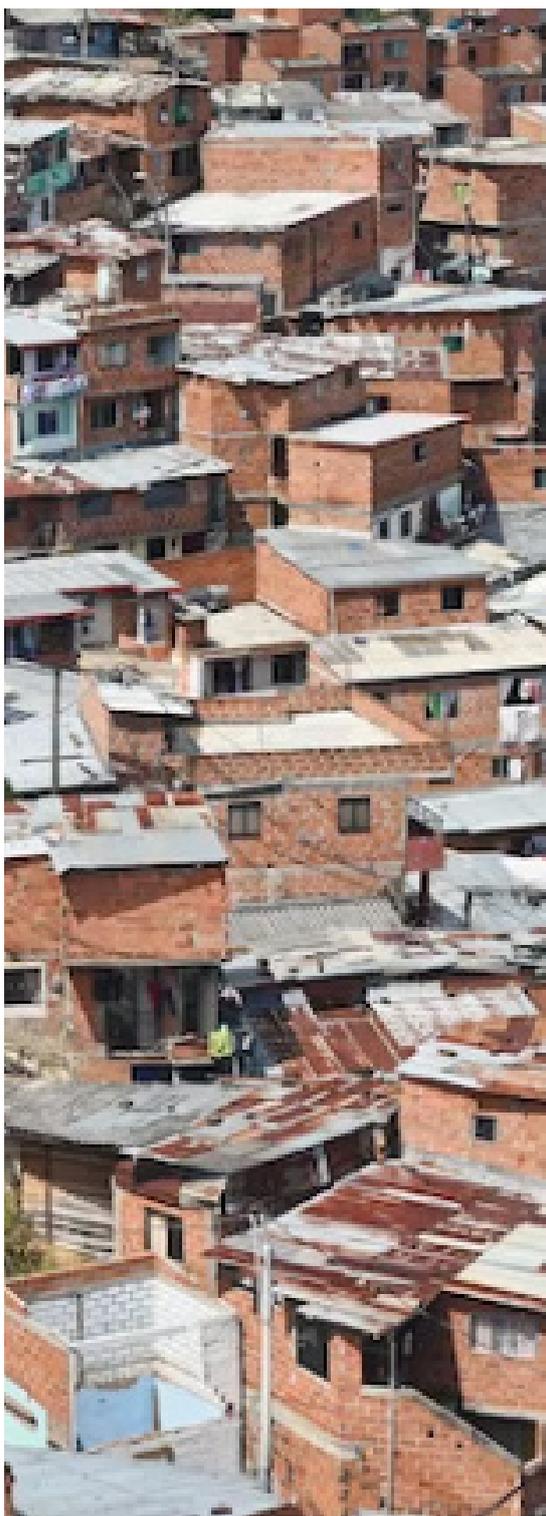


DETERMINACIÓN SOCIAL, BIOÉTICA Y REDUCCIONISMO GENÉTICO



Por Dr. Víctor Penchaszadeh

Texto de la Conferencia Juan César García pronunciada por el autor en el XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), en Buenos Aires el 18 de julio de 2023



En esta presentación en homenaje a nuestro querido y admirado Juan César García, uno de los fundadores de la medicina social latinoamericana, daré un pantallazo a vuelo de pájaro sobre los temas que a mi juicio debieran ser prioritarios en América Latina desde la Medicina Social y la Bioética basada en los Derechos Humanos, para después argumentar que el reduccionismo y el determinismo genético son deformaciones interesadas y pseudocientíficas de la genética, cuyos enfoques de “medicina individualizada” o “de precisión”, deliberadamente esconden la determinación social de la salud y la enfermedad y vulneran los derechos humanos. Si bien cada uno de los temas abordados merece mayor extensión y profundidad, el tiempo acordado para esta presentación no lo permite.

Uno de los principales conflictos éticos y sociales que la bioética debe confrontar en América Latina es la magnitud de problemas no resueltos de la historia de conquista y colonialidad de los pueblos originarios, acompañada de opresión, despojo, genocidio, neocolonialismo y destrucción de su historia, sus lenguas y sus cosmovisiones, que son menospreciadas por los poderes hegemónicos, que incluyen por cierto el modelo biomédico occidental. Si bien existen muchas y valiosas experiencias interculturales en el campo de la salud, éstas tienden a perpetuar relaciones asimétricas de poder y estereotipos donde los que enseñan suelen ser los exponentes del mundo occidental, mientras que los que aprenden suelen ser los pueblos originarios.

La relación entre pobreza y salud está absolutamente documentada en el mundo y particularmente en América Latina, la re-

gión más inequitativa del globo, donde la pobreza sigue aumentando, mientras que crece la concentración de la riqueza en cada vez menos manos, haciendo de la inequidad una realidad cotidiana y oprobiosa que clama por enfoques bioéticos, sociales y políticos de análisis y de acción por la justicia social.

Las políticas de degradación de los sistemas públicos de salud, que ocurren en casi todos los países de la región, implican un aumento progresivo de la inequidad y de la injusticia social y un pasaje del concepto de salud como derecho humano a una concepción de mercado en la que los ciudadanos están a merced de coberturas de acuerdo a capacidad de pago. Los estados reducen sus acciones al gerenciamiento de “paquetes” mínimos de atención, tercerizados a corporaciones financieras privadas, mientras crece el control del mercado de la salud en manos del complejo médico-industrial-financiero, con ganancias mil- millonarias para las industrias de los seguros privados de salud, de las farmacéuticas y de las tecnologías médicas, resultando en medicalización excesiva e intervenciones superfluas de alto precio y bajos beneficios. En esta realidad, los principios éticos de la salud no pueden cumplirse y la bioética debe tomar partido por la equidad y la justicia.

Distorsión de las prioridades en salud

La sujeción a los intereses del complejo médico-industrial-financiero internacional lleva a una distorsión de las prioridades del gasto en salud, por el cual la supuesta “medicina individualizada” y la alta tecnología se hacen aparecer como panaceas para la salud, ignorando que el factor más relevante en el proceso de salud/enfermedad/atención es su determinación social.

Los enfoques de prevención, tratamiento e investigación enfatizan excesivamente los determinantes biológicos y genéticos de enfermedad, en desmedro de la determinación social, responsable principal de las diferencias en niveles de salud en las poblacio-

nes. Así, el estar sano o enfermo pasa a ser responsabilidad de cada individuo y no de su entorno social y de las barreras de acceso al sistema de salud. Privilegiar la responsabilidad de los genes en la causalidad de enfermedades, es un propuesta reduccionista que lleva a enfoques exclusivamente genómicos para prevenir y controlar las enfermedades comunes, enfoques no necesariamente eficaces y ni seguros para la salud colectiva. Los costos de la alta tecnología requerida para estos enfoques seguramente aumentará las inequidades y vulnerará aún más la vigencia del derecho a la salud, requiriendo que la bioética entre en acción con análisis, denuncias e intervenciones.

Derechos sexuales y reproductivos

Si bien se han hecho grandes avances en la despenalización del aborto en varios países de América Latina, aún ocurren en nuestra región más de 6 millones y medio de abortos por año, de los cuales más del 75% son inseguros y causan más del 15% de la mortalidad materna. La falta de políticas efectivas de educación sexual y de acceso equitativo a contraceptivos, asociada a falta de educación y pobreza, no hacen más que empeorar el estado de cosas, afectando en particular a adolescentes y a las clases desposeídas. En varios de nuestros países, poderosos sectores conservadores y eclesiásticos opuestos al derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, su salud y su vida, están siendo enfrentados con movilizaciones masivas de mujeres por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, con importantes victorias.

Abusos de la industria farmacéutica

La industria farmacéutica multinacional, como parte del complejo médico-industrial-financiero mundial, se caracteriza por acciones contrarias a la ética y a la salud de la población, muchas de las cuales han sido vergonzosamente puestas en evidencia con el acaparamiento de vacunas anti-Covid 19 por parte de corporaciones gigantes de los países ricos, con ganancias de miles de



millones de dólares. Entre las acciones antiéticas típicas de la industria farmacéutica se cuentan la invención de enfermedades, la reducción de umbrales para el diagnóstico de enfermedades, el abuso de patentes, la promoción antiética de productos de dudoso o nulo valor, la captura de las agencias estatales reguladoras con participación en su financiamiento para reducir los requisitos de la evaluación de nuevas drogas, los “comités de expertos” con conflictos de interés, la manipulación de leyes y acuerdos internacionales y la presión a los Estados para proteger sus monopolios, propulsando legislaciones injustas o amenazando con desabastecimiento de medicamentos si no se accede a precios extorsivos. Los precios exorbitantes de los medicamentos, no responden a ninguna racionalidad o criterio económico salvo el afán de lucro desmedido, siguiendo la máxima de que el precio de un medicamento es “el que el mercado esté dispuesto a pagar”.

Como si esto fuera poco, la industria farmacéutica continúa vulnerando los derechos humanos en las investigaciones clínicas, que responden más a los intereses económicos de las multinacionales que a las necesidades de salud de las poblaciones. Es imprescindible que la bioética latinoamericana y la medicina social tomen acciones para impulsar a los Estados a cambiar este estado de cosas y velar por el derecho a la

salud.

Las migraciones masivas como consecuencia de la degradación del medio ambiente, la pobreza, las persecuciones políticas, y las malas condiciones de vida afectan cada vez más a América Latina. A su vez, generan desafíos de primera magnitud por el destierro que implican, la ruptura de lazos familiares, la mala acogida en los países receptores y la estigmatización y violencia contra los migrantes, todo lo cual genera graves problemas éticos de salud y que obviamente incumben a la bioética y a la medicina social.

La violencia en nuestros países es una plaga con la que las sociedades han tenido que lidiar desde tiempo inmemorial, con contextos explicativos que incluyen causas económicas, políticas, socio culturales, inequidades, la negación y discriminación del diferente, la exclusión social, la intolerancia y la impunidad. Sin embargo, desde el poder y los medios de comunicación masiva se viene insistiendo sin fundamentos que la violencia es atribuible a factores biológicos y genéticos de las personas, lo cual es una falacia cuyo único objetivo es ocultar su determinación social y generar una industria de pruebas genéticas que sólo sirve a los inversores de capital.

Por otra parte, varios países de América Latina fueron sometidos en su pasado recién-

te a regímenes dictatoriales y terrorismo de Estado al servicio de las clases dominantes, que cometieron violaciones flagrantes a los derechos humanos, con desapariciones forzadas, genocidios y apropiación de niños de disidentes, con el objetivo de asegurar el neoliberalismo económico y la destrucción de las economías de los países. Las secuelas de estos regímenes han perdurado en el tejido social y han tenido repercusiones serias sobre la salud. En este congreso tuvimos el honor de escuchar a Saúl Franco, uno de los miembros fundadores de ALAMES y Comisionado de la Verdad de Colombia, mostrando con profunda humanidad y humildad lo que se puede lograr cuando la bioética y la medicina social unen sus fuerzas por la memoria, la verdad y la justicia.

El énfasis excesivo en los determinantes genéticos de enfermedad no tiene justificación científica ni bioética y es una traba para el derecho a la salud. En los últimos tiempos, y en gran medida por el desarrollo de la tecnociencia y los intereses económicos, estamos sujetos a la noción de que las principales causas de las desviaciones de la salud se encuentran en la biología de los individuos. Los genes han adquirido una fama inmerecida por sobre los procesos vitales postgenómicos fundamentales en la regulación del metabolismo sociedad-naturaleza y la interacción del ser humano con el medio ambiente. Fenotipos diversos, incluyendo trastornos mentales y conductas normales como solidaridad, agresividad o inventiva, son ahora blanco de investigaciones absurdas para encontrar genes responsables, en lugar de investigar su determinación social.

Pocas concepciones han hecho más daño a la ciencia y a la sociedad que el reduccionismo y el determinismo genético, que son ideologías reaccionarias y pseudo-científicas que sostienen que la explicación de los fenómenos humanos puede reducirse a los efectos de los genes, relegando al contexto ambiental y social a un papel secundario. Al reducir el ser humano a los efectos de los 25.000 genes que componen nuestro genoma, el reduccionismo y el determinismo se olvidan que la esencia de la persona es bio-

psico-social y que la principal determinación de las enfermedades y la conducta se encuentra en las variaciones del medio ambiente, más que en las variaciones genéticas de las personas. El reduccionismo y el determinismo pretenden desconectar a las personas y a las enfermedades del contexto social, desinteresándose del estudio de la interacción genético-ambiental, fundamental en el metabolismo sociedad-naturaleza.

Obviamente no se puede negar que el genoma influye en todas las características humanas, y que las tecnologías basadas en la genómica pueden ser de gran ayuda en el diagnóstico de trastornos genéticos y con potencial en terapia génica. Sin embargo, al igual que con cualquier tecnología, su validez y su ética en la salud colectiva y el bienestar de las personas depende 1) de quién la desarrolla (sector público o privado con fines de lucro), 2) de quién se apropia de la tecnología (abuso de patentes!), 3) de para qué se usa y con qué validez, riesgos y beneficios y 4) de si se respetan los derechos humanos y la naturaleza. Por cierto no hay falacia mayor que plantear que los genes priman por sobre la determinación social en la salud, lo que lleva a entronizar la concepción falaz del "ADN TODOPODEROSO" derivando en biologización, genetización y medicalización de los trastornos de la salud, incluyendo la salud mental, así como en discriminación, estigmatización, inequidades y distorsiones en la prevención y tratamiento de las enfermedades, para beneficio de la industria farmacéutica. Sin embargo los exégetas del reduccionismo y determinismo no tienen en cuenta dos hechos incontrovertibles: 1) que la expresión del genoma es influenciada por el medio ambiente por mecanismos epigenéticos, por lo que un mismo genoma puede expresarse con diferentes fenotipos, dependiendo del medio ambiente en el que está inmerso; y 2) que todas las características humanas, incluso aquéllas supuestamente deseables como la inteligencia, la resistencia a las infecciones y la fuerza muscular, no sólo no garantizan salud, bienestar y felicidad, sino que dependen mucho más de la determinación social y ambiental que del genoma.

La fascinación actual por las nuevas tecnologías está llevando a postular acríticamente a los genes como los responsables principales de las enfermedades y de la variación en los rasgos humanos en general. Al hacer esto, el reduccionismo y el determinismo genético transforman a las personas sanas en “futuros enfermos”, mientras las personas enfermas pasan, de ser víctimas, a ser culpables por su constitución genética, absolviendo de responsabilidad al sistema social y económico que produce las agresiones ambientales y sociales que sufren las personas.

En conclusión, estas posturas alimentan un imaginario social destinado a desviar la atención sobre la determinación social del proceso salud- enfermedad-atención y

constituyen una vulneración grave de los derechos humanos, y particularmente de los derechos a la salud y a la identidad. Estas corrientes, lamentablemente hegemónicas, están financiadas por el complejo médico-industrial-financiero y son las que promueven enfoques engañosos como la “medicina individualizada” y la “medicina de precisión”, que inundan los medios de comunicación y las revistas médicas y científicas.

Concluyo este panorama necesariamente incompleto por falta de tiempo, con una de mis citas preferidas: “Un genoma es tan bueno como el medio ambiente en el que está inmerso”.

Muchas gracias por su atención.



Diálogo con Lúgia Bahia, una referente de la salud colectiva en el Brasil

“LA POBLACIÓN BRASILEÑA RECONOCIÓ LA IMPORTANCIA DE UN SISTEMA PÚBLICO Y GRATUITO”

Por: María José Luzuriaga

La brasileña experta en sistemas de salud, analiza las políticas y acciones sanitarias implementadas en el país hermano durante y después del gobierno de Jair Bolsonaro, y plantea que el desafío de la gestión del presidente Lula da Silva es revalorizar el rol del Ministerio de Salud.

No resulta novedoso señalar que en Argentina se registra un avance significativo de propuestas políticas cada vez más radicalizadas hacia la derecha y la ultra derecha. En materia sanitaria, entre los aspectos más destacados y difundidos que contienen las plataformas de los partidos políticos de esa orientación ideológica, se encuentran las propuestas de privatización de los sistemas de salud.

Al respecto, y si bien en nuestro país está muy presente aún el antecedente del gobierno de Mauricio Macri, resulta oportuno revisar la experiencia reciente en el vecino Brasil, que en medio de la pandemia de Covid-19 sufrió un elocuente retiro del Estado por decisión del entonces presidente Jair Bolsonaro. Y una palabra autorizada para evaluar esos efectos, que además de provocar gravísimas consecuencias sobre la población brasileña también condiciona la actual gestión de Luiz Inacio “Lula” da Silva, es la de la sanitarista **Ligia Bahía**.

Doctora en Salud Pública de la Universidad Federal de Río de Janeiro, docente e investigadora con activa participación en la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) y miembro del directorio de la Asociación Brasileña para el Progreso de la Ciencia (SBPC), en diálogo con “**Una Salud**” Bahía analiza las consecuencias de la minimización del impacto de la pandemia por parte de Bolsonaro, valora el aporte de los y las trabajadoras y del sector científico y universitario para superar la crisis y postula realizar análisis situados de los abordajes de la pandemia

en la región, sin ceñirse a modelos “calcados de Europa o Asia”.

-¿Cómo podría describir las consecuencias más graves del avance de la privatización en el campo de la salud a partir del golpe parlamentario en 2016 y luego bajo el gobierno de extrema derecha de Jair Bolsonaro?

- En Brasil el golpe parlamentario de 2016 tuvo consecuencias graves para la salud pública. El vicepresidente que asumió el gobierno nombró como ministro de Salud al diputado federal Ricardo Barros, que era un claro defensor de la privatización. Sus declaraciones, tales como “un sistema de salud para todos es un sueño y sus defensores son ideólogos”, o “una persona que cuenta con un plan privado de salud está contribuyendo para el financiamiento de la salud en Brasil”, eran declaraciones similares a las de los lobbies empresariales.

La victoria de Bolsonaro en las urnas, un militar de extrema derecha, fue acompañada por una intensa inestabilidad en la gestión de la salud. Al inicio de su mandato fue nombrado para la cartera de Salud un médico que se destacó como feroz adversario de Mais Médicos, un programa que ubicó médicos cubanos en el interior del país y en zonas de riesgo de las periferias urbanas. Durante la pandemia, el entonces ministro de Salud Henrique Mandetta intentó seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y tuvo que presentar la renuncia por estar en desacuerdo con el núcleo duro del gobierno que minimizaba la gravedad de

la Covid-19.

La salida del ministerio de un equipo considerado conservador fue seguida por la desastrosa ocupación militar de la cartera de Salud durante los peores momentos de la tragedia sanitaria. No se podría afirmar que la militarización favoreció directamente a los grandes grupos empresariales del sector en el país. Sin embargo, es posible observar que los procesos de desreglamentación y financiarización avanzaron en medio de un contexto de completa ausencia de coordinación de políticas y acciones de salud pública.

- Ante la falta de políticas públicas del gobierno federal, ¿qué acciones y qué actores fueron relevantes para dar respuesta a las demandas de salud durante la pandemia?

- Los gobiernos estatales, municipales y movimientos sociales resistieron a las orientaciones equivocadas del gobierno federal. El gobernador de San Pablo, un opositor tradicional de Lula, tuvo un papel relevante para garantizar la vacunación y enfrentar la adopción de la hidroxicloroquina como medicamento para la prevención y tratamiento de la Covid-19. En las favelas se organizaron para la distribución de alimentos, pasando por la improvisación para espacios de aislamiento de personas sintomáticas hasta la realización de clases de refuerzo para chicos y chicas que estuvieron mucho tiempo sin escuela. Otra experiencia que integra un amplio repertorio de gestos y movimientos para proteger las vidas fue la de los pueblos indígenas que se autoaislaron. Sin embargo, adherir o no al lema "Brasil no puede parar" del ex presidente Bolsonaro no se consolidó como una elección disponible para quien estaba frente a las opciones de pasar hambre o contraer Covid-19. Una parte significativa de los/as trabajadores/as informales continuó circulando en transportes colectivos

atestados para garantizar su propia subsistencia y la de su familia.

- En cuanto a los avances y retrocesos vinculados a políticas de ampliación de derechos y de mayor participación del Estado en el financiamiento, organización y coordinación del sistema de salud, así como en la participación de los diversos actores y organización del sector, ¿qué aspectos considera que han tenido mayor incidencia en Brasil?

- Por un lado, el Sistema Único de Salud (SUS) salió como héroe de la pandemia, y por otro, muy fragilizado. La población brasileña, así como en otros países, reconoció la dedicación de los y las profesionales de la salud y la importancia de un sistema público y gratuito. Sin embargo, la ausencia de coordinación nacional sumado al atraso y a la corrupción en la adquisición de insumos tales como ventiladores, tests y vacunas derivó en un mal uso de los recursos financieros adicionales del presupuesto para Salud. El mayor protagonismo de las instancias subnacionales fue acompañado por cambios en las relaciones entre el Congreso Nacional y el Poder Ejecutivo. Legisladores y legisladoras, cuya mayoría se ubica en el espectro de derecha y extrema derecha, pasaron a disponer de más recursos financieros para proyectos en sus regiones.

Entre los principales avances se encuentran la preservación de la capacidad instalada en investigación y producción de vacunas, con la Fundación Oswaldo Cruz, el Instituto Butantan y universidades públicas manteniéndose en el frente defendiendo las mejores experiencias y evidencias científicas. El nombramiento de Nísia Trindade Lima, la ex presidenta de la Fundación Oswaldo Cruz como ministra de Salud en el actual gobierno de Lula, expresa la aprobación del esfuerzo de las instituciones científicas.



- ¿Qué rol juegan los trabajadores de la salud en los procesos de privatización del sistema de salud y viceversa, es decir, en la resistencia o el avance hacia reformas progresivas o de cara a la transformación hacia sistemas nacionales de salud?

- Los/as trabajadores/as de la salud tienen un posicionamiento ambiguo en relación con el SUS. Así como dicen y escriben que lo apoyan en actos públicos y plataformas, también apoyan activamente la asociación de sus afiliados/as a planes privados de salud. Las declaraciones retóricas son insuficientes para dejar de estimular el acceso a esquemas asistenciales privados. En la práctica se observa una convergencia paradójica entre la izquierda y la derecha en torno al ideario de un SUS solo para pobres, para los miserables. Como los/as trabajadores/as de la salud se clasifican en un estrato social superior al de la mayoría de la población, se vuelve casi “natural” ser favorable al SUS. Pero no para sí o para su familia, un SUS que es importante como empleador, pero no como red de acciones y cuidados asistenciales.

- ¿Considera que hay aprendizajes

para el campo de la salud pública a ser tenidos en cuenta en otros países de la región a partir de la experiencia vivida por la sociedad brasilera bajo el gobierno de Bolsonaro?

Considero que sería muy relevante y oportuno un debate sobre las respuestas a la pandemia por parte de los países de América Latina. Perú y Brasil, países con gobiernos de coaliciones políticas distintas, durante el intervalo temporal importante de la pandemia, están entre aquellos países con mayor exceso de muertes. O sea, modelos causales lineales “derecha-muertes por covid-19”, que también han sido utilizados por investigadores/as de Estados Unidos para explicar las muertes durante el gobierno de Donald Trump, requieren adecuaciones a las realidades de nuestros países. Miseria, diversidad geográfica, viviendas con espacios reducidos y con familias multigeneracionales, dificultades para conseguir insumos y equipamiento para la red asistencial, falta de capacidad para la producción de tests, entre otros aspectos, son dificultades contextuales comunes a los países de nuestra región. Por lo tanto, las estrategias de contención de diseminación de la pandemia necesariamente deberían ser adaptadas a las realidades objetivas de

vida de las poblaciones. Las iniciativas no consideraron, por ejemplo, el trabajo informal, la escasez del agua, la necesidad de provisión de alimentos y lugares adecuados para el aislamiento de casos sintomáticos leves y asintomáticos positivos.

- ¿Qué acciones considera prioritarias para pensar una agenda de debate que permita resistir y avanzar hacia políticas redistributivas y específicamente, aquellas que reduzcan las desigualdades de acceso y uso del sistema de salud?

- El principal desafío a ocho meses del inicio del gobierno de Lula es la reorganización de las capacidades de coordinación del ministerio de Salud. Una agenda extremadamente modesta pero prioritaria. Tal vez sea reorganizar y fortalecer, buscar los medios para evitar que las instituciones públicas de salud adquieran mayor robustez técnica frente a los ciclos político-partidarios. En relación con las políticas efectivamente redistributivas, ciertamente los obstáculos son estructurales, seguimos orientados por los parámetros del ajuste fiscal. No hay ninguna señal objetiva de aumento significativo de los recursos para políticas sociales universales. La expectativa es unir esfuerzos para reducir la desfragmentación de las políticas para por lo menos obtener una asignación de recursos más eficiente y eficaz. Demostrar que puede funcionar volvió a ser una tarea imprescindible frente al escepticismo.

PERFIL

Lígia Bahía es médica, doctora en Salud Pública por la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (Ensp/FIOCRUZ) y profesora asociada de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ). Coordina el Grupo de Pesquisas e Documentação sobre Empresariamento na Saúde (Gpdes).

Sus principales temas de investigación son los sistemas de protección social, el mercado de planes y seguros de salud y las relaciones público/privadas en el sistema de salud brasileño.

Licenciada en sociología por la UBA (2005), también es magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la UNLa (2012) y doctora en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Río de Janeiro (2016). En el ámbito académico argentino, es docente/investigadora de la UNLa/Programa Repatriación de investigadores PIDRI-PRH, docente de la Especialización de Salud Pública de la UBA y de la Especialización en Genética, Derechos Humanos y Sociedad de la UNTREF.

Además se desempeña como coordinadora académica de la Diplomatura en Economía Política de la Salud (UNGS-Fundación Soberanía Sanitaria), e integra la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud (RAIIS).



EL ESTUDIO DEL TRABAJO ENFERMERO: HALLAZGOS Y DECISIONES



Por María Alejandra Chervo

Docente investigadora UNR. Licenciada en Enfermería. Especialista en Metodología de la Investigación. Magister en Administración de Servicios de Enfermería.

Introducción

La articulación entre la enseñanza superior y el mundo del trabajo ha suscitado una serie de debates que van desde cuál es la relevancia de la primera y qué innovaciones se pretenden en el segundo. En el caso de la Licenciatura en Enfermería, se trata de una carrera del campo de la salud cuya "entrada" en la universidad se da en la década del '60 en la Argentina. Por lo tanto, los problemas de la necesidad, la cantidad y distribución que obligan a mirar todo el campo de los "Recursos Humanos" estuvieron presentes desde el inicio.

Pero, además, el grupo de mujeres fundadoras de las primeras cuatro escuelas universitarias del país (Tucumán, Córdoba, Rosario y Buenos Aires) tenían claro que era necesario que esos graduados promovieran impactos y cambios en la atención.

Hoy el cumplimiento de ese mandato original no se corrobora y el número de este grupo profesional es apenas el 16% del total del personal de Enfermería en el país. La lucha por el aumento de graduados continúa siendo una consigna de las instituciones formadoras, pero también la conciencia de que esto no será posible si las condiciones materiales de desarrollo profesional son adversas y si la cultura académica no se adentra en esa realidad para pensar y problematizar la práctica profesional desde ahí.

Para lograr los objetivos de formación que requiere el sector salud, es indispensable complejizar la mirada, incorporando para su estudio aspectos de la sociología de las profesiones, tanto en los niveles objetivos como simbólicos, triangulando métodos y fuentes de investiga-

ción, para lograr mejores aproximaciones que permitan pensar pautas para el desarrollo de la Enfermería.

De cómo comenzó la inquietud por el tema del trabajo

La preocupación por el mundo del trabajo enfermero fue un punto de llegada. En 2007 se inició una investigación (Micozzi, Chervo, Martínez Salomón, & Godoy, 2010) que tenía como objetivo caracterizar al ingresante a la carrera Licenciatura en Enfermería. El supuesto principal era que éste era "diferente" al estudiante promedio de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). En este sentido el trabajo de Moscoloni (Moscolini & Calvo; 2007) revelaba que "el estudiante promedio de la UNR tiene 20 años, no trabaja, y sus padres tienen estudios secundarios completos".

Como resultado del citado estudio de 2007-2009, pudo decirse que en cuanto a las características del estudiante de enfermería:

"se trata de mujeres, solteras, de treinta años, de nacionalidad argentina, que trabaja entre 20 y 25 horas semanales, en la rama de servicios, en la categoría ocupacional de empleada, que cursó sus estudios secundarios en colegios públicos (provinciales o municipales), y cuyos padres alcanzaron la escolaridad primaria".

La condición de ser estudiante **trabajador/trabajadora** (sólo el 24.48% no trabaja) y la **escolaridad primaria de los padres y las madres** (56.41% es el porcentaje acumulado de padres/madres sin estudio, con primario incompleto y completo) son las características más importantes y que más lo/la alejan del estudiante "tipo" de la Universidad Nacional de Rosario.

A partir de estas características tan distintivas se inició una línea de trabajo que se propuso indagar la relación entre universidad y trabajo en estudiantes de esta carrera.

Una segunda investigación profundizó la relación estudio-trabajo (Simonetti, Chervo, Ferronato, & Martínez Salomón, 2011) en estudiantes del primero y segundo ciclo¹. El supuesto más importante del estudio de esta relación, es que se trata de un fenómeno que se va conformando a lo largo de la carrera universitaria. El trabajo no es necesariamente el “resultado” de la formación.

Los datos que se obtuvieron en ese segundo estudio permitieron discriminar mejor los grupos pertenecientes al primer ciclo y al segundo. En cuanto a las variables socio demográficas fueron consistentes con los datos anteriores, con excepción del número de hijos (dato que no había sido explorado en la investigación anterior), y que puso de manifiesto que el **40% de los estudiantes tiene hijos**. Estos guarismos son superiores a los hallados en las investigaciones anteriores en donde este valor máximo alcanzado es de 9,4%.²

Por ejemplo, supimos que entre **los estudiantes del primer ciclo que trabajan (82%)**, en su mayoría lo hacen como “empleados”, fundamentalmente en el **área de servicios**. En el 39% de los casos el único ingreso monetario es el de su salario. En cambio, entre los estudiantes de segundo ciclo, el **94% trabajan**, casi la totalidad **lo hace como enfermero**, y el ingreso monetario está constituido por el “salario propio” en el 84% de los casos.

Otro indicador de esta relación entre estudio y trabajo fueron las horas de estudio y de clases semanales. Se halló una media de **18 horas semanales** de estudio (incluyendo el tiempo en el

que se asiste a clase). Esta información también pone en evidencia la **escasa disponibilidad de horas que los estudiantes tienen para sus estudios universitarios**. Los estudiantes calificaron esta situación (la de trabajar) como “inconveniente” en el 57% de los casos. Sin embargo, cuando se les preguntó acerca de la utilidad del trabajo actual para el futuro desempeño, los estudiantes que trabajaban consideraron que les sería útil en un 49,6%.

Al incursionar acerca de la visión prospectiva de la vida laboral, los encuestados percibían medianamente fácil el acceso a la vida profesional ocupacional; esperaban buscar y obtener trabajos en el ámbito de lo público, opinión que abona a las representaciones acerca de que en las instituciones públicas el trabajo es mejor remunerado y se encuentra más organizado³

En cuanto a la opinión de los estudiantes respecto del ajuste de las ocupaciones a las que acceden los graduados de la carrera son altas en cuanto a posibilidades de formación y aprendizaje en el trabajo y pesimistas en cuanto a nivel de ingreso y posibilidades de promoción (se le preguntaba si iba a cambiar de trabajo o ascender luego de la obtención del título).

Otro dato interesante que señaló aquel estudio fue que al interrogarlos sobre cómo son evaluados o percibidos los recientes graduados universitarios de su carrera en el mercado laboral, los estudiantes consideraron que son percibidos como que tienen flexibilidad y creatividad (63,7%); se los subemplea (62,8%), se perciben dificultades para el trabajo en equipo (62,2%), se reclama mayor rigurosidad (60,9%) y se desconfía de la continuidad en los trabajos (60%).

Cuando a los estudiantes se les preguntaba acerca de si piensan realizar estudios de postgrado el 50 % dice que sí, el 37,6% no lo sabe y el 11,7% dice que no por el momento.

Ese estudio tuvo una segunda fase cualitativa, en el que se trabajó con grupos focales, y cuyo propósito tenía que ver con “llenar algunas lagunas” o inconsistencias y contradicciones que se habían señalado durante la primera fase.

Por ejemplo, al trabajar la dimensión “historia ocupacional”, se vio que había estudiantes en

¹ El primer ciclo tiene tres años, y al finalizarse se obtiene el título de Enfermero. El segundo ciclo está constituido por el cuarto y quinto año de la carrera, luego de los cuales se obtiene el título de grado de Licenciado/Licenciada en Enfermería.

² Esta investigación se realizó reformulando un instrumento que Graciela Riquelme había aplicado en el año 1997 en la Universidad de Buenos Aires (Riquelme, G., 2003) donde el valor de este indicador era irrelevante; y que en 2005 volvió a aplicar en un estudio comparativo entre las Universidades de Mar del Plata y de Misiones donde los porcentajes del número de estudiantes de enfermería con hijos fueron de 4,2 y 9,4 respectivamente. (Riquelme, G., 2008)

³ Esto era claramente así. Ha habido desde la pandemia un deterioro en las condiciones laborales y específicamente en las salariales. Sin embargo, los convenios colectivos que los rigen y la organización laboral en general son más beneficiosos en los efectores públicos.

los que la condición de trabajador/trabajadora era anterior a la de estudiante, ya sea por la edad en la que la comienzan o porque tenían otra profesión (policía, técnica de laboratorio, informático). En ellos/ellas se veía que la preocupación en cuanto a la articulación estudio-trabajo, giraba en torno a cómo “acomodar” las horas de “cursado” a las del trabajo. Se destacaban “las facilidades otorgadas por las cátedras para tal fin”.

En el caso de los que se convirtieron en trabajadores siendo estudiantes, la mayoría a partir del segundo año, **la mitad lo hicieron en el área salud.** La forma de acceso tenía que ver con el “boca a boca” a partir de algún conocido (otro compañero que trabaja en el servicio) donde ofrecían sus servicios para el cuidado de “enfermos internados y/o en sus casas”. Los que trabajaban en servicios de salud, lo hacían en efectores “privados” en carácter de “contratados”, “becarios” o “ayudantes”. En muchos casos hacían el mismo trabajo que el enfermero. Los empleadores les exigían recibirse en un determinado tiempo, les reconocían el presentismo al cual le permitían acceder “facilitándole las condiciones (horarios) de cursado” y “compensándolos los fines de semana”. Todos los participantes aspiraban a acceder a un trabajo estable, público, preferentemente en servicios municipales.

La profundización del estudio sobre la condición de trabajador del estudiante de enfermería mostró un mercado “pre-profesional” conformado por el sector privado que “contrata” personal de enfermería (estudiantes) en condiciones de precarización laboral. Estos empleadores se presentan como “facilitadores” de la continuidad de los estudios (aunque en algunos casos trabajen hasta 45 horas semanales)⁴.

Los resultados de estas dos investigaciones

4 Esta información resultó decisiva al momento de determinar las correlatividades en el plan de estudios que se formuló en 2014. El cambio curricular resultó en la Escuela de Enfermería de Rosario de un largo proceso, en el que uno de los ejes que se reformuló fue el de los contenidos procedimentales, para los que finalmente se acordaron “talleres” como espacios para que el estudiante aprehendiera (con h y sin ella) esa serie de procedimientos, técnicas y habilidades propios del saber enfermero. La condición de que no puedan cursarse estos talleres sin las asignaturas profesionales, surgió del riesgo de terminar formando auxiliares de enfermería para el sector privado.

advirtieron acerca de la definición clara del **tipo de población que constituye nuestro alumnado;** así como las bajas expectativas en cuanto a empleo y salario.

Estas dos “evidencias” conectan con cuestiones teóricas que tienen que ver con la segmentación (Riquelme, Sasser, & Herger, 2019). El concepto de “segmentación profesional”, muy utilizado por Riquelme (Riquelme, Pacenza, & Herger, 2008), hace referencia al proceso que subdivide un grupo (mercado, grupo profesional) homogéneo en segmentos claramente identificables. La idea central de los enfoques que utilizan el concepto, es que el mercado de trabajo está formado por varios segmentos, con mecanismos de determinación salarial y de asignación de valores o características (prestigio, posición) diferentes entre sí y que, a la vez constituyen barreras a la movilidad.

Los datos en enfermería muestran que hay una segmentación profesional de tipo socioeconómica y que tiene que ver con que sus aspirantes pertenecen en su mayoría a un “segmento socio económico” bajo. Si bien los datos personales y las características socio económicas de los padres (indagados en el estudio sobre perfil del estudiante) son indicadores indirectos de la de los estudiantes, estas características materiales definirían –también de manera indirecta y producto de una trama compleja– un universo simbólico en el que, entre otras cosas, resultaría “aceptable” la inserción laboral en condiciones precarias.

Este podría explicar también en parte, las condiciones de flexibilidad laboral a las que están sometidos como “estudiantes-trabajadores” y el tipo de aspiraciones que tienen (la aspiración mayor es la “estabilidad”, pocos esperan mejorar el salario, cambiar de trabajo o ascender).

Esta pensión laboral de los estudiantes en el área parece estar relacionada con la estructuración y composición interna del campo laboral, a la vez que lo refuerza.

La hipótesis acerca de que estudiantes precarizados laboralmente naturalizan de tal modo esta situación que generan bajas expectativas como trabajadores incentivó otra investigación, cuyo objeto de estudio lo constituyó las características del empleo (Chervo, y otros, 2013). Era necesario echar

Riz sobre las percepciones de los estudiantes que se nutren del imaginario, pero también de la práctica y de los saberes experienciales que los propios estudiantes tienen por su condición de trabajadores enfermeros.

Estudio del mercado de trabajo enfermero en Rosario

Este tercer estudio (los datos se recolectaron entre 2014 y 2016) que, como se dijo, tenía por objetivo indagar las características del empleo, las trayectorias educativas y las expectativas de desarrollo profesional, resultó en una primera aproximación bastante exhaustivo al campo del mercado de trabajo enfermero en Rosario. Si bien el n fue de 101, las conclusiones obtenidas fueron afirmándose con estudios posteriores ((Micozzi T., Chervo, Jaime, & Salinas, 2015)(Chervo, y otros, 2019) (Bacolla & Chervo, 2023)

Algunas de ellas fueron:

- La misma fragmentación y heterogeneidad que caracteriza el sistema de salud argentino, se refleja en las características del empleo de los trabajadores enfermeros, que están sometidos, de acuerdo a la pertenencia del subsector a regímenes de contratación diferentes⁵

- El Colegio aparece como una fuente confiable de información de todos los profesionales enfermeros que están **trabajando en el momento que se pide la información**,⁶ ya que la matrícula es obligatoria para el ejercicio de la profesión. (La ley 10819 de la provincia de Santa Fe que creó el Colegio en 1992, así lo establece).

- Los/las encuestados/encuestadas mostraban que todos eran profesionales (relación 70 enfermeros/enfermeras, 30 licenciados/licenciadas), con deseos de seguir estudiando. (En una presentación realizada en 2022

⁵ En Rosario los efectores públicos son 160 mientras los privados son 315, habiendo entre estos últimos un mayor número de los que tienen especialidades que se relacionan con el adulto mayor, la salud mental e institutos de cirugías ambulatorias.

⁶ Los resultados obtenidos mostraron que hasta 2014, en el Colegio había matriculados 6578 profesionales (los datos se refieren al Departamento Rosario, no sólo a la ciudad) de los cuales el 12,6% eran Licenciados, el 66,8 Enfermeros y el 20,6 restante tenían título de Enfermero reconocido por la Provincia (con modalidades de formación diferentes). Los auxiliares de Enfermería constituían el 38% del personal de Enfermería (4043).

(Chervo, Viña, Iguri, Santiago, & Kajganich, 2022), para la que se relevaron 754 trabajadores, los auxiliares de enfermería representaban el 1,95%. Los y las licenciadas constituían el 16% y los y las enfermeras el 82%. Esta es la composición interna de este grupo profesional en Rosario. Prácticamente no hay auxiliares de enfermería y el promedio de licenciados y licenciadas coinciden con los guarismos nacionales. El número relativo aumenta en el subsector público municipal).

- Existe un alto grado de colegiación, pero la participación sólo pasa por mantener la cuota al día en el 82% de los casos. Lo mismo ocurre con la participación en la Asociación de Enfermería y en el gremio, aunque los porcentajes disminuyen a 10 y 28% respectivamente.

- En el “trabajo actual”, que considera el “primer trabajo”, el 77% tiene cargo (remunerado) de Enfermero Asistencial y prácticamente coincide con la función que cumple (73%). El resto son cargos con jerarquía administrativa.

- La característica de pertenencia a “Planta permanente” (72%) coincide con otras características de estabilidad laboral: el 87% expresa que le pagan la jubilación y en cuanto a la obra social, el número de los trabajadores que dicen que su empleador lo paga es 67%.

- Estos **dos indicadores, que el empleador pague la obra social y el aporte jubilatorio son válidos y sensibles** para caracterizar el empleo. Tanto es así que vienen siendo los dos elementos de “negociación gremial” para los trabajadores monotributistas que, en el estudio de 2021, representaban el 45% (por efecto de la pandemia).

- En cuanto al sueldo de bolsillo en este primer empleo (hay 16 datos perdidos) se analizó agrupando los datos en tres segmentos, el primero en un sueldo y medio del Mínimo Vital y Móvil (MVM)⁷; el segundo entre uno y medio y tres y el tercero más de tres. Si bien la mayoría (72%) se ubica en el grupo del medio, el cuadro siguiente muestra que el 42% de ese total se ubica en el tercio menor (entre 12 y 16000\$)

- El 87% trabaja 30 Hs. semanales en turnos de 6 hs. diarias. El 13% restante trabaja has-

⁷ En el momento de recolección de datos, el SMV era de \$ 5400

ta 40 hs. En cuanto al período de trabajo, el 51,5% trabaja en turno rotativo y casi el 33% de lunes a viernes en horario fijo. Casi el 38% manifiesta que trabaja horas extras en este empleo.

- Otro 30% declara un segundo trabajo como trabajo actual (29 trabajadores), de los cuales 17 son enfermeros asistenciales, dos supervisores y los otros diez son docentes en Instituciones educativas.

- Casi el 25% nunca cambió de empleo, el resto lo hizo hasta más de seis veces. Al preguntársele cuánto tiempo estuvo sin trabajar en Enfermería, el 95% contesta "Nunca".

La investigación sobre Graduados de Licenciados en Enfermería de la UNR (Micozzi T., Chervo, Jaime, & Salinas, 2015), arrojó datos referidos a los lugares de trabajo muy consistentes con los presentados:

"El 62% trabaja en servicios, el 7% en educación, y el 9,5% en el área de administración, el 21 % señala "Otras" pero cuando se le pregunta cuáles, se describen actividades propias de APS. Casi el 87% trabaja en relación de dependencia. Sólo el 5% trabaja como profesional liberal. La categoría inicial fue cambiada en el 23,3% de los casos (hacia "coordinador" o "jefe"). De los encuestados, el 74% tiene un salario superior a dos salarios mínimos, pero de ellos el 48,8% trabaja entre 30 y 45 horas semanales y el 11,6% lo hace más de 45 horas semanales. El 23,3 % tiene doble empleo y en el 90% lo hace en su profesión. El 97,7% tuvo otro trabajo, siendo la razón "mejores ofertas de trabajo" la causa más alta (27%) del cambio del mismo. En el 81% de los casos la categoría ocupacional mejoró, disminuyendo la carga horaria en el 38 % y quedando igual en el 31%."

Algunas notas metodológicas para estudiar el trabajo enfermero

Las características del mundo del trabajo (principalmente lo referido al empleo) enfermero, arroja datos firmes respecto de la profesión que a la vez orientan futuras indagaciones.

Dentro de los datos "sociodemográficos", aunque se trata de una profesión feminizada, el **sexo** continúa siendo una variable ineludible. Abramzón, en su estudio sobre recursos

humanos de 2004, llamaba la atención acerca de que la masculinización era indirectamente proporcional al desarrollo de los sistemas de salud (Abramzón, 2005). El **número de hijos** es un indicador mucho más interesante y descriptivo que el estado civil.

El **nivel de formación** es un indicador que describe las situaciones locales. Como se mostró en el punto anterior, en el caso de Rosario el número de Licenciados de Rosario es en promedio de 16% (hay lugares que llegan al 30), coincidiendo con el promedio nacional, pero no hay auxiliares de enfermería y el personal técnico llega al 82%, mientras que el promedio nacional es de 52%. Este dato describe configuraciones locales bien diferentes.

Dado que se trata de una profesión con una baja densidad **gremial** y de participación en la **vida asociativa**, es muy importante al recolectar ese dato, discriminar de **qué tipo de participación** se trata (está afiliado/afiliada, participa de reuniones, vota, fue miembro), ya que un valor dicotómico, llevaría a errores interpretativos.

En cuanto al trabajo, es muy importante inducir al entrevistado a que ubique el "principal". Identificar la **dependencia**, el **cargo**, la **función** (asistencial, gestión, docencia o investigación), el **sueldo**, el **número de horas semanales** que trabaja, los **turnos** (turno fijo, turno rotativo, de lunes a viernes en horario fijo, de lunes a viernes en horario rotativo, fines de semana u horario flexible), si hace **horas extras** en ese trabajo, en qué **condición de contratación** está (planta permanente, emergencia, contrato o monotributista), si su **empleador paga su obra social** y su **aporte jubilatorio**; brinda una información tan relevante que puede ser que se opte por sólo preguntar si tiene un segundo o tercer trabajo y si es en enfermería, sin detallar la misma batería de sub preguntas.

El "modo" del salario es de dos sueldos mínimos y alrededor del 30% tiene doble empleo, pero otro 30% hace horas extras en el trabajo principal. Es necesario poder registrar el deterioro de las condiciones laborales producto de la pandemia.

En todos los instrumentos aplicados y descriptos en este artículo hay un grupo de preguntas que exploran además aspectos que tienen que ver con las **expectativas respecto**



del trabajo, así como de sus **propias capacidades** para hacer frente a los requerimientos laborales.

En cuanto a los resultados hay algunos muy claros y otros muy contradictorios que requieren su estudio y profundización.

Últimas notas acerca del rol del Licenciado/ la Licenciada en Enfermería

Llegados a este punto era imperioso hacerse la pregunta acerca de esa articulación entre la formación universitaria y el trabajo: dónde se arraigan estos pareceres, percepciones, opiniones tan contradictorias. La pregunta que intentó contestar la siguiente investigación (Chervo, y otros, 2019), era cuáles son concretamente las demandas de formación profesional para este grupo desde la perspectiva de los mandos medios de las instituciones de salud (jefes de departamento, coordinadores) como de los propios y las propias egresados/ egresadas.⁸

Cuando se les pregunta qué valoran de los licenciados y las licenciadas en Enfermería, hay cierto acuerdo inicial entre los gestores en que la formación universitaria ofrece otro piso en relación al trabajo: “una autonomía distinta” a la de un nivel técnico, “*tiene herramientas que le permiten poder hacer una proyección de lo que ve y elaborar un conocimiento*”; “*es otro mundo*” (refiriéndose a una institución donde todos son licenciados); “*lo notás más cuando no se da: en X había sólo enfermeros y parecía que hablábamos otro idioma*”. “*Hay un antes y un después*” refiriéndose a cuando comenzaron a estudiar más trabajadores con el incentivo del cambio de escalafón. En el caso de APS se aprecia la capacidad de trabajo en equipo y la participación en diferentes propuestas y actividades.

Hay acuerdo también en que han habido avances en la participación de enfermería en actividades de investigación y de educación, pero en instituciones que las promueven.

En cuanto a la formación recibida en los estudios de grado, la opinión dominante es que están preparados para la función que ejercen y que no hay diferencias sustantivas respec-

⁸ Cabe aclarar que debido a la pandemia sólo fue abordado el grupo de gestores (jefes de departamento de los efectores de internación públicos, privados, de obra social y el responsable de APS de la provincia para el nodo Rosario).

to a la institución de la que provienen. Pero cuando se pregunta por la formación en servicio: *“se forman específicamente en un área de conocimiento, pero no se potencia en programas de formación (posgrado, capacitación en servicios)”*; *“una vez formados, desde efectores privados se van al sector público por condiciones laborales”*.

Si bien la mayoría de las personas que están en gestión tienen título de grado, tenerlo no garantiza que quieran hacer gestión. Esto es señalado como un problema grave por parte de quienes conducen.

Cuando se les pregunta acerca del rol asistencial, la respuesta es contundente: *“no hay diferenciación”*. Están preparados para el rol asistencial que ejercen, pero no hay capacidad de liderazgo para la gestión, aunque sería esperable. La pregunta por el rol trae la cuestión de la autonomía, de las tareas que se hacen y las que se dejaron de hacer: *“estamos delegando cosas que eran nuestras para que lo haga el médico, lo haga el kinesiólogo...”*; *“se da una fuerte discusión, porque son tantas las cosas que se ha dicho que no nos corresponden y que antes las hacíamos, entonces empieza a poner en cuestión algunas tensiones”*.

Otro elemento que los gestores marcan es su limitación para tomar decisiones de contratación, asignación de funciones o servicios por cuestiones gremiales o patronales.

La **demanda de liderazgo** en la gestión del cuidado y de los servicios hacia la formación

universitaria es destacada.

A modo de cierre

Los estudios sobre el mercado laboral, las características del empleo, las demandas laborales y profesionales interpelan al sistema formador de un modo claro. Entender esas demandas es el único modo de “adecuar” la oferta académica, pero para **transformarla**. Esta pretensión también pone en evidencia que la relación no es directa, que es necesario para este tipo de aproximaciones combinar procesos de seguimiento de graduados periódicos y similares entre las universidades (que permitan tanto mostrar las particularidades como ofrecer una base de comparación), como efectuar triangulaciones con abordajes cualitativos que puedan dar cuenta de las prácticas de los graduados y las graduadas en contextos institucionales singulares.

Como se vio hay configuraciones institucionales que permiten (o no) la puesta en valor de rasgos profesionales y por otro lado, el debate sobre la desvirtuación pone de relieve el grado de autonomía y en definitiva la cuestión del poder para constituir férreamente un campo profesional de enfermería.

Estos dos datos muestran que el estudio del campo laboral no puede ser independiente de la sociología de la profesión ni de la complejidad del campo de la salud.



Bibliografía

Abramzón, M. (2005). Argentina: recursos humanos en Salud. Washington, D. C.: OPS/OMS.

Bacolla, N., & Chervo, M. A. (2023). Trabajo y dinámicas formativas en Rosario. En K. Ramacciotti, Estudiar, cuidar y reclamar: La enfermería argentina durante la pandemia de COVID 19. Buenos Aires: Biblos.

Chervo, M. A., Curaba, S., Stival, M., Jaime, M., Viña, N., Nores, R., . . . Toranzo, J. J. (Octubre de 2022). Trayectorias laborales, formativas y miradas de los sentidos del trabajo en el primer nivel de atención de los miembros del equipo de salud: contexto de producción del trabajo enfermero. Acreditación de Proyectos cuatrienales PID-UNR 2023. Rosario: UNR.

Chervo, M. A., Muruaga, C., Curaba, S., Jaime, M., Restovich, N., & Nores, R. (2019). Desempeño profesional y formación universitaria del Licenciado en Enfermería. Acreditación de Proyectos Bienales 2019-2023. 80020180100152UR. Rosario: UNR.

Chervo, M. A., Viña, N., Iguri, M., Santiago, L., & Kaganich, C. (04 de 08 de 2022). NUEVAS CONFIGURACIONES DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA: IMPORTANCIA DE SU ESTUDIO PARA LA ENSEÑANZA. Obtenido de I Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería: https://www.youtube.com/watch?v=s_GdvnusQJA&ab_channel=MariaAlejandraChervo

Chervo, M., Pippino, M., Frutos, G., Jaime, M., Guaymas, N., & Restovich, N. (2013). CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO, TRAYECTORIA DE LOS TRABAJADORES Y EXPECTATIVAS DE DESARROLLO PROFESIONAL EN EL MERCADO LABORAL DE ENFERMERÍA. Rosario: Proyecto presentado al programa de incentivo- 1MED388 UNR.

Micozzi, T., Chervo, M. A., Martínez Salomón, N., & Gody, O. (2010). Perfil del estudiante de Licenciatura en Enfermería. Rosario: Informe Final- Programa Nacional de Incentivo- UNR.

Micozzi, T., Chervo, M., Jaime, M., & Salinas, J. (2015). GRADUADOS EN ENFERMERÍA, SU TRAYECTORIA LABORAL, DESEMPEÑO PROFESIONAL Y COMPETENCIAS. Rosario: Programa Nacional de Incentivo. IMED435.

MOSCOLONI, N. B., & CALVO, S. y. (2007). Comparación de perfiles sociales de los estudiantes universita-

rios a través de técnicas de visualización de objetos simbólicos. Revista Iberoamericana de Educación(42/6), 9.

Ramacciotti, K., Bacolla, N., Valobra, A., Cerdá, J., Reyna, C., Cammarota, A., & Rubinzal, M. (2020). La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia y la postpandemia del COVID-19 (Argentina, siglos XX y XXI). Convocatoria PISAC-COVID-19. Buenos Aires: Agencia Nacional de promoción de la investigación, el desarrollo tecnológico y la Innovación.

Riquelme, G., Sasserá, J., & Herger, N. (2019). Deuda social educativa en contextos de segmentación socio-educativa: propuesta y desarrollo de un abordaje alternativo. En <https://www.aacademica.org/1.congreso.internacional.de.ciencias.humanas/1595> (Ed.), Primer congreso internacional de Ciencias Humanas (págs. 1-11). General San Martín, Buenos Aires: Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín.

Riquelme, G. (2003). Educación superior, demandas sociales, productivas y mercado de trabajo. Buenos Aires: Ed. Miño y Dávalos.

Riquelme, G., Area, M., Benencia, R., Bordoni, N., Cammarata, E. B., Cordero, S., . . . Tacsir, E. (2009). Las universidades frente a las demandas sociales y productivas. Sinergia pedagógica en universidades argentinas: articulación de la docencia, la investigación, la extensión y la transferencia con el desarrollo de los planes de estudio. (Vol. 3). Buenos Aires: Miño y Dávila.

Riquelme, G., Area, M., Cammarata, E. B., Cordero, S., Giménez, M. C., Hidalgo, C., . . . Winokur, J. (2008). Las universidades frente a las demandas sociales y productivas. Capacidades de los grupos de docencia e investigación en la producción y circulación del conocimiento (Vol. 1). Buenos Aires: Miño y Dávila.

Riquelme, G., Pacenza, M., & Herger, N. (2008). Las universidades frente a las demandas sociales y productivas. Estudio y trabajo de estudiantes universitarios: acceso al empleo, etapas ocupacionales y expectativas sobre la vida profesional. (Vol. 2). Buenos Aires: Ed. Miño y Dávila.

Simonetti, G., Chervo, A., Ferronato, M., & Martínez Salomón, N. (2011). LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y LA INSERCIÓN EN EL MUNDO DEL. Rosario: Programa de Incentivos UNR.

Ideas desde el concepto de diseño inclusivo

APROPIACIÓN DE LA ESPACIALIDAD



Por Silvia Aurora Coria

Arquitecta, responsable del Área de Accesibilidad en Fundación Rumbos y miembro fundador de la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI).

“Los campos de la Arquitectura, el Diseño y el Urbanismo —que implican campos de profesión y de pensamiento, de hacer y de saber— resultan siempre difíciles de catalogar, de ubicar en un cuadro o taxonomía sin que resulten impropios o parcializados los lugares que se les asignan. Nuestras prácticas no se acomodan en los esquemas que simplifican y consolidan el orden vigente, o más exactamente, son esos esquemas los que resultarían desacomodados por la presencia de nuestras prácticas. (...) Analicemos las razones y el devenir de estas dificultades, empezando por aceptar el carácter precario que tiene toda clasificación, sabiendo que ella es siempre resultado de una particular manera de mirar y recortar el campo en cuestión.” (Doberti)

Caso 1. Miguel, un adulto joven, trabajaba en el microcentro. Necesitaba practicar una actividad física y decidió ir a nadar. Le encantaba nadar. La sede del club estaba conformada por dos edificios contiguos unidos mediante aberturas en la medianera. La circulación era complicada. Miguel se desorientaba, se perdía. Llegaba tarde. Hasta que se cambiaba y se preparaba para la piscina se le hacía más tarde aún. Le costaba regular tiempo y espacio. Finalmente desistió, y no fue más.

Quizás con un acompañamiento las primeras veces, descubriendo señales o pistas de por dónde ir, hubiera podido no abandonar la actividad. En los tramos más complicados del recorrido hubiera encontrado alguna clave para no desorientarse. ¿Hubiera aceptado ese acompañamiento? O si en el recorrido desde el ingreso hasta el vestuario, y luego desde allí hasta la piscina, hubiera contado con una señalización clara y continua ¿las cosas hubieran sido diferentes? Quizás. El factor tiempo terminaba de complicar todo. Pero al menos se le hubiera facilitado llegar a la piscina.

Sin duda, en recorridos complejos, laberínticos, es necesario incorporar señalizaciones. Sin embargo, éstas no aseguran que cualquiera llegue a destino. A veces es necesario un aprendizaje, una construcción de las propias pistas y para ello un apoyo. Y a veces no basta siquiera con ambas cosas.

Caso 2. En el consultorio de su psicóloga, Matías, de 5 años, inmerso en el juego que inventa, quiere tirar un bollo de papel a la basura. Solo

una puerta abierta lo separa de la cocina, donde ya estuvo en sesiones anteriores y sabe que es donde se encuentra el cesto. Sin embargo, no sabe cómo ir hasta allí; estando a muy pocos pasos se desorienta. ¿Es un problema visual? No, no tiene problemas en la vista. ¿Un problema de inteligencia? Tampoco. Aprendió a leer muy precozmente.¹

Según su psicóloga, es un problema de ordenamiento psíquico. Algo de la ley que separa a un niño de su madre no se ha inscripto en él como corresponde, reflejándose en distintos aspectos de su conducta. Según ella, se trata de una psicosis infantil. La no inscripción de esa ley, clave de la cultura humana, impide que pueda asumir con facilidad las normas, incluidas entre ellas las que ordenan simbólicamente el espacio y nos ubican en él, es decir, conceptos tales como “derecha-izquierda”, “adelante-atrás” y otros equivalentes. Años después, aún niño, se convirtió en “experto en la Guía Filcar” (de transporte en la ciudad), capaz de indicar cómo trasladarse de un punto a otro. Fue como si hubiera puesto un esfuerzo especial en superar con creces lo que en alguna época se le presentó como una dificultad.

Caso 3. “Un niño tiene cuadriparesia originada por parálisis cerebral. Sus amigos del barrio

¹ Versión resumida de “Se hace camino al andar”, presentado en un ateneo y conversatorio organizado por Fundación Rumbos sobre “Apropiación de la espacialidad” a fines de 2020. Agradezco los aportes de Elsa Coriat, Haydée Coriat, Eduardo Joly, Patricia Klin y Marila Terzaghi.

le fabrican un carrito con un cajón de madera y rulemanes. Con uno de los chicos tirando de la cuerda puede participar de correrías dando vueltas a la manzana. Desde lejos percibe el aroma y el color de las frutas de un comercio expuestas en la vereda. Pasan velozmente. Cuando pasaron, hay una manzana menos en el exhibidor. Al rato, el verdulero va enojado y sorprendido a la casa de ese niño y hace el reclamo. Pero es tan absurdo suponer que fue el chico del carrito quien hurtó la manzana, yendo a semejante velocidad, que se retira cada vez más confundido. Aunque en realidad tenía razón: había sido este chico que, con un entusiasmo tan grande por el juego, un deseo tan fuerte por esa manzana, pudo cometer la travesura dejando atrás, "olvidando" desde su propio cuerpo, por ese instante, sus dificultades motoras". (Carlson, versión libre en Coriat)

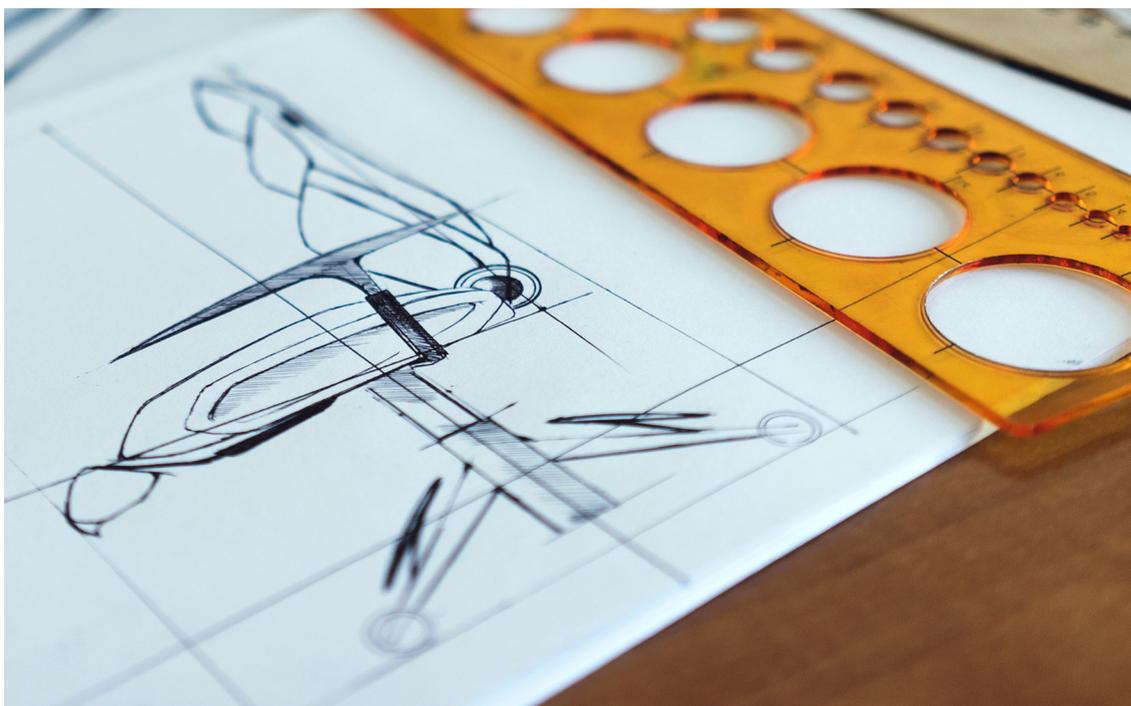
Cuerpo, movilidad, deseo ¿Qué es lo que determina, desde el sujeto, desde el cuerpo subjetivado, alcanzar un objetivo en lo físico espacial, ya sea un objeto mediante un movimiento, ya sea un lugar mediante un recorrido? En el caso del nene del carrito, *"es su deseo, su real inserción en un grupo de chicos y la expresión de esta inserción materializada en el carrito, además de otros factores como veredas despejadas y sanas, y las frutas 'a mano'.* El esquema corporal –imagen inconsciente del propio cuerpo– se construye sobre una dinámica con el desarrollo personal y con el lugar que le es asignado ocupar al niño en el entorno al cual pertenece. Entorno

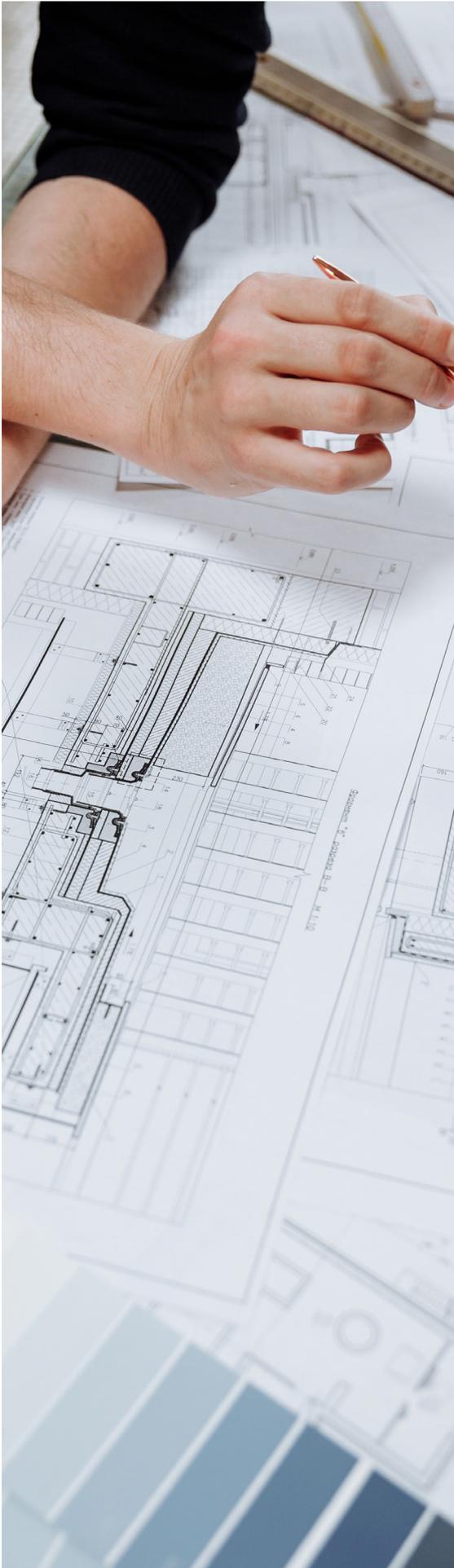
tanto físico como social". (Coriat)

En quienes desde pequeños tienen un comportamiento que no responde a lo habitualmente esperado, o experimentan un cambio en su cuerpo y/o en su subjetividad, ya sea por lesión o por enfermedad, ¿qué sucede con relación a este "lugar" físico y social? *"Si bien es en las estrategias de vida planteadas para con los niños donde más se evidencian expectativas de 'lo esperado', éstas existen y se manifiestan en todas las edades. Y estas expectativas sociales y familiares, estas 'apuestas a futuro', son alimento esencial de deseos y voluntades personales. Pero cuando ciertas pautas de comportamiento no pueden manifestarse de la manera esperada se genera una alteración en ese delicado equilibrio de 'apuestas a futuro'"* (Coriat), que se manifiesta también en la relación con los espacios habitados.

Niños y adultos construyen estrategias de pensamiento y acción, entre ellas, estrategias de movilidad. Pero cuando surgen obstáculos subjetivos que les impiden construir dichas estrategias, sea en casa, o en otros lugares como la plaza, la calle, la escuela o el natatorio, es necesario que cuenten con apoyos que les reaseguren la confianza en que ellos mismos podrán encontrar una solución. Por ejemplo, para llegar a la cocina y encontrar el cesto de basura.

La percepción y apropiación de la espacialidad reflejan, entonces, tanto la percepción de sí mismo, como la existencia de deseos y la intención de alcanzarlos. Deseo e intención son





motor esencial en la generación de estrategias de movilidad. Para llegar a un objeto (la manzana) o a un lugar (la piscina) se ponen en juego factores subjetivos, con igual o mayor incidencia que los pertinentes a las características de los espacios.

¿Qué brindan los espacios para orientarnos y movernos en ellos? ¿Cómo pueden colaborar ante dificultades, ya sea debidas a sus propias características, de quienes los transitan, o a ambas a la vez?

En los años '60, Kevin Lynch evidencia que los espacios urbanos ofrecen recursos de orientación y guía, de manera que quienes los recorren pueden apropiarse de ellos con libertad. Concibe ideas organizadoras en barrios, calles y puntos estratégicos a las que denomina áreas, conectores, bordes, nodos e hitos. Aunque desarrolla su propuesta con relación a la ciudad, dichas categorías resultan de aplicación para todo espacio habitado, sea urbano, rural o edilicio. Lynch acuñó dicho potencial de la ciudad con el término *"wayfinding"* (encuentra tu propio camino).

Años más tarde, *"wayfinding"* fue asociado al concepto de *"itinerario"*, reinterpretando los recursos urbanos como un sistema de legibilidad que guía y orienta en la trama urbana. Según el Diccionario de la Real Academia Española, *"un itinerario es la dirección y descripción de un camino con expresión de los lugares, accidentes, paradas, etc., que existen a lo largo de él"*. Un itinerario conlleva, pues, la planificación y descripción de un recorrido predeterminado, y en tal sentido, ni la definición de *"itinerarios"* ni el nuevo sentido adjudicado al término *"wayfinding"* se corresponden con la libertad de elección de caminos sugerida por Lynch. Existen tantos itinerarios como estrategias de movilidad que generen quienes recorran los espacios.

¿Por qué hay quienes no pueden tomar los recursos señalados por Lynch? ¿Qué les impide tomarlos, tanto desde su propia problemática como desde las características de los espacios a recorrer?

Aunque los edificios no ofrecen la diversidad de alternativas que brinda la ciudad, las categorías que desarrolla Lynch para espacios urbanos constituyen un soporte aplicable también a espacios edilicios.

Propiciamos que todos habitemos y transitemos en los espacios compartidos sin clasificar-

nos por tipos de dificultad, ni en el uso ni en la implementación de soluciones. Para ello, asumimos el concepto de “cadena de accesibilidad”. Se trata de atributos con que deben contar los espacios (holgura, aprehensibilidad espacial, accesibilidad a sistemas y códigos de información y comunicación, seguridad, confiabilidad), respondiendo a la mayor diversidad de situaciones posibles.

Esto daría lugar a una secuencia ininterrumpida de espacios que conforman diferentes recorridos, sin interferencias u obstáculos a la orientación y a la movilidad. Dichos atributos evolucionan según cambian los requerimientos de quienes los precisan. La potencial necesidad de “ajustes” para cada persona relativiza al concepto de “diseño universal”, que tiende a imponerse sobre las necesidades específicas de usuarios individuales. Por el contrario, “diseño inclusivo”, concepto que adoptamos, remite a características de diseño tales que, sin generalizarlas, nadie quede excluido.

Pero si para la cadena de accesibilidad física contamos con una serie de principios básicos de diseño, más o menos comunes al conjunto de quienes la requieren, en el caso de personas con discapacidad intelectual y/o con dificultades en su apropiación de la espacialidad –ya sean psíquicas, emocionales o de otro tipo– las soluciones no son tan lineales.

Para personas con movilidad reducida, la cadena de accesibilidad puede ser satisfactoria. Para otros, puede no ser suficiente. Un giro brusco, permaneciendo oculto el tramo al cual se ingresa, conlleva a veces temor a lo imprevisto o desconocido. Pasar de espacios cerrados o pequeños a otros abiertos o amplios puede generar agorafobia. Ingresar a un pasillo largo y estrecho desde un espacio amplio puede dar lugar a una sensación de “embudo” que aprisiona, o de claustrofobia. No alcanza con tener el detalle del recorrido.

Por ello, más allá de las señales básicas de orientación que puede brindar una cadena de accesibilidad, es necesario abordar su construcción subjetiva, atendiendo a las particularidades de cada persona, y a las señales o pistas que ésta descubra y le brinden seguridad.

Se trata de una construcción conjunta

entre la persona y los apoyos pertinentes (familiares, psicólogos, psicomotricistas, psicopedagogos, entre otros) a fin de generar y consolidar las herramientas que permitan armar itinerarios propios.

¿Qué significa “lo social”? Significa tomar en cuenta las conductas, las maneras de habitar de la comunidad, sus modos de compartir y recorrer los espacios, que varían según los lugares y a lo largo del tiempo. Significa tomar en cuenta cómo todo ello incide y se refleja a nivel vecinal, familiar e íntimo. Un ejemplo es cuán naturalizado está que adultos con discapacidad intelectual vayan “de la mano” de su madre, ya mayor, reflejando la escasa iniciativa en propiciar algún grado de autonomía. Pertenencia al hábitat y posicionamiento en él son una construcción colectiva. El lugar que ocupa una persona en la sociedad se refleja en su manera de posicionarse en los espacios habitados.

Concebir soluciones en función exclusivamente de capacidades personales, tales como las que postulan su adhesión a “atención centrada en la persona” (asumida literalmente sin tomar en cuenta el contexto); o soluciones planteadas desde la concepción de que “debe ser el entorno y no la persona quien se adecua”, responden a una lectura estática de la persona y sus circunstancias. Porque en el proceso de superar dificultades la persona cambia, evoluciona, se enriquece. Se trata entonces de dos polos opuestos: ¿se adapta la persona o el entorno?, ¿o de una relación dialéctica en la cual en ambos se producen cambios?

A su vez, cambios en el entorno social con aquellas modificaciones que esta dupla genera, y cambios que el entorno social le devuelve a lo largo del tiempo, generan puntos de inflexión en las conductas. Esto se evidencia en niños con Síndrome de Down, hoy en crecientes procesos de inclusión social, y en usuarios de silla de ruedas circulando con autonomía y desprejuicio por la ciudad.

El caso del nene que “no sabe llegar” a la cocina nos muestra hasta qué punto el encontrar un camino está condicionado por la estructura psíquica, desde el ordenamiento psicológico y cognitivo; pero también por la actitud e iniciativas de quienes lo rodean (padres, terapeutas) para posibilitarle que sea él

mismo quien encuentre el camino para lo que quiere, antes que ser llevado de la mano o darle las pistas físicas que pudiéramos concebir.

¿Cuál es el rol del arquitecto? Nuestro trabajo consiste en brindar soportes que puedan propiciar la continuidad de la cadena de accesibilidad física y perceptual. Nos sumamos al equipo conformado por la persona en cuestión y su grupo de apoyo a fin de modificar o complementar la arquitectura existente.

Es en los espacios de convergencia y distribución –nodos– donde el riesgo de discontinuidad en la cadena de orientación perceptual es mayor, debido a la alta probabilidad de que se generen situaciones de confusión o desorientación: en terminales de transporte público a nivel urbano o en el ingreso a grandes centros de salud o edificios multifuncionales.

La “aprehensibilidad espacial”, uno de los atributos para un hábitat inclusivo, propicia el reconocimiento de itinerarios y la ubicación de lugares y equipamientos. “...Se pone en juego particularmente con aquellas personas con desórdenes en la orientación, y con personas ciegas o con discapacidad visual severa, especialmente en edificios o lugares complejos” Coriat). También sucede con visitantes, inmigrantes o integrantes de grupos originarios, en cuyas culturas la construcción de la espacialidad responde a diferentes lógicas.

Los diseños edilicios debieran sugerir sus lógicas de recorrido, evitando saturar los espacios con señalizaciones. A veces es necesario complementarlos con recursos visuales, táctiles, sonoros, olfativos e incluso humanos (repcionistas, guías).

En años recientes surgieron soluciones habitacionales para personas mayores con pérdida cognitiva, implementadas en sintonía con lo hasta aquí expresado: recorrido circular continuo que permite ser transitado sin riesgo de extraviarse. A lo largo de dicho recorrido, habitaciones con objetos identitarios a la vista, con una carga evocativa personal que posibilitan el reconocimiento de la habitación propia; y espacios de encuentro e intercambio perceptibles desde cualquier punto del recorrido circular. Se suman ico-

nografías que propician acciones tales como siluetas en tamaño natural de personas caminando, dirigiéndose al comedor o al baño, etc.

¿Dónde nos ubicamos a favor de un hábitat inclusivo? Si nos propusiéramos sistematizar las dificultades para recorrer lugares nos topáramos con grandes limitaciones. Más complejo aún sería intentar universalizar soluciones, debido a la diversidad de factores físicos, psíquicos, emocionales e intelectuales, con características propias en cada sujeto que podrían variar según circunstancias no pertinentes al espacio físico en sí. Compendiar características que garanticen “accesibilidad cognitiva” en un baremo (más allá de algunos principios básicos de la cadena de accesibilidad) pretende normar algo tan inabordable como la subjetividad.

Pero si renunciáramos hipotéticamente a nuestra mirada de espacio habitable compartido por todos, y procuráramos desagregarlo acorde al anacrónico criterio clasificatorio por discapacidades, focalizando en las personas denominadas con discapacidad intelectual, nos encontraríamos con tal diversidad de grados de dificultades intelectuales, atravesadas a su vez por factores psíquicos y/o emocionales, que sería más que improbable dar con un colectivo homogéneo de personas con discapacidad intelectual “pura”.

En tanto diseñadores del hábitat nos interpelamos: ¿para qué noción de ser humano diseñamos? ¿Reproduciremos el modelo hegemónico, tipificando ahora, no solo a quienes son considerados “normales” sino también a quienes están en situación de discapacidad? ¿Armaremos para ellos compendios de recetas de cómo habitar y cómo moverse en los lugares habitados?

Por el contrario, si admitimos la diversidad humana, ¿vamos a reconocer la singularidad de cada cual y propiciar su crecimiento personal, su autonomía y su propia valoración, construyendo conjuntamente herramientas conceptuales y estrategias de apropiación del entorno? Nos posicionamos en esta mirada.

Se trata de dos paradigmas antagónicos. Por una parte, desde las neurociencias se procura recortar dentro del colectivo humano a las personas que denomina con disca-

pacidad cognitiva. En ellas las dificultades detectadas remitirían exclusivamente a factores de origen funcional o cognitivo y su solución pasaría por la “accesibilidad cognitiva” (Pineda Castro et al.)

Las características personales privilegiadas en función de la denominada “capacidad cognitiva” (es decir, en función de la capacidad de incorporar “algo”) serían la atención y la memoria. Porque ese “algo” ya vendría dado, por ejemplo, un itinerario. El itinerario debería ser explícito y sin ofrecer riesgo de distracción, lo que se lograría mediante permanentes señales de su presencia. El espacio no se estaría ofreciendo en términos de libertad de elección sino de recorridos rigurosamente predeterminados.

Los factores emocionales jugarían un rol negativo, generando por ejemplo ansiedad o estrés, interfiriendo en la capacidad de incorporar la información requerida para llegar a destino.

Pese a las múltiples ofertas de movimiento y descubrimiento que brindan los espacios, y lo que en ellos se encuentra, desde el paradigma de las neurociencias no entrarían en juego la curiosidad, la inventiva o lo lúdico. A fin de cumplir con el objetivo específico de llegar a destino, los espacios exacerbarían su función de conectores (circulaciones), despejándose y despojándose de elementos o situaciones distractivas. Así, el sujeto debería archivar su interés por el entorno que lo rodea a fin de concentrarse exclusivamente en el itinerario predeterminado que le brindaría un recorrido “seguro y autónomo”.

Ignorando los recursos subjetivos con que cuentan las personas con “déficit cognitivo”, uno de los objetivos es optimizar conductas adaptativas. La “autonomía” devenida de dichas conductas no se concibe desde la incidencia de dinámicas de interacción intersubjetiva y social. Se trata de una mirada individualista y organicista. Dan cuenta de ello sus expectativas en descubrir pistas para la optimización del hábitat y de las maneras de habitar (categorías esencialmente sociales) a partir de estudios neurológicos. Lo que se pierde con esta mirada es lo decisivo de los estímulos familiares y del medioambiente en la constitución del sujeto (Jerusalinsky).

Concebida desde las neurociencias, la de-

nominada “accesibilidad cognitiva” diseña una lectura del espacio habitable que focaliza de manera excluyente la función conectora (pasillos, puertas) mediante su deconstrucción en fragmentos a los que relaciona topológicamente, dando cuenta de la aplicación de criterios exclusivamente analíticos y racionales.

En una analogía con las diferencias conceptuales entre geometría y morfología podemos observar que la geometría, en estrecha articulación con las matemáticas, describe las maneras en que se relacionan los elementos que la componen (puntos, líneas, planos). La morfología, en cambio, da cuenta de los sentidos implícitos y subyacentes en las diferentes lecturas de las formas (materiales o espaciales), incluidas las maneras en que éstas últimas se originan y construyen, tanto conceptualmente como físicamente. Si la geometría requiere de despieces, la morfología remite a espacialidades en las que sus componentes solo tienen sentido en función del todo. Una lectura morfológica conlleva un proceso de comprensión de la forma, dentro de un proceso de construcción subjetiva de la espacialidad.

Los caminos (los conectores) constituyen parte esencial de los espacios habitados, en tanto son el puente (el vínculo) entre los lugares (los espacios) de estar y hacer. Su evocación (o su negación) está cargada de contenidos vívidos y vivibles. En la capacidad para llegar de un lugar a otro inciden las experiencias previas. Los espacios físicos, los elementos que los componen y sus relaciones topológicas brindan el soporte material y virtual sobre el cual se transitan dichas vivencias, formando parte de su conformación subjetiva y colectiva. Desde una mirada morfológica, el todo es más que la suma de las partes. Por ello, más que referirnos a componentes y relaciones entre estos, hacemos presente el “entorno físico-social”, cuya conformación está íntimamente ligada a las maneras de habitar, y a ella están ligados los procesos de apropiación de la espacialidad.

Así, volviendo a los protagonistas de nuestros tres primeros relatos, podemos decir:

1- 1. En el caso de Miguel, sería apropiado colocar señalizaciones en aquellos puntos del recorrido a la piscina del club que pres-

taren lugar a confusión y, en tanto él lo admitiera, un acompañamiento inicial de un familiar, un amigo o un profesional, con registro conjunto del tiempo que le insume llegar al vestuario, cambiarse y llegar a la piscina, además de los recorridos en sí.

2- 2. En el caso de Matías, nada fue necesario desde la arquitectura.

3- 3. En el caso del chiquito en carrito con rulemanes, el entorno barrial aportó lo suyo desde los otros chicos, la vereda amplia y sana, y los elementos en ella.

Conclusiones

Las formas que asume el carácter social de la producción del hábitat reflejan las maneras particulares de apropiación de la espacialidad de cada comunidad. Reconocemos la diversidad de los integrantes de toda comunidad y la singularidad con que cada uno de ellos construye sus maneras de habitar, en estrecha interacción con su entorno familiar y social, y con los espacios físicos que habita.

Por el contrario, afirmar, como hacen las neurociencias en la arquitectura, que las conductas dependen principalmente de conexiones neuronales y de características heredadas por cada sujeto, no contribuye a una mejor comprensión de la problemática, dado que pierde de vista factores que hacen a la vida cotidiana, en los que las emociones juegan un papel clave. Un aparente desarrollo de vanguardia genera un grave retroceso a nivel científico.

Las ciencias duras se enriquecen con desarrollos y descubrimientos referidos a la incidencia de lo ambiental en sus propios campos de estudio. Ejemplo de ello son los avances en neuroplasticidad (Terzaghi) y en epigenética (Penchaszadeh). Asumimos lo ambiental como lo pertinente a necesidades biológicas básicas tales como alimento, cobijo y espacios saludables, pero también a lo afectivo y a todo aquello pertinente al vínculo humano.

Estos avances impulsan y fortalecen la importancia de que la arquitectura tome en cuenta cómo comunidades e individuos viven y se apropian de la espacialidad de los lugares que habitan y recorren: respecto de las comunidades, comprendiendo sus maneras de habitar, sus lógicas, sus sistemas de referencias, y cómo éstos rasgos evolucionan al tiempo que las ciudades o los espacios habitados lo hacen. Respecto de los individuos, comprendiendo de qué manera comparten dichos rasgos comunitarios en su vida cotidiana; y cuando no los comparten, qué factores inciden, cuáles son sus lógicas de apropiación de la espacialidad, de orientación y de movilidad, y cómo las construyen. Sólo desde esa mirada interrelativa, reflexiva y empática puede la arquitectura concebir espacios en diálogo con sus habitantes.

Espacios complejos o laberínticos no siempre resultan legibles, y para algunos tampoco resultan explícitas las ideas organizadoras desde las que fueron concebidos. Por ello, desde el concepto de diseño inclusivo propiciamos la incorporación de atributos complementarios que permitan a un abanico lo más amplio posible de personas la legibilidad de dichas ideas organizadoras, propiciando que los espacios brinden cadenas de accesibilidad perceptiva.

Nuestro desafío es concebir y plasmar aquellos soportes espaciales que, sin imponerse, brinden un marco legible y seguro para orientarse, y movilizarse con libertad y creatividad.

Como profesionales del diseño, reconocemos el aporte que puede brindar nuestra disciplina, pero también el valor que adquiere el admitir sus límites. Allí hasta dónde llega nuestro aporte comienzan los interrogantes. Se trata de un vacío que nos obliga a focalizar en el ser humano, habitante de nuestra producción, que nos permite un acercamiento y profundización cada vez mayor a lo que las personas necesitan de los lugares en los que transcurre su vida.

