

VOCES

emergentes

N° 3 / AÑO 2019

ISSN: 2591-3107

MINISTERIO
SALUD NO HAY
BORDAJE
RITORIAL
DELEGACIÓN SALUD

LA SALUD
NO SE
ACHICA

**Salud &
Trabajo Social**



EDITORIAL

Voces Emergentes es una revista de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata realizada por estudiantes. Por esta razón, tiene como objetivo principal recuperar sus propias experiencias y conocimientos para difundirlos mediante producciones de distinta índole. Una cuestión central es el ejercicio de la escritura académica y generar instancias de formación donde puedan impulsarse nuevas reflexiones, intercambios y debates en torno al Trabajo Social como en nuestros futuros procesos de intervención profesional.

Este proyecto surge de la iniciativa de estudiantes, docentes, graduados y profesionales de la FTS que en la actualidad participan en diversas cátedras y áreas de gestión, formación, investigación y extensión, entre otros espacios. De esta manera, *Voces Emergentes* se realiza como una revista institucional de la facultad y forma parte del conjunto de publicaciones coordinadas por la Dirección de Publicaciones y Comunicación de la FTS. La idea es publicarla anualmente e incluir una serie de secciones donde cada estudiante de la facultad pueda presentar y compartir sus producciones.

Para este tercer número nos proponemos indagar la salud en términos amplios e integrales desde la

mirada del Trabajo Social. En el marco del actual contexto nacional de ajuste y desfinanciamiento de las políticas públicas, no podemos dejar de interrogarnos, reflexionar y debatir acerca de esta temática en particular y, en este sentido, poner en tensión la vinculación entre salud pública y nuestra profesión.

Desde nuestra formación debemos seguir profundizando debates en torno a entender la salud pública como derecho, a partir de la perspectiva de Derechos Humanos y la justicia social. Por esta razón, en esta tercera entrega se abordan las temáticas de salud mental, la salud sexual reproductiva y la intervención de formación profesional desde una mirada de la salud colectiva.

Los artículos del nuevo número se encuentran agrupados en cuatro secciones: "Dossier", "Escribir las Practicas", "Dichos y Oídos" y "Crónicas". Cada trabajo busca poner en común análisis y debates que surgieron en diversas instancias de nuestro proceso de formación. Por último, también es importante destacar que las fotos que acompañan las diferentes secciones de esta revista fueron realizadas por estudiantes de nuestra casa de estudio.

SUMARIO

ESCRIBIR LAS PRÁCTICAS

8. Salud en boca de lo colectivo

Por María Victoria Carné

13. La intervención profesional desde una mirada de Salud Colectiva

Por Manuela Arribas

DOSSIER

20. La lógica manicomial luego de la Ley Nacional de Salud Mental

Por Mariana Martín y Agustina Julieta Vega

27. Repensar el VIH/SIDA: aportes para la construcción de un abordaje integral, en perspectiva de derechos

Por Viviana Ríos Alvarado

CRÓNICAS

36. Cátedra libre de Aborto Camino histórico a su legalización

Por Nicole Jimenez Huth

DICHOS & OÍDOS

40. Reflexiones de un especialista en salud sobre las oportunidades políticas de sobrevivir a la crisis

Por Ingrid, Costamagna - Lorena, Valdez Avalos - Martín, Torres

STAFF

Colaboradores/as estudiantes:

María Laura Sepulveda - Agustín Zuccaro
Agustina Hrichina - Raúl Obe Castillo Santos

Colaboradores/as docentes:

María José Novillo - Betiana Eguilor
Nicolás Dip - Fabiana Luzzi
Analía Chilemi - Francisco Gulino

Autores/as:

Nicole Jimenez Huth - Mariana Martín
Agustina Julieta Vega - Viviana Ríos Alvarado
Ingrid Costamagna - Lorena Valdez Avalos
Martín Torres - María Victoria Carné
Manuela Arribas

Fotografías

Dolores Irisarri - Viviana Ríos Alvarado
Juliana Sánchez

Diseño y diagramación:

Carolina Romualdo

Foto de portada:

Dolores Irisarri

CONTACTO

@ vocesemergentes@gmail.com

f /TrabajoSocialUnlp

🐦 @Ftsunlp

📷 @trabajosocialunlp

Voces Emergentes es una publicación de la
Dirección de Publicaciones y Comunicación
de la FTS-UNLP

Domicilio legal: Facultad de Trabajo Social - UNLP
Calle 9 y esquina 63

ISSN: 2591-3107

Registro DNDA en trámite

Impresión: Gráfica Masters -Diag.79 n°570, La Plata



Experiencias desde la salud colectiva

Las prácticas de formación profesional son un insumo fundamental para reflexionar acerca de nuestra profesión en general y la intervención en particular. En la presente sección se recuperan experiencias que tienen como objetivo narrar y aportar a la perspectiva de la salud colectiva en Trabajo Social.

Si bien los dos trabajos se tocan, se mezclan y se enredan, tienen sus diferencias. El primero, se centrará en la experiencia de un proyecto de extensión en clave interdisciplinaria. En el otro, se recuperarán algunos conceptos como la epidemiología para pensar la salud colectiva y la intervención desde la experiencia de nuestra formación en esos espacios.

ESCRIBIR LAS PRÁCTICAS



Viviana Ríos Alvarado - Fotografía
Movilización y paro de CICOP por paritarias y cierre de ministerio - 2018

Salud en boca de lo colectivo

Por María Victoria Carné



Una concepción diferente, como la de transformar transformando una educación en movimiento, no otorga garantías acerca de los resultados a los que llegará” (Zibechi, 2006, p.127).

Resumen

El presente artículo narra la experiencia de educación en promoción de la salud que se lleva adelante en la Escuela Agraria N° 1 de la Localidad de Florencio Varela, con estudiantes de 5ª y 6ª año de nivel secundario. La iniciativa que convoca en esta oportunidad, “escribir las prácticas...” pareció una buena ocasión para reflexionar sobre el proceso que estamos llevando a cabo hace ya casi dos años, desde este proyecto que hemos titulado “Salud Rural; aporte a la formación de promotores de salud comunitaria”.

Siguiendo una línea cronológica, se buscará dar cuenta del proceso previo, la puesta en marcha y la configuración actual de una propuesta que se lleva a cabo en el marco de las prácticas de extensión universitaria, en conjunto con la Facultad de Ciencias Veterinarias, Facultad de Ciencias Exactas, Facultad de Bellas Artes y cuenta con el apoyo y participación del Grupo de Educación Popular en Seguridad Alimentaria (GEPESA), del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) y del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA).

Con un equipo de trabajo verdaderamente interdisciplinario, en el que convivimos estudiantes y profesionales de las ciencias sociales, exactas, biológicas y bellas artes, y con un objetivo común; fortalecer las estrategias de control sobre la propia salud, entendiendo a ésta, como la posibilidad de resolver conflictos en la vida cotidiana (Ferrara, 2010), nos dispusimos a emprender la tarea de generar espacios en los que podamos reconstruir colectivamente las problemáticas

relacionadas a la producción y consumo de alimentos en el ámbito rural.

De forma breve, se hará un recorrido por el proceso de configuración de una demanda, que se encuentra en evolución permanente; la conformación del equipo de trabajo; la interacción con el espacio y los desafíos que se nos han ido presentando. Una reflexión sobre cómo partimos, nos encontramos, nos entusiasmos, nos alentamos y nos fortalecimos.

PALABRAS CLAVES

SAUD COLECTIVA

RURALIDAD

EDUCACIÓN POPULAR

Introducción

Este proyecto de extensión, “Salud Rural; aporte a la formación de promotores de salud comunitaria”, se desarrolla en la Escuela de Educación Agraria, que se encuentra ubicada en el barrio La Capilla, una zona rural, en los límites de la localidad de Florencio Varela.

La institución cuenta con jornada completa para

estudiantes de 1° a 6° año del secundario, y un 7° año, en cual cursan la Tecnicatura Agraria. Allí realizan prácticas dentro de los espacios productivos. Cuentan con un tambo lechero, producción de cerdos, gallinas ponedoras, colmenas y huerta, sala de faena y sala de procesado, en donde hacen dulces y conservas. Los grupos son pequeños, alrededor de 15 estudiantes por curso. Algunos de ellos, son hijos de productores, otros solo realizan actividades agropecuarias en la escuela.

En los alrededores de la institución encontramos gran cantidad de agricultores con producciones mixtas; la horticultura y la producción porcina son las más vistas. Estas producciones suelen desarrollarse (como es común en las zonas periurbanas) en pequeñas extensiones de tierra que rondan en promedio las 2 hectáreas. Es decir, la unidad familiar y la unidad productiva se encuentran integradas en el mismo espacio, muchas veces, insuficiente para un óptimo desarrollo productivo sustentable. Al mismo tiempo, producto de las condiciones sociales y económicas desiguales dentro de la sociedad, no todos cuentan con los medios apropiados para producir de manera segura, por lo que, las conexiones que se establecen al interior de las quintas, no siempre se dan en condiciones de salubridad y, en consecuencia, los alimentos que se producen, no cuentan con garantía de sanidad: “Cuando encaramos este desafío, entendíamos que se trataba de una problemática compleja, ya que tanto la producción como la manipulación de alimentos incluyen diversos procesos, muchas veces con operatorias que trascienden en el tiempo a través de legados generacionales, transformándose en hábitos estructurales de las prácticas cotidianas.” (Lafit, Carné, Michelli, Lopez, 2017)

Conociendo el territorio

La propuesta inicial, surgió como resultado de múltiples encuentros e inquietudes que se fueron dando al interior de un grupo de trabajo que se encontraba transitando ya desde el año 2015 en el territorio. Técnicos de diferentes áreas, orga-

nismos estatales y organizaciones sociales que emprendimos con compromiso la tarea de llegar al territorio, a los agricultores del periurbano específicamente, a fin de aportar al fortalecimiento de las condiciones de producción, en consonancia con los programas de gobierno articulados en torno a la Ley de Reparación Histórica de la Agricultura Familiar, promulgada en enero de 2015.

Si algo entendimos desde el trabajo en el territorio es que se hace imposible abordar la sanidad de las producciones dejando a un costado la salud de las personas y sus determinantes. Los objetivos de esa intervención “fortalecer la producción”, no podían ser más que una meta, dentro de un objetivo mucho más abarcativo; aportar al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, entendiendo a ésta desde su concepción integral.

No fue fácil redireccionar el camino; nos vimos intimados a sentarnos a pensar y ponernos de acuerdo sobre la línea de intervención que íbamos a adoptar. El hilo conductor fue, sin dudas, la *salud colectiva*; transversal a las prácticas que procurábamos construir.

La perspectiva de salud colectiva, entiende a la salud como procesos -procesos de salud/enfermedad- producto de las condiciones de vida tanto sociales, culturales, económicas y políticas que hacen a las formas de vivir, enfermar y morir. El espacio donde se desarrolla la vida cotidiana, aparece como lugar privilegiado para la intervención, ya que forma parte de lo que Benach y Mountaner denominan “causas de las causas”:

“Aunque hay que reconocer la importancia de los factores genéticos, los «estilos de vida» o los servicios sanitarios (los últimos dos consecuencia directa del tipo de sociedad en el que se vive) como causas que dañan la salud de las personas, cuando se habla de «causas de las causas» se pone el acento en los factores sociales, económicos, culturales y políticos que precisamente anteceden a la generación de esas causas más próximas al organismo” (2009, p. 23).

Ya entrometidos en los hogares y cotidianeidad de los productores, comenzaron a generarse encuentros en los que ya no era primordial hablar del alimento del chancho, de la tuberculo-

sis o la cosecha del maíz. Conversábamos de las dinámicas cotidianas, de las redes vinculares en el barrio, entre los barrios, las dificultades/opportunidades para desarrollarse como productores, de la distribución del espacio, del acceso/falta de acceso a los servicios del estado, de la posibilidad/imposibilidad de aunar fuerzas, de la posibilidad de diálogo, de la calidad de los encuentros que entre todos estábamos generando.

Freire es, en mi opinión, quien mejor ha expresado este acontecimiento “Ni a los campesinos, ni a nadie, se persuade, o se somete, a la fuerza mítica de la propaganda, cuando se tiene una opción liberadora. En este caso, se les problematiza su situación concreta, objetiva, real, para que, captándola críticamente, actúen también, críticamente sobre ella.

Este sí es el trabajo auténtico del agrónomo como educador, del agrónomo como especialista, que actúa con otros hombres sobre la realidad que los mediatiza” (1973, p. 23).

Sin saber bien hacia dónde íbamos, habíamos logrado ponernos en movimiento. A partir de ese momento, todos los espacios y acciones tuvieron una intencionalidad pedagógica: la promoción de la salud colectiva.

Entrando a la escuela

Los cambios de gestión a nivel político, llevaron a que varias instituciones tuvieran que retirarse de los equipos de trabajo. La politización del territorio en época de elecciones rompió con la lógica de los encuentros. Un grupo más reducido continuamos con las actividades, y apostamos a potenciar los procesos de construcción de herramientas que den respuesta a los problemas de salud asociados a la producción y manipulación de alimentos a través de acciones tendientes a prevenir enfermedades evitables desde una perspectiva de promoción de la salud.

Nos planteamos la *educación popular* como estrategia, intentando generar vínculos que fortalezcan los espacios, que surjan verdaderos encuentros aunque sin garantías acerca de los resultados que de allí obtendríamos.

La Escuela había sido desde el inicio un espacio de encuentro. Charlas, reuniones y capacitaciones acontecían en las aulas de la Agraria, pero pocas veces dirigidas a los estudiantes. Alguna que otra



Escuela Pública de Educ. Secundaria Agraria N°1
Florencio Varela, Buenos Aires
RUTA PROV. 53 KM 13000 S/N
(La Capilla)



Nos planteamos la educación popular como estrategia, intentando generar vínculos que fortalezcan los espacios, que surjan verdaderos encuentros aunque sin garantías acerca de los resultados que de allí obtendríamos.

vez, un taller para los chicos, en donde se realizaba una exposición por parte de los técnicos.

Inquietos con esta situación, comenzamos a trabajar en una propuesta para los jóvenes.

La participación juvenil cobraba otro sentido, asociado principalmente a la idea de joven como *agente de cambio*, curioso y emprendedor. Nos propusimos crear un espacio con proyección comunitaria que permita la reflexión y el aporte propositivo, en pos de la prevención de enfermedades y la configuración de espacios de producción sustentable.

Talleres en marcha: una invitación a cuestionar/se

Para poner en acción el proyecto, contamos con el apoyo de la escuela y de la universidad. Y al momento de encarar la propuesta pedagógica, se sumaron nuevos actores, docentes y estudiantes de diversas disciplinas. Inicialmente establecimos un cronograma de actividades en el que elegimos temas de debate en torno a la salud en el ámbito de la ruralidad.

El primer gran desafío que se nos presentó fue la creación de un espacio de enseñanza-aprendizaje que motivara a los estudiantes y que a su vez rescatara sus saberes y prácticas sobre los procesos de salud-enfermedad. Los temas en cuestión se abordaron desde la perspectiva de educación popular, partiendo de las experiencias cotidianas de los estudiantes, sus conocimientos previos.

La vida, para Zibechi, es en sí misma educación; "o sea, si podemos hacer de la vida un hecho educativo, ello implica recuperar su carácter integral como vida, superando la fragmentación en la que se asienta el dominio del capital. Por otro lado, si lo que educa es la vida misma, el hecho educativo no tiene otro modo de suceder que afirmar, potenciar, expandir, o sea poner en movimiento, los saberes que ya existen en la vida cotidiana de los sectores populares" (2006, p. 131).

Y así fue que encaramos los encuentros. La modalidad que elegimos es de talleres-participativos. Trabajamos con imágenes, videos, juegos de roles, movemos el cuerpo, movemos las ideas. La planificación se ha ido modificando de un año a otro y, se van adecuando a las circunstancias del día, priorizando pasar un grato momento, en medio de la

camaradería. Elevamos la categoría del *encuentro*, como momento para compartir, y a eso, le sumamos el desafío de abordar lo conceptual. Utilizamos distintos dispositivos pedagógicos para generar, sobre todo, sensaciones.

Zibechi describe "La educación no es más -ni menos- que un clima social inserto en relaciones sociales; el resultado del proceso educativo dependerá del clima y del carácter de las relaciones sociales en un espacio-tiempo determinado" (2006, p. 126).

De todas maneras, deconstruir el concepto de salud, no fue un trabajo fácil. Varios interrogantes surgieron al momento de planificar los encuentros, las mismas que finalmente supimos usar como guía:

¿Cómo abordar la salud desde su concepción integral, sin caer en el reduccionismo?

La consigna presentada a los/las estudiantes fue clara; no hay, en esta propuesta de trabajo, discursos ni respuestas pre-armadas. Ofrecemos una invitación a dudar. Dudar de las ideas que han sido construidas como dogmas. Descubrir nuevas verdades, para construir entre todos nuevos conocimientos que puedan ser difundidos. Que lo que se produzca en los encuentros, pueda salir del aula.

Los juegos, los trabajos grupales, las imágenes, videos, el uso de materiales de laboratorio, fueron recursos valiosos para mantener la atención de los y las jóvenes adolescentes, y al mismo tiempo, permitieron que las ideas más conceptuales fueran apropiadas de forma apacible, sin ser forzada.

Los y las jóvenes, tienen mucho para decir. En cada actividad tratamos de poner en juego la palabra. En ocasiones se percibe la vergüenza a la exposición, el temor a decir algo que esté errado. De a poco vamos desandando esas ideas y la participación va aumentando:

"El diálogo problematizador se considera aquí aún más indispensable, para disminuir la distancia entre la expresión significativa del técnico y la percepción que de esta expresión tenga el campesino. Y esto sólo se da en la comunicación e intercomunicación de los sujetos pensantes, a propósito de lo pensado, pero nunca a través de la extensión del pensamiento de un sujeto, hasta el otro" (Freire, 1973, p. 76).

Trabajar desde los ejemplos, traer las teorías al barrio, identificar a los actores sociales como la escuela, como grupos de estudiantes; preguntarnos cosas cómo ¿quién decide sobre nuestras

vidas? ¿qué cosas realmente decidimos libremente?, nos han ayudado a construir otra mirada de lo cotidiano. Indagar sin miedo, tomarse el tiempo para reflexionar, son pequeñas prácticas que construyen nuevos escenarios de acción.

La construcción de herramientas pedagógicas que logran captar la atención y al mismo tiempo, trabajar sobre los conceptos nos ha demandado un esfuerzo enorme. Desandar las prácticas educativas tradicionales, irrumpir con la cotidianeidad, ha sido un desafío.

Otra actividad que enriqueció la práctica fue la evaluación de progreso; a mitad de año, ideamos una actividad de preguntas y respuestas con los estudiantes, en la que los evaluadores eran los mismos compañeros. Los resultados fueron positivos; los conceptos centrales habían sido incorporados.

También nos preocupamos por las apreciaciones de los profesores de la escuela, quienes además de cedernos el espacio, han acompañado en gran parte del proceso. Este balance resultó también satisfactorio.

La apuesta final está en la elaboración por parte de las y los estudiantes, de una producción - afiches, folletos, videos, charlas, etc - que pueda ser compartida, que pueda salir del aula, a los compañeros de otros años, a los vecinos, a los productores. Esta actividad queda librada a la imaginación y la creatividad, siempre con el foco puesto en la promoción.

Sin embargo, sostengo que la producción más significativa de esta práctica ha sido sin dudas el encuentro con el otro; el aprendizaje mutuo y el

través del análisis de situaciones, la planificación y la puesta en marcha de las propuestas.

Se trata de una experiencia enriquecedora que da la posibilidad de generar vínculos por fuera del ámbito académico, en donde los encuentros con los otros se establecen en un marco de distensión, lo que da lugar al planteamiento de preguntas, a dudar sobre lo que antes parecía una certeza. Poner en práctica teorías, equivocarse, ir perdiendo el miedo a lo nuevo; acercarnos al campo profesional guiados por los docentes, ganando confianza y animándonos a crear, con la seguridad de sentirnos acompañados.

Está demás decir que esta propuesta sigue en constante construcción y movimiento.

Bibliografía

BENACH, J. y MUNTANER, C. (2009). *La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socio ecológica del capitalismo.* Revista "Ecología Política" N°37. Barcelona.

FERRARA, F. (2010). Entrevista en página 12. <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>.

FREIRE, P. (1973). *¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural.* Siglo veintiuno editores. 21° edición.

LAFIT, J.; CARNÉ, V.; MICHELLI, V.; LÓPEZ, S. (2017). *Salud Rural: Promoción y prevención en el periurbano. Aportes a la formación de promotores de salud.* Congreso Latinoamericano de Extensión, Santa Fe.

LÓPEZ, S. (2016). "De qué hablamos cuando decimos Medicina social/Salud colectiva Conceptos y categorías de análisis". En LÓPEZ, S.; MICHELLI, V. [et al.] *Problematizando la salud: aportes conceptuales y experiencias de trabajo en territorio desde la perspectiva de la medicina social-salud colectiva.* La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

ZIBECHI, R. (2006). *La emancipación como producción de vínculos.* En publicación: *Los desafíos de la emancipación en un contexto militarizado.* Ceceña, Ana Esther. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. pp. 123-149. ISBN: 987-1183-34-8. Acceso al texto completo:

<http://bibliotecavirtual.flacso.org.ar/ar/libros/grupos/cece/raul%20zibechi.pdf>

Algunos apuntes finales

En este escenario, la Universidad aparece no solo como un marco institucional o un respaldo a esta iniciativa, sino que promueve un espacio de acompañamiento para el proceso de enseñanza - aprendizaje y la construcción de nuevos conocimientos. Para el equipo extensionista, y particularmente para los estudiantes que participamos, esta experiencia emerge como instrumento de aproximación al conocimiento teórico.

Tanto las prácticas de formación profesional, como las propuestas de extensión, son una invitación a la construcción de un conocimiento empírico a

La intervención profesional desde una mirada de Salud Colectiva

Por: Manuela Arribas

Resumen

En el presente artículo se busca generar un diálogo entre experiencias de prácticas pre profesionales realizadas en el área de Salud y los conceptos de Epidemiología y Participación Social en tanto elementos clave para pensar a la Salud Colectiva. Por otra parte, es mi objetivo realizar una reflexión desde el Trabajo Social como disciplina inserta en este campo socio ocupacional visibilizando sus aportes en el marco de las Instituciones.

PALABRAS CLAVES

SAUD COLECTIVA
EPIDEMIOLOGÍA
PARTICIPACIÓN SOCIAL
INTERVENCIÓN

Introducción

El presente artículo se propone realizar una reconstrucción analítica del proceso de prácticas de formación profesional en el área de la Salud a partir de las siguientes categorías:

- La epidemiología como herramienta contra hegemónica
- La epidemiología socio cultural
- La participación social en la salud

Entiendo que dichos aportes resultan interesantes para repensar nuestra profesión especialmente en lo que refiere a su inserción socio ocupacional en el campo de la salud, entendiendo a éste como un campo atravesado por relaciones de fuerza que se encuentran en pugna entre diferentes actores con intereses muchas veces contrapuestos por lo que resulta fundamental como futuros profesionales, sobre todo si nos proyectamos dentro del campo de la salud, poder estar empapados de este tipo de

debates y tomar posición ante ellos. De esta manera, reconociéndonos como actores protagónicos en esta disputa por el sentido, por las concepciones y perspectivas de la salud, podremos hacernos tres preguntas fundamentales: ¿Qué profesionales queremos ser?, ¿Qué perspectiva de salud queremos construir? y ¿Para qué queremos hacerlo?

La respuesta a estas preguntas forma parte de un proceso de formación y de conocimiento teórico-práctico, es un camino que debemos recorrer, entendiéndonos como parte fundamental de la construcción de un proyecto de sociedad.

La epidemiología es una de las categorías centrales en la visión colectiva de la salud, así como los determinantes sociales de la salud. Ambos son entendidos como campos de disputa donde se ponen en juego intereses contrapuestos que pugnan por su conceptualización, su contenido y su práctica. En este campo de disputa se pone en juego además, la posibilidad de pensar la construcción de una salud colectiva que contenga como uno de sus núcleos principales la participación social y la construcción de poder popular.

Para esto es mi intención recuperar algunas experiencias de mi recorrido de prácticas de formación profesional en el ámbito de la salud (el año 2015 en el programa PRIEC perteneciente al CPA del Ministerio de Salud de la Provincia y el año 2016 en el Hospital Horacio Cestino).

Epidemiología crítica como herramienta contra-hegemónica

Cuando hablamos de hegemonía dentro del campo de la salud, no podemos dejar de hacer referencia a lo que Menéndez denomina: Modelo Médico Hegemónico (de aquí en adelante MMH) En primer lugar, cabe aclarar

que el concepto de hegemonía hace referencia a un proceso de dirección político cultural de un grupo (dominante) sobre otro, (dominado) el cual supone una lucha constante, ya que siempre se le opone una contra-hegemonía. En esta dirección, el MMH es entendido como un “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por científicos como por el Estado” (Menéndez: 1988, p. 1). El rasgo estructural que caracteriza a este MMH es el biologicismo, el cual garantiza su cientificidad, diferenciación y jerarquización con respecto a otro tipo de saberes. Además, este enfoque biológico es parte constitutiva de la formación profesional de los médicos, ya que sus aprendizajes son a partir de contenidos biológicos y las dimensiones culturales, sociales y psicológicas son dejadas de lado. Este biologicismo se expresa de forma notable en la práctica epidemiológica, poniendo el foco en las características biológicas de los grupos humanos (como sexo y edad que son los más comunes) y no en los procesos históricos, sociales, culturales que en ellos se desarrollan.

En este sentido, la epidemiología como ciencia está atravesada por relaciones de poder que se expresan en disensos de corrientes teóricas entre grupos de científicos que luchan por constituirse en hegemónicas o por mantener la hegemonía. A su vez, estas corrientes de pensamiento se relacionan con determinados modos de ver el mundo y la sociedad y se constituyen en soporte de determinados proyectos sociales. Se entiende a la epidemiología crítica como una herramienta contra hegemónica en tanto cuestiona de forma directa el biologicismo pregnante en la epidemiología tradicional, ya que ésta tiene en cuenta los procesos sociales que atraviesan a los sujetos. Desde esta visión se mira a la realidad como una totalidad compleja en el marco del sistema de producción capitalista y el impacto que tiene en la forma en la que las personas viven y se desarrollan en el mundo entero. Desde esta perspectiva se reconocen los determinantes estructurales de la salud y no solamente determinantes aisla-

dos, sin conexión que permita hacer un nexo histórico real con el sistema de producción social: “Cuestionamos el modelo empírico de determinantes por que le hace juego a la hegemonía, pues denuncia sin revelar; informa sin movilizar; identifica factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas eco-sociales con los que entran en una dinámica determinante” (Breilh, 2011, p. 34).

Lo hegemónico hoy en las instituciones de salud por las cuales tuve la oportunidad de transitar, se inscribe en una tendencia hacia una visión fragmentada de la realidad donde los procesos de salud por los que transitan los sujetos parecen no tener conexión alguna con el ambiente que los rodea.

Dichos procesos no son analizados en relación con la trayectoria de vida del sujeto, con sus condiciones materiales y subjetivas de existencia. Esta visión totalizadora aparece en forma parcial en algunos actores o bien, es inexistente. Es por esto que entiendo que la visión que hoy predomina y es hegemónica en este ámbito es en tendencia a fragmentar al sujeto, a aislarlo tanto de sus condiciones de existencia como del ambiente que lo rodea y del sistema en el que se encuentra inmerso.

La intervención desde el Trabajo Social, tiene la potencialidad de aportar otra mirada a la construcción de la discusión o reflexión en torno a la visión de los sujetos dentro de las instituciones de salud. En este sentido, una de las estrategias implementadas por el grupo de prácticas en el Hospital Cestino, fue la construcción de ateneos con diferentes áreas del mismo (pediatría, medicina clínica, ginecología, psicología, etc.) con la finalidad de reflexionar sobre los fundamentos éticos, teóricos y metodológicos en la intervención profesional generalmente en relación a una situación particular.

De esto se desprende, que nuestro aporte como colectivo profesional, en la reflexión conjunta con otras ciencias, puede contribuir a desnaturalizar las visiones que tienden a opacar las determinaciones sociales de la salud y poder pensar a las enfermedades desde una perspectiva que trascienda el hecho natural o biológico y sea capaz de visualizarlas en sus dimensiones sociales e históricas.

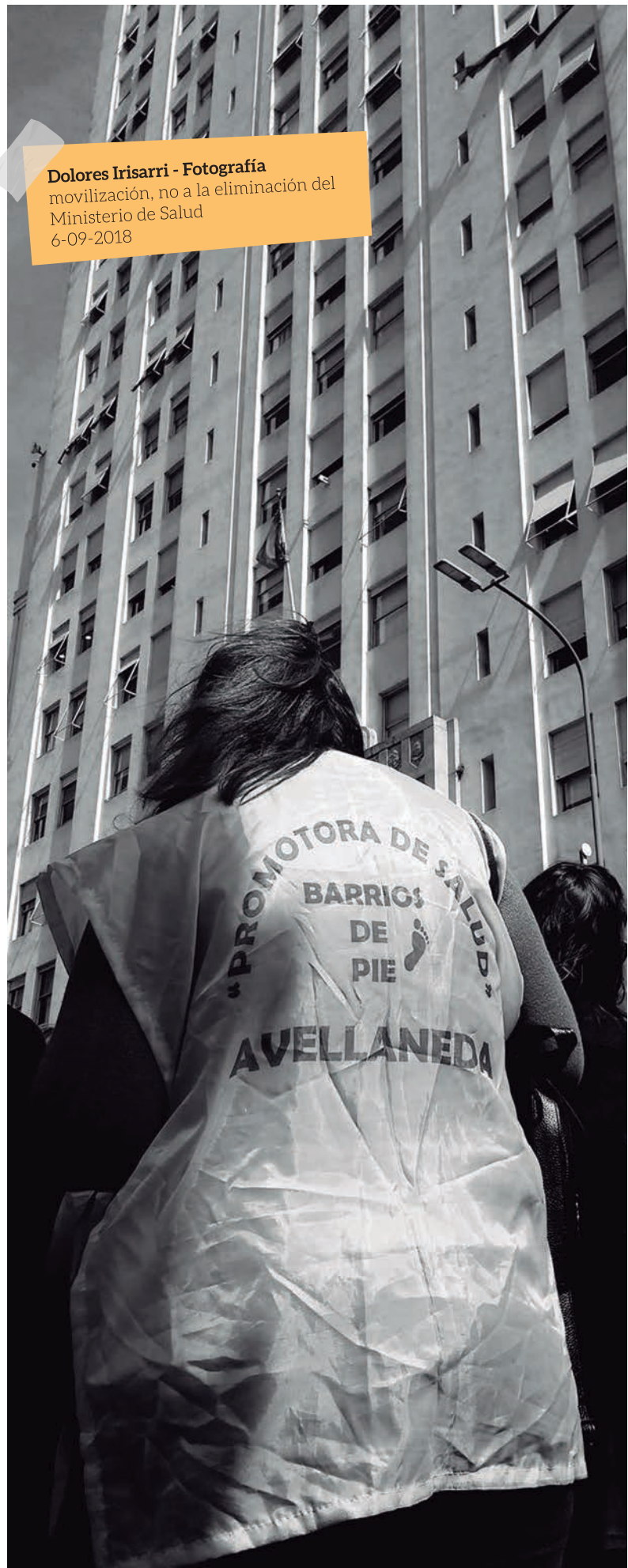
La epidemiología socio cultural como alternativa para pensar los procesos de salud/enfermedad/atención

La epidemiología socio cultural se constituye como una tendencia teórico metodológica que se desarrolló en Canadá, EEUU y algunos países de Latinoamérica. Ésta se caracteriza en primer lugar por analizar no solamente los elementos sociales sino también los culturales y los económico- políticos en los procesos de salud/enfermedad/atención junto con los biológicos y ecológicos. En segundo lugar propone un tipo de trabajo que articule los datos provenientes de investigaciones cuantitativas o estadísticas y las de tipo cualitativo y que tenga la capacidad de relacionar las interpretaciones diferenciales que ambas disciplinas aplican. En tercer lugar, se caracteriza por la aplicación de un enfoque relacional que incluya además de los “factores” que operan en determinado problema, el conjunto de actores sociales que están viviendo ese problema en carne propia, pero no en términos individuales sino en función de la trama de relaciones en las cuales se desarrollan los procesos de salud/enfermedad/atención.

Según explica Menéndez (2009), los procesos culturales de alta complejidad son ignorados por los epidemiólogos y antropólogos (plantea que ambas disciplinas deben construir una complementariedad para el planteamiento de una epidemiología socio cultural) y toma como ejemplo el racismo, en el sentido de que es un proceso cultural de suma importancia y que tiene una enorme incidencia en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención.

Su preocupación se centra en que la carencia de una aplicación sistemática de una epidemiología socio cultural deja a la deriva (sin análisis, explicaciones, atención) muchos de los principales problemas sociales y de salud colectiva.

Si como profesionales entendemos que dichos procesos culturales son inescindibles de los procesos de salud/enfermedad de los sujetos veremos que representan un gran potencial para tener un marco más amplio desde el cual realizar intervenciones desde el Trabajo Social. Sobre todo, teniendo en cuenta que en las comu-



Dolores Irisarri - Fotografía
movilización, no a la eliminación del
Ministerio de Salud
6-09-2018

nidades, organizaciones o instituciones en las que desarrollamos nuestra práctica conviven diferentes culturas. Dentro del hospital se atienden a diario personas que se identifican con tradiciones o costumbres distintas a las propias, lo cual implica el desafío profesional de poder trabajar desde una postura que no busque imponer, sino que tenga la capacidad de pensar a la salud desde la realidad desde ese otro.

En este sentido, desde la intervención en Trabajo Social, considerar a los procesos culturales como dimensión fundamental significa también poner en valor las costumbres, valores, prácticas y saberes ligados a la cultura popular y a las culturas de otros países, como también puede abrir posibilidades para pensar y crear estrategias más acordes a las particularidades de las personas o grupos con los cuales trabajamos.

Participación social en salud como proceso de construcción de ciudadanía

Según Uzcátegui (2010) el enfoque social de la participación comunitaria en el sector salud genera un proceso de construcción de ciudadanía; y se opone a la consideración de las personas como clientes, los toma como sujetos de derechos. La participación comunitaria es esencialmente política y apunta a la democratización-redistribución del poder y del saber dando lugar al saber popular. Es decir, resignifica la política y el ejercicio democrático.

Tomando a Floreal Ferrara (1985), éste remarca la importancia de entender a la salud en el área

Viviana Ríos Alvarado - Fotografía
movilización y paro de CICOP
por paritarias y cierre del Ministerio
6-09-2018



Dolores Irisarri - Fotografía
movilización, no a la eliminación del
Ministerio de Salud
6-09-2018

de la comunidad y las clases sociales que la integran, adhiriéndola al proceso histórico donde se producen sus determinantes y se genera la distribución de sus condiciones entre los integrantes de la sociedad. Esta conceptualización se contrapone a la Idea de la Organización Mundial de la Salud la cual entiende este concepto como el completo estado de bienestar físico mental y social. Si bien, esta definición aporta la variable social y mental, parte de ideas preconcebidas acerca de lo que debería ser ese "bienestar". La salud tomada de esta forma es un concepto rígido, a-histórico. En este sentido, lo que resulta importante remarcar es que no puede definirse a la salud a partir de la idea de un supuesto bienestar, sino que debe tomarse a la misma como un proceso que es histórico y social y por lo tanto, dinámico. La salud-enfermedad es un proceso en movimiento que supone la capacidad de la persona para transformarse a sí mismo y a su medio, nunca supone una adaptación a las condiciones existentes sino que la salud tiene que ver con la lucha, y justamente con la construcción de poder popular para poder modificar lo que se considere necesario. Entonces, el enfoque social entiende a la salud estrechamente vinculada con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar aquello que deba ser cambiado y permita crear condiciones donde se cree el ámbito para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo requerido para interpretar el proceso salud enfermedad se trata de un proceso incesante, hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad.

Entendiendo a esta construcción de poder por parte de los sectores subalternos como uno de los ejes centrales de nuestra profesión, creo que uno de los principales desafíos para el Trabajo Social debe ser la potenciación de espacios organizativos a través de los cuales las personas puedan conocer sus derechos y viabilizar sus demandas de forma colectiva.

En este sentido, una de las tensiones que se presentan en la práctica dentro del hospital, ya que éste está dentro de lo que se denomina "segundo nivel de atención", es la dificultad que se le genera al servicio social para favorecer este tipo de espacios ya que el hospital no está inserto en el ámbito comunitario de la población.

Si bien en la mayoría de los casos se brinda información sobre los derechos de las perso-

nas, entiendo que la instancia más organizativa y de colectivización de las demandas puede ser mayormente viabilizada dentro de lo que se denomina el "nivel de atención primario", en este sentido la estrategia generada desde el servicio social del hospital es la articulación sistemática con las unidades sanitarias de referencia de las personas con las cuales intervenimos, con la intención de que comiencen a tejerse lazos con las instituciones del propio espacio comunitario.

Bibliografía

BREILH, J. (2011) *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Ponencia presentada en: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos, Río de Janeiro. Recuperado de:* <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh%2C%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>

FERRARA, F.I (1985) *Teoría social y salud. Buenos Aires: Catálogos Editora.*

MENÉNDEZ, E. L. (1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires.*

MENÉNDEZ, E. L. (2009) *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar editorial.*

UZCÁTEGUI, J. L. (2010) *Marco Histórico y político de la participación en salud. En: LÉVY, J. & MALO, M. (Eds.). De la participación en salud a la construcción del poder popular. Experiencias para el debate. (pp.17-30). Maracay: IAES. Agenda de Salud para las Américas (2007). Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá. Recuperado en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf*



La perspectiva de derechos en el ámbito de la salud

El dossier hace parte de la sección central de la revista Voces Emergentes, este es el núcleo articulador de problemas, conceptos, objetos de estudio y de intervenciones (metodologías y experiencia) en torno al tema elegido. En este número que aborda la salud desde una concepción amplia y el Trabajo Social, se presentan dos trabajos que se centran en temáticas diferentes, pero los orienta una perspectiva de derechos para repensar nuestra profesión allí. Los/as lectoras/es se encontrarán con un trabajo que aborda las formas de intervención, en términos de continuidades y rupturas, que se establecen en el ámbito de la salud mental desde la sanción de la Ley Nacional n° 26.657. En el otro, se aborda desde la política médica y los recursos al VIH/-Sida, entendiéndola como problemática social.

DOSSIER



Juliana Sánchez - Fotografía
Jornada en defensa de la salud pública y mental - 2018

La lógica manicomial luego de la Ley Nacional de Salud Mental

Por Mariana Martín y Agustina Julieta Vega

Resumen

A lo largo del presente trabajo nos propusimos analizar, dentro del campo de la salud mental, el impacto que ha tenido la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en las prácticas manicomiales, que es la modalidad de intervención sobre los padecimientos en salud mental que prima desde hace siglos. Nos interesa específicamente analizar de qué manera se han atendido los padecimientos de Salud Mental, y cómo algunas prácticas y representaciones continúan vigentes en la actualidad, a pesar de los numerosos cuestionamientos que fueron surgiendo en el siglo XX y de la Ley Nacional de Salud Mental con la que cuenta nuestro país, que fue sancionada en el año 2010.

PALABRAS CLAVES

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

LÓGICA MANICOMIAL

VULNERACIÓN DE DERECHOS

SALUD MENTAL COMUNITARIA

Introducción

Mucho se ha escrito, reflexionado y conceptualizado sobre la salud, proponemos comprenderla como un fenómeno complejo, multidimensional y en relación intrínseca con la enfermedad y con otros procesos vitales humanos (Lopez Arellano, 2013). La salud es un proceso que articula dimensiones psico-biológicas y socio-culturales, pero que también depende del contexto histórico,

geográfico, de cuestiones económicas, políticas, étnicas y de género; el proceso salud/enfermedad tiene múltiples determinantes. En esta misma línea, la Ley Nacional N° 26.657, en el artículo 3, propone comprender a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

A lo largo del presente trabajo nos propusimos analizar, dentro del campo de la salud mental, el impacto que ha tenido la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en las prácticas manicomiales, que es la modalidad de intervención sobre los padecimientos en salud mental que prima desde hace siglos. Es importante destacar que la reglamentación de la Ley (el decreto 606/2013) preveía la readecuación y sustitución efectiva de los dispositivos monovalentes para el año 2020; sin embargo, lejos estábamos de esta meta y más aún luego del intento de aprobar por decreto un proyecto de reforma a fines del 2017, si bien el mismo aún no está vigente por el rechazo que obtuvo, permitió visibilizar la intencionalidad política de regresar al modelo tutelar y a la lógica manicomial.

Como disparador del análisis, recuperamos un recorte empírico que nos parece muy esclarecedor: la situación que atravesó Matías Carbonell como usuario de uno de los hospitales neuropsiquiátricos de nuestro país, el Hospital Borda. El joven, a lo largo de su vida, tuvo una trayectoria por diversos monovalentes. Ante una mejora logró su externación, pero el abandono posterior de su tratamiento trajo aparejada una nueva internación por disturbios en la vía pública. En ese momento Matías ingresó al Borda donde comenzó a ser medicado en el marco de un tratamiento a corto plazo; cuando comenzaron a disminuirle las dosis empezó a tomar conciencia de las condiciones en las que vivía tanto él como sus compañeros, quienes

estaban sobre-medicados, padecían malos tratos y muchos se encontraban en tratamientos de internación prolongados. Según relata Adriana Rodríguez, madre de Matías, el joven comenzó a ver a sus compañeros como ella lo veía a él, “cayéndoseles la baba, tirados por los parques del hospital, muchas veces sin atención”¹. El joven había sido elegido por sus compañeros como delegado, y ante sus reivindicaciones por mejoras en las condiciones de vida fue trasladado a una sala donde la madre lo encontró golpeado, en estado de inconsciencia y con signos de haber recibido un tratamiento de electroshock. Ante la indagación de Adriana, las respuestas por parte del hospital fueron inconsistentes: afirmaron que lo único que sabían es que el joven había tenido un traslado violento. Luego de este episodio, Matías salió un fin de semana con un permiso de visita, pero cuando se reintegró al neuropsiquiátrico pasaron dos días y los enfermeros avisaron que lo habían encontrado con insuficiencia respiratoria, motivo por el cual fue trasladado al Hospital Penna donde falleció después de 24 días de internación, en noviembre de 2010. Al día de hoy, las causas de su muerte continúan sin ser esclarecidas.

La situación por la que atravesó Matías y su familia no es un caso aislado, responde a una lógica de intervención sobre los padecimientos de salud mental que surgió con la Modernidad y, si bien existen algunas rupturas, se perpetúa hasta nuestros días.

La “locura” historizada

Realizaremos un recorrido histórico para reflexionar en relación a los modos de atender la cuestión de la Salud Mental y las concepciones en torno a la misma. A partir del recorte empírico descripto, nos interesa específicamente analizar de qué manera se han atendido los padecimientos de Salud Mental, y cómo

algunas prácticas y representaciones continúan vigentes en la actualidad, a pesar de los numerosos cuestionamientos que fueron surgiendo en el siglo XX y de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) con la que cuenta nuestro país, que fue sancionada en el año 2010.

Para iniciar el recorrido, recuperamos los aportes de Galende (1990) quien en su texto *Psicoanálisis y Salud Mental*, analiza las formas de intervenir en ese campo. Su análisis se remonta al feudalismo, donde el método de atención a la “locura” era el contacto con la naturaleza, el reposo, el aislamiento, los cuales sólo estaban aconsejados en casos extremos o peligrosos. Posteriormente, a partir del siglo XVI, con el capitalismo incipiente, se empieza a pensar en el encierro y la exclusión como grandes soluciones a las enfermedades de la época, pero también había otras personas que pasaban a ser objeto de esta política de encierro: los “locos”, los mendigos, los vagabundos, los homosexuales, las prostitutas y los pobres también eran excluidos, segregados y considerados “desechos sociales”. Las funciones de hospitales, instituciones de asistencia y hospicios eran tanto de control como de caridad. Con el afianzamiento del capitalismo y la consolidación de la medicina se produjeron modificaciones en relación con la atención a la “locura”: en el siglo XVIII los médicos encuentran a los “locos” encerrados como condición natural, situación que no es cuestionada ni problematizada. Ante ese panorama, la propuesta es realizar un tratamiento de carácter impositivo, basado en el castigo y la segregación (Galende, 1990).

En el marco de las ideas racionalistas que promovían la constitución de sujetos conscientes y responsables, el “loco” pasó a ser considerado un sujeto irracional que no estaba acorde con los principios de la sociedad de la época, constituyéndose en un sujeto no-deseado y peligroso para el orden social (Lonigro, 2015). De esta forma se va gestando la psiquiatría, como disciplina interventora sobre “la locura”, la cual es entendida como una “enfermedad mental” y como un problema para la sociedad.

¹Recuperado el 12/06/2018 a las 15:23 hs. , de <https://www.youtube.com/watch?v=VDzJAD6ruos>



Juliana Sánchez - Fotografía
 Jornada en defensa de la Salud Pública
 y Mental / 17-11-2017

En ese contexto, la locura como problemática debía ser atendida y la solución encontrada fue la institución de neuropsiquiátricos. En estos lugares “en nombre de la cura *“científica”* se habilitaba la forma más radical de destitución subjetiva y construcción de un estado de excepción de derechos” al interior de los mismos (Stolkiner, 2012, p. 1). Pero, como afirma Galende (1994), los psiquiatras no fueron los responsables de la creación del manicomio, la sociedad de la Modernidad fue quien recurrió a ellos por la necesidad de recluir, concentrar, regular y controlar a los “diferentes”, logrando establecer así un exterior “libre de ellos, limpio, razonable” (Galende, 1994, p. 68). Los psiquiatras se encargaron de la legitimación de estas instituciones. Recurriendo a una lógica tutelar y paternalista, se encargaron de controlar a los sujetos “enfermos”, de aplicarles un tratamiento y de tomar decisiones por ellos, ya que no se consideraba que éstos fueran capaces de realizar juicios sensatos (Galende, 1990). Galende (1990) califica al manicomio como un “privado monstruoso”, porque divide lo público

de lo privado. Paradójicamente, aunque solemos pensar en el manicomio como un lugar público, el manicomio es un espacio privado, “privado” en el sentido de privación, ya que en su interior la intimidad y la privacidad de los actos corporales se pierde. Los habitantes de los neuropsiquiátricos pasan por un proceso de pérdida de su singularidad y de su identidad: dentro de este lugar todos son atendidos sin ningún tipo de distinción, sin atender a las particularidades y necesidades de cada sujeto, consolidando así como una masa uniforme y homogénea. En este sentido es que también se lo denomina “monstruoso” porque se impide la libertad por medio de la regulación de la palabra y las acciones, las personas no son comprendidas como sujetos de derechos, perdiendo la individualidad.

Estas instituciones usualmente eran ubicadas en los márgenes exteriores de las ciudades, intentando que quedaran lo más alejadas posible de las mismas. Esto respondía a una doble intención: por un lado, que los manicomos no sean vistos, y por otro lado, como los “locos” estaban lejos, no

implicaban tanto “peligro” generando así una sensación de tranquilidad a la sociedad. Al estar tan alejados los manicomios, y tan ocultos a la vista, las condiciones de vida de los “locos” eran desconocidas.

En este sentido, nos resulta necesario reflexionar en torno a esta idea de locura vinculada a la peligrosidad. Hay un imaginario social instalado en relación a la figura del “loco” como peligroso para sí y para los demás, a tal punto que muchas veces “locos” son asociados con las actividades delictivas. Este es uno de los motivos que explica la aceptación social del manicomio e incluso su defensa, incluso en la actualidad que las condiciones de vida en los mismos se encuentran más difundidas y en las que contamos con propuestas de alternativas a la manicomialización.

En estas instituciones las personas comprendidas como objetos de intervención, han sido y son víctimas de una vulneración sistemática de sus derechos, víctimas de malos tratos y diversas formas de tortura, víctimas de tratamientos que privilegian la “tranquilidad” y el orden de las instituciones por sobre la libertad y la dignidad de los y las usuarios de los dispositivos de salud mental. Esto último se traduce en tratamientos de internación prolongados, muchos de ellos caracterizados por el aislamiento, sin contacto con el exterior ni sus allegados, sobre-medicación, tratamientos nocivos como el electro-shock y el choque con insulina. Frente a las características de los tratamientos y las condiciones de vida que no contemplan su dignidad, su privacidad y su integridad como seres humanos (baños expuestos, ropa uniformante, necesidades alimentarias, entre otras), pierden las expectativas de mejorar su salud, y las ganas de cuidarse, incluso, muchos de ellos, por la pérdida de contacto con el “afuera” sienten temor ante la posibilidad de una externación o egreso.

Es interesante resaltar, recuperando los aportes de Lonigro (2015) que, en nuestro país, el dispositivo psiquiátrico surge específicamente a mediados del siglo XIX, momento en el cual se establecen instituciones monovalentes, algunas de las cuales aún hoy continúan en ejercicio de sus funciones, entre ellas el mencionado Hospital Borda. Éste fue creado en el año 1858 pero inaugurado en el año 1883. A partir de su inauguración, el hospital fue ampliándose debido a la gran cantidad de población que ingresaba, la cual era clasificada

minuciosamente de acuerdo a las características y/o patologías que presentaran. Las condiciones de vida en el Hospital Borda eran semejantes a las condiciones de hacinamiento y reclusión en cárceles.

Una de las causas del hacinamiento es la política de encierro a la que recurrió el Estado ante el crecimiento de las actividades delictivas y la posterior criminalización de la pobreza y la inmigración.

Experiencias alternativas a la lógica manicomial

En la década del 60, en diversos países comenzaron a surgir ideas que cuestionaron el tratamiento psiquiátrico como modo de atender a las personas con padecimiento de Salud Mental. Se cuestionaba el encierro y la lógica de las instituciones psiquiátricas. Fue este movimiento contra-hegemónico el que permitió sentar las bases para repensar la categoría “locura” y poder reemplazarla paulatinamente por la de “Salud Mental” y, también, contribuyó con el surgimiento de métodos alternativos de atención a los padecimientos de Salud Mental. Estas ideas no surgieron de la nada, estuvieron vinculadas con un contexto histórico social de cuestionamiento al sistema capitalista y a sus instituciones, en el cual se abrió la posibilidad de reflexionar en relación a las prácticas instituidas y modificarlas.

Específicamente en relación a los manicomios, se comenzó a pensar que “eran lugares de opresión y dolor, y no de cuidado” (Basaglia, 2009)².

Las primeras experiencias alternativas fueron comunidades terapéuticas, experiencias comunitarias donde los médicos, enfermeros y el personal de las instituciones intentaban recuperar la palabra y los deseos de los usuarios de estos dispositivos con la intención de mejorar sus condiciones de vida, revindicar su dignidad y comenzar

²Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-133467-2009-10-15.html>, el 14/06/2018 a las 14:30 hs.

comprenderlos desde una perspectiva de derechos. Se trabajaba en grupos y se realizaban asambleas de pacientes y personal.

En Argentina, la película “Una comunidad de locos”, relata parte de estas experiencias. En ella, médicos, enfermeros y usuarios dan cuenta de cómo impactaron las nuevas prácticas en la cotidianeidad del tratamiento. Los médicos protagonistas resaltan la comprensión de la salud como un fenómeno no sólo del orden físico y mental, sino, recuperando la dimensión política e ideológica, las cuales sustentaban las prácticas e intervenciones. Uno de los objetivos era terminar con la infantilización de los usuarios y el rol paternal ocupado por los profesionales.

En nuestro país, estas experiencias innovadoras en el campo de la Salud Mental se vieron interrumpidas en el contexto de la última dictadura militar. Sin embargo, aunque “constituyeron experiencias aisladas, establecieron antecedentes significativos retomados al regreso del orden democrático” (Lonigro, 2015, p. 5). Con el restablecimiento de la democracia y ante la exacerbación de las manifestaciones de la cuestión social, las internaciones crecieron, pero volvieron a ser fuertemente cuestionadas. Se comenzaron a pensar en políticas de salud mental, éstas políticas no fueron concesiones amables del Estado, sino que fueron conquistas de usuarios, familiares, organizaciones sociales y algunos profesionales que apoyaban las iniciativas reformistas: el mayor logro de esa lucha fue la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el año 2010.

La ley “tiene por objeto asegurar el derecho de protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental” (Art. N° 1). En relación a la definición de salud mental, el artículo N° 3 la plantea “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. La legislación reconoce a los sujetos con padecimientos mentales como personas con capacidades, reconoce la necesidad de una intervención interdisciplinaria y la importancia de una utilización consciente de la medicación (con objetivos terapéuticos) y de un proceso de

atención de carácter ambulatorio, tomando a la internación como un recurso excepcional.

Reflexiones finales

En la actualidad, estamos ante la convivencia problemática de dos lógicas: se encuentran en tensión el dispositivo manicomial vigente a lo largo de siglos y la idea de tratamientos alternativos de salud mental.

“(...)el encierro te enferma más, que la vida en el interior de estos espacios es indigna, los malos tratos son continuos, pero la violencia no es sólo física, sino también verbal y psicológica;(...)”

A partir de los testimonios de algunos/as participantes de la Asociación de usuarios, trabajadores y familiares de la Salud Mental de La Plata, pudimos conocer en primera persona parte de la realidad en los monovalentes. Éstos afirman que “el encierro te enferma más”, que la vida en el interior de estos espacios es indigna, los malos tratos son continuos, pero la violencia no es sólo física, sino también verbal y psicológica; comprenden la necesidad de una medicación, pero afirman que el abuso de la misma los “anula como personas”. También critican que los usuarios de estos dispositivos son tratados como objetos (“hasta los enfermeros te tratan como animales”), y afirman que el silenciamiento de sus voces, deseos y necesidades continúa dominando las intervenciones en salud mental. La vigencia de estas prácticas vinculadas al dispositivo manicomial que relatan los/as usuarios/as, caracterizadas por el castigo, la tortura y la apelación a la medicalización, son las que explican situaciones como las que vivió Matías Carbonell en el Hospital Borda.

Los informes de la Comisión Provincial por la Memoria también son fuentes que dan cuenta de cómo los derechos de los/as usuarios/as continúan

siendo violados desde múltiples dimensiones:

“En las distintas inspecciones realizadas por la CPM hemos podido constatar la sistemática vulneración de derechos elementales de los usuarios del sistema privados de libertad. Sigue prevaleciendo el modelo médico hegemónico que la ley modificó: el loco como sujeto despojado de derechos que debe mantenerse al margen de la sociedad. Los padecimientos son vastos: torturas y maltrato, alimentación escasa, carencia de espacios y actividades recreativas, deficiente atención sanitaria, aislamiento extremo, y permanente control a través de la prescripción y administración de psicofármacos como única estrategia tratamental. Aún hoy el sistema de salud no cuenta con recursos necesarios por fuera del manicomio: las externaciones son altamente improbables o se realizan sin ninguna garantía de éxito” (CPM, 2016, p. 20).

Si bien el episodio de Matías fue difundido por la madre y la familia del joven. Las muertes en los neuropsiquiátricos, son una constante, que se intenta invisibilizar, ocultándolas para evitar el debate en la opinión pública. En el año 2015 en:

“dos de los grandes hospitales monovalentes que alojan a personas con padecimiento mental se produjeron 74 muertes sobre una población internada promedio de 1.489 personas; esto arroja una tasa bruta de mortalidad de 49,69 por cada 1.000 personas; es superior a las muertes ocurridas en el mismo período en todo el sistema penitenciario de la Provincia, donde la tasa fue de 4,25 personas fallecidas cada 1.000” (CPM, 2016, p. 21). De todos modos, existen grupos de profesionales y organizaciones de la sociedad civil que protagonizan experiencias con el objetivo de acompañar desde el nuevo paradigma los tratamientos de las personas con padecimientos de Salud Mental. Tuvimos la oportunidad de dialogar con un psiquiatra del Hospital San Martín de La Plata, quien se encuentra comprometido con la tarea de la implementación de la ley, pero su trabajo se encuentra obstaculizado por resistencias por parte de algunos/as profesionales, trabajadores/as y familiares de usuarios/as a la atención comunitaria de la Salud Mental.

Los/as profesionales y trabajadores/as de la Salud Mental, vieron un gran retroceso a fines del año pasado, cuando se intentó aprobar por decreto el proyecto que derogaba las reglamentaciones precedentes de la Ley Nacional N° 26.657 (las Ordenanzas 606/2013 y 1053/2016) y que proponía reinstalar la lógica tutelar y de manicomio, modificaba la concepción de salud mental, dejaba de tener en cuenta la voz y los intereses de las

personas con padecimientos de salud mental y modificaba la dependencia ministerial de organismos que promovía la Ley³. Este decreto fue ampliamente rechazado por diversas organizaciones y también por usuarios/as, familiares, profesionales y trabajadores/as, por lo cual aún se encuentra en suspenso y será debatida su real implementación.

Todas estas cuestiones, como afirman Schmuck y Serra, nos “plantean la necesidad de pensar en términos de lógicas. Es decir, entender que lo manicomio no está delimitado por lugares y espacios físicos, sino que es la expresión de aquellas lógicas implícitas en diversas prácticas sociales (...) que contribuyen a la medicalización, el silenciamiento, y a la exclusión social de los padecimientos” (2009, p. 3). El campo de la Salud Mental es un campo de lucha, de disputa de sentidos. La Ley fue un gran avance, un gran reconocimiento de las personas con padecimientos mentales y sus derechos, y da cuenta de un cambio de paradigma. Pero es necesario lograr problematizar los modos tradicionales de atender estos padecimientos, los imaginarios sociales y las representaciones que se esconden por atrás de las prácticas, tanto de los/as profesionales como de la comunidad en general, la reflexión en torno a los prejuicios y temores, son factores a tener en cuenta para lograr cambios sustanciales; sin este trabajo no es posible pensar en modificaciones en la intervención desde una perspectiva de derechos.

También, en este contexto en el que se intenta generar una opinión pública y un sentido común en contra de la perspectiva de derechos y de la intervención del Estado en materia de salud⁴, es importante no dejar de organizarse, de dar visibilidad a las vulneraciones de los derechos de las personas con padecimientos de salud mental en los manicomios, de fortalecer espacios como la Asociación de usuarios, trabajadores y familiares de la Salud Mental, y los Centros de Salud Mental Comunitaria, que son espacios donde las personas con estos padecimientos encuentran una gran contención en el proceso de externación.

³Recuperado de <https://www.cels.org.ar/web/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por-decreto-de-su-reglamentacion-eliminar-la-perspectiva-de-derechos-humanos/>, el 15/06/2018, a las 16 hs.

⁴Y en otras esferas como la educación y la implementación de políticas públicas y sociales que den respuesta a las manifestaciones de la “cuestión social”.

Bibliografía

BASAGLIA, F. (2009). "El manicomio liberado". Publicado en *Diario Página 12*.

Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-133467-2009-10-15.html>

Comisión Provincial por la Memoria (2016). Informe Anual 2016. Buenos Aires.

Disponible en: <http://www.comisionporlamemoria.org/comite/informes/anales/informe2016.pdf>

Decreto 603/2013: Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental, Argentina, 2013.

Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>

GALENDE, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

GALENDE, E. (1994). "Modernidad, individuación y manicomios". En COHEN, G., STOLKINER, A., et al. *Políticas en Salud Mental*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

LEY N° 26.657: Ley Nacional de Salud Mental, Argentina, 2010. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

LONIGRO, S. (2015). *Del Paradigma Manicomial al Campo de la Salud Mental. Puntuaciones de su historia política en Argentina*. En SEOANE, I. y LONIGRO, S. (comp.): "Lazo Social y Procesos de Subjetivación. Reflexiones desde la época". EDULP, Buenos Aires. Disponible en sedici.unlp.edu.ar.

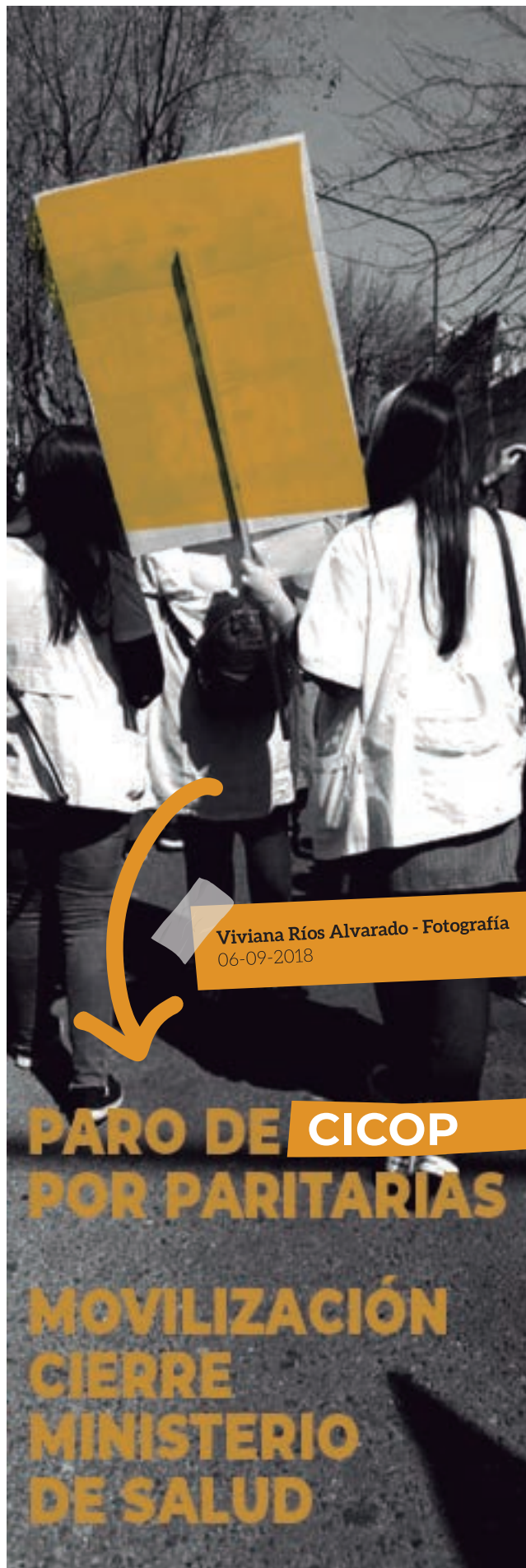
LOPEZ ARELLANO, O. (2013). Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En *Divulgacao em saude para debate*. N° 49: 150-156. Rio de Janeiro. Brasil.

Proyecto de decreto 2017: recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1kdJZMy6AgIzucGciL-FPAIPxmyQmXiJGe/view>

SCHMUCK, M. S. y SERRA, M. F. (2009). Sustitución de lógicas manicomiales: de las perplejidades a los desafíos. Publicación de las V Jornadas de Investigación en Trabajo Social, UNER.

STOLKINER, A. (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. Publicado en *Revista Intersecciones Psi*. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA. Año 2, n°4.

Otros recursos utilizados: *Visión 7* (2015). *Torturado en el Borda: El caso Matías Carbonell*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=VDzJAD6ruos>



Repensar el VIH/SIDA: aportes para la construcción de un abordaje integral, en perspectiva de derechos

Por Viviana Ríos Alvarado

Resumen

El artículo aborda al VIH/Sida como una problemática social en términos de política médica y de recursos, con objetivos principalmente en términos de concientización y desmitificación de la infección, para discutir con la estigmatización con que se respondió en el momento del surgimiento de la misma. En este sentido, aporta datos actuales con una reflexión sobre el tratamiento en términos sociales y desde los dispositivos de salud.

PALABRAS CLAVES

VIH/SIDA SAUD
DERECHOS
POLÍTICA PÚBLICA

Introducción

El artículo aborda al VIH/Sida como una **problemática social** en términos de política médica y de recursos, con objetivos principalmente en términos de concientización y desmitificación de la infección. Aporta datos actuales con una reflexión sobre el tratamiento en términos sociales y desde los dispositivos de salud.

El VIH/Sida es hoy una enfermedad que afecta a miles de personas en nuestro país y en el mundo, y que debido a la estigmatización social con que se respondió en el momento del surgimiento de la misma, no sólo afecta la salud física quienes conviven con seropositivo, sino también a limitaciones sociales que

dificultan su desarrollo personal y social.

A esta situación se suman la falta de políticas de prevención y difusión, generando que muchas personas nunca se enteren que son portadoras, o que en el caso de enterarse de ello, tengan limitaciones de todo tipo para acceder al tratamiento retroviral. También pueden llegar a abandonar el tratamiento médico debido a la falta de conciencia sobre la necesidad de sostenerlo, así como a la estigmatización y depresión que las/os afecta. La escasez de centros de atención de la problemática influyen también negativamente en la adherencia al tratamiento, ya sea por la distancia que deben recorrer para tratarse, como por la imposibilidad de plantear en los espacios laborales.

Si bien por Ley Nacional, Argentina ofrece la atención universal a la enfermedad, muchas son las faltas hoy por hoy en el servicio de salud pública que ha ido además en profundo retroceso en los últimos cuatro años. Esto impacta en la estabilidad de las personas en tratamiento debilitando la posibilidad de un cambio en la conciencia cultural sobre la problemática, manteniendo el silencio y la discriminación.

Se ha señalado que en nuestra América, la profundización de las injusticias sociales acentúa el acceso desigual a recursos materiales y simbólicos necesarios para la apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de ciudadanía.

La enfermedad social

Para nuestro análisis tomaremos al Virus de Inmunodeficiencia Humana como una **enfermedad social**, es decir desde una perspectiva que pone el foco en analizar cómo una sociedad en determinado momento histórico define a sus componentes sociales, (sujetos, instituciones y problemáticas). De esta forma, abordaremos el acceso a la salud de personas con VIH no sólo como un problema de salud pública, sino como una manifestación de las desigualdades de clase y

de género establecidas socialmente, por lo cual atañe a la política pública.

Utilizaremos como encuadre de análisis general el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) definido como: "Conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado" (Menéndez, 1990, p.83).

Entendiendo que este modelo se instaura en la sociedad capitalista y patriarcal, sus principales características se expresan en una mirada de índole positivista, biologicista, *individual, ahistórica*, con una relación *asimétrica en la diada médico-paciente*. La salud/enfermedad se inserta como una mercancía más y se arraiga la concepción de subordinación social en tanto que se ve al sujeto tutelar de derechos como ignorante de un saber y como *responsable de su enfermedad*, con una orientación básicamente curativa y efectivista.

"Existe una población que no es riesgosa, sino que esta socialmente puesta en peligro debido a la estigmatización y la desidia del Estado"

Esto se evidencia cuando hablamos de VIH ya que el tratamiento clínico es casi exclusivamente responsabilidad singular de lxs sujetxs que se atienden, visto como individuo capaz de generar las herramientas por sí mismo que lx lleven a la "curación", generando que la asimetría de poder y la ahistoricidad no permitan ver los causantes sociales y las implicancias subjetivas de la configuración de la enfermedad en los territorios.

En este sentido, es importante reconocer y problematizar la noción de poblaciones vulneradas, entendiendo estas como "los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de lxs individuxs o colectividades a infectarse, enfermarse o morir de VIH o sida, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican en relación con el problema y

con los recursos para enfrentarlo" (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2011). Esta vulnerabilidad se caracteriza por ser multidimensional, integral y progresiva, afectando de formas diversas todos los aspectos de la vida de una persona y agravándose con el tiempo y con las desigualdades si desde el Estado no se tienden políticas certeras desde un enfoque de derechos humanos. *Es decir, existe una población que no es riesgosa, sino que esta socialmente puesta en peligro debido a la estigmatización y la desidia del Estado.*

De esta forma, lejos de construir un perfil de personas con VIH/SIDA, es imprescindible relevar información crítica para construir un tipo de política social equitativa que deje de lado los tabúes y pase a conformar un modelo complejo de salud nacional.

Actualmente en Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación señala que los principales afectados forman parte de la población económicamente activa, entre los 20 y 39 años. El 63% de esta población no terminó los estudios secundarios y la relación entre varones y mujeres es de 2.1 a 1 respectivamente.

El 90% de la población contrajo el virus a partir de relaciones sexuales sin protección, en su mayoría a partir de la relación sexual con varones (mujer con varón - varón con varón - trans con varón). La mayor situación de vulnerabilidad se da sobre las mujeres y mujeres trans, dado que el 57% de ellas vive en condiciones socioeconómicas bajas, mientras que ellos en un 46%. El 58% del total se queda sin comida antes de tener dinero suficiente que les permita volver a comprarla (principalmente en el norte del país).

Luego de que la OMS decretó la notificación obligatoria para las personas que se transmitan de esta infección (2000), Argentina lo legisló y a la par que autoriza a las Fuerzas Armadas a hacer serologías abiertas a las personas que tienen relación con su servicio, comenzó a tender en casi todas las provincias planes de refuerzos alimentarios que a través de una canasta de alimentos se repartía entre los pacientes con VIH. El mayor problema de esta canasta era que muy difícilmente se ajustaba a la dieta adecuada para una persona que convive con el virus.

Al inicio de 2008, se proveía también a través de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud, tratamientos antirretrovirales para 26.500 personas y medicación para enfermedades oportunistas (Ministerio de Salud, 2008).

De esta forma si bien se daban respuestas a las exigencias de la OMS, la ley reproduce en cierto sentido una marca personalizada para quienes

portan el virus, que según Maglio (2003) aporta a la construcción social del VIH o sida en sus efectores de salud. Parte del pensamiento hegemónico sólo reconoce al estrés como mediación entre lo social y lo biológico, cuando los determinantes sociales del proceso salud enfermedad tienen que ver con los procesos políticos y sociales que se lleven adelante en una sociedad.

Al respecto, Curbeli (2012) hizo un relevamiento sobre las concepciones de los efectores de salud sobre el VIH, a través de entrevistas sobre aspectos que iban desde el concepto y las referencias al estigma, hasta la discriminación y el género: “Los orientadores reconocen en discursos de algunos usuarios el funcionamiento de metáforas como *muerte, vergüenza y castigo* y su función como maniobras lingüísticas que operan en los imaginarios. Las mismas posibilitan una base a nivel social para las respuestas estigmatizantes y discriminatorias al VIH/sida, además de formar imágenes inexactas” (Curbeli, 2012, p. 497).

A través de este estudio podemos ver que muchas de las ideas culpabilizadoras que socialmente se generan sobre el virus persisten en efectores de salud: “Los orientadores caracterizan las prácticas de exposición de los usuarios en contextos privados, separadas de cuestiones sociales, económicas y políticas” (Curbeli, 2012, p. 500). Sobre los determinantes sociales de la salud, Laurell (1982) plantea la **necesidad de romper con el ideario mono-causal del Modelo Médico Hegemónico, recuperando la unidad entre enfermedad y salud, siendo distintos momentos de un mismo proceso**. Son precisamente estas cuestiones sociales económicas y políticas la que llaman a la presencia de políticas públicas en espacios públicos de salud y educación. Hay mucha vinculación entre los contextos socioeconómicos adversos, la discriminación de género y étnica y la vulnerabilidad a la transmisión del virus.

Los tabúes sociales respecto de la sexualidad humana, la negación a una educación sexual integral y la falta de acceso a instituciones públicas de salud (en los casos donde la más cercana ya está de por sí a kilómetros de la vivienda propia) son factores de la desigualdad, que hacen que una población sin conocimiento no viva el virus de la misma forma de quien lo conoce, sabe y tiene las condiciones para sobrellevarlo.

Esto se ve sobre todo en que la mayoría de los programas preventivos (es decir aquellos que atañen a la educación y no sólo al testeo) suelen negar que existen contactos sexuales entre hombres o estigmatizar a quienes además de ser homosexuales portan el virus, como si fuese una sumatoria de condenas sociales que

aíslan y cortan el vínculo de confianza de lxs sujetxs con la sociedad (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2011).

En cuanto a las mujeres, suele señalárselas como inmorales o promiscuas desde una **concepción cristiana hegemónica de la moral**, restringiendo la búsqueda de información o incluso el acceso al tratamiento.

De esta forma, la discriminación altera la percepción de las mismas personas sobre su salud y su integridad, haciéndolas sentir fuera de las categorías de ciudadanía tanto en espacios públicos como privados.

No se puede separar esto de las nociones que se intentan implantar desde los organismos de gestión, que a veces más, a veces menos, no preparan instrumentos eficaces para la erradicación del VIH como un problema de injusticia social que trascienda los límites de un gobierno y sea política de Estado. Los cambios en las gestiones son también cambios en tanto a los modos de ver los problemas, a los actores considerados y convocados, a los modos de organizar el trabajo, como también al desarrollo de aspectos vinculados a la subjetividad de las personas que se encuentran involucradas en los procesos de trabajo.

De esta forma, cuando hay vaciamiento de la política pública, faltantes de recursos para los tratamientos y la prevención del VIH/Sida, es el Estado quien está constituyendo a la enfermedad como una amenaza para la vida, la libertad, la supervivencia, la seguridad y la vivencia de una sexualidad libre de riesgos.

Lo simbólico se pone en juego

En el último Boletín sobre el VIH-SIDA en Argentina, publicado por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, se estima que actualmente son 120 mil personas las afectadas por el virus a nivel nacional, “la relación hombre/mujer es de 2,4 a 1: por cada dos varones con VIH hay una mujer con el virus. Y en cuanto a los varones, un número que también viene creciendo: uno de cada cuatro nuevos diagnósticos de VIH se da en hombres de 20 a 35 años que tienen sexo sin protección con otros hombres. Vemos cómo nuevamente los varones, especialmente los más jóvenes, gays y bisexuales siguen liderando los casos de infección y cómo las mujeres por encima de los 40 están empezando a tener una relevancia que no habían tenido hasta ahora en la historia de la epidemia” (Dirección de Sida, ETS,

Hepatitis y TBC, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2016)

Recién a partir del 2001, momento en el que comenzó la notificación obligatoria del diagnóstico, la eficacia de la detección aumentó en un 36,2%, con criterios de especificación de población vulnerable, estudios por sexo y edad, y datos estadísticos comparados en un programa de computadora creado por la ONU. En este sentido es necesario marcar el hecho de que estos datos aportan información sobre la orientación sexual e identidad de género de lxs afectadxs a nivel nacional, y, al ser una reglamentación internacional, sobre lxs diagnosticadxs en todo el mundo.

Esto se debe a la aparición del VIH en la agenda pública, de la mano de la estigmatización a homosexuales y trabajadoras sexuales, responsabilizándolos de la transmisión de la infección.

Aquí nos parece fundamental el aporte de Gimenez (2007) quien plantea que lo simbólico son aquellas representaciones sociales que se materializan en todas las prácticas sociales. Desde esta concepción simbólica de la cultura las representaciones sociales son producto de condiciones históricas y de contextos inmediatos que generan pautas de sentido y producen sistemas simbólicos que ordenan la conducta colectiva.

Es por esta interpretación de la cultura que la mayoría de las políticas de prevención y tratamiento de la persona serológica positiva van hacia el cambio cultural de la concepción de la enfermedad de VIH; son estas representaciones socialmente constituidas y sus significantes lo que condicionan no sólo la mirada hacia la enfermedad, sino también la respuesta de "lxs enfermx" hacia un discurso que incorpora formas de control social y corporal que parece establecida como la correcta y les delega un lugar pasivo.

Lejos de querer perpetuar esta estigmatización, son muchas las organizaciones feministas y de la disidencia sexual las que exigen que la política pública entienda que estas poblaciones son vulnerables no por el hecho de tener más latencia a la infección (los estudios internacionales de la última década demuestran que son principalmente varones heterosexuales quienes mayoritariamente esparcen el virus entre sus parejas sexuales), sino porque la marginalidad con la que se vive genera conflictos emocionales tales como ansiedad, negación, temor y aislamiento social, que se agrava con:

- La ausencia de la atención y promoción primaria de la salud para la prevención.

- La falta de recursos a los hospitales de salud pública donde los pacientes con VIH retiran los medicamentos, ya que la falta de seguimiento por

parte del hospital lleva a la deserción de los espacios de contención, tales como círculos de debate que intentan contrarrestar la culpabilidad, el enojo y la depresión.

Retomando a Gramsci, la triada poder- cultura-conflicto aparece también dentro del campo de salud, donde las prácticas del sistema médico se organizan para que siga respondiendo al modelo médico hegemónico, llevando a que los tratamientos con grupos vulnerados en vez de aportar a la desmitificación la acentúen.

No nos parece menor que en esta enfermedad que tiene su mayor momento de visibilización a principios de los años ochenta, la respuesta del modelo médico hegemónico no haya sido la internación, sino la adaptación al nuevo tipo de sociedad que estaba en formación: las sociedades de control. En ella lo que empieza a crecer es moldear a lxs individuadxs desde el marketing y el mercado para ejercer control social.

Por esto es imprescindible considerar a lxs sujetxs titulares de derechos con VIH/SIDA vinculadxs a su situación socioeconómica, cultural, identidad de género y sexual, ya que pueden llegar a tener algún tipo de incidencia en la efectividad de un tratamiento que erradique de una vez por todas al VIH/SIDA como una forma más de injusticia social.

Convivir con VIH/Sida en la actualidad

La falta de recursos en reactivos, antirretrovirales y CD4 que son denunciados por los efectores de la salud pública desde Marzo del 2016, así como el vaciamiento del Plan Nacional de Alimentación para personas con VIH/SIDA, el cierre de las pensiones que estaban a cargo de la Dirección de Sida y ETS, junto con el achicamiento del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que se encargaba de la distribución de preservativos gratuitos a nivel nacional, afectan definitivamente el desenvolvimiento de la atención médica y social que los hospitales públicos puedan brindar para el tratamiento integral de la población con VIH.

Los últimos números registran 6.500 nuevos diagnósticos de VIH, siendo en mujeres de entre los 45 y 59 años y en varones entre 15 y 24 años. A la par de esto, durante el año 2018 se han dado nuevas políticas del gobierno de Mauricio Macri en contra de sistema público de salud que ha repercutido en los alcances de políticas orientadas a personas con VIH/SIDA y que también han ido en retroceso respecto de cómo se entiende a la enfermedad.

En este sentido, el artículo 126 del nuevo código

de faltas que está en tratamiento en el Congreso Provincial de Mendoza y con media sanción de la Cámara de Senadores establece que “la persona que transmitiere enfermedad venérea o contagiosa, será sancionada con multa desde un mil quinientas (1.500) U.F. hasta tres mil (3.000) U.F. o arresto desde quince (15) días hasta treinta (30) días”. Así, las formas estigmatizantes toman un matiz criminalizador hacia las personas que viven con enfermedades de transmisión sexual, como el VIH/Sida.

Esta propuesta desconoce la evidencia científica en relación a que la criminalización de las personas con VIH está generando más daños que beneficios en términos de impacto en la salud pública y en los derechos humanos.

En contraposición a esta mirada que se asemeja más a la que existía en los años 80 que a la que se venía trabajando actualmente, es importante introducir a nuestro análisis una concepción del sujetx con VIH/Sida como sujetxs de derechos, entendido de forma multidimensional. De esta forma quien accede a la atención de VIH no sólo tiene como derecho el acceso a la salud, sino también al placer y a disfrutar de su sexualidad libremente.

Es para ello necesario un correcto conocimiento de los mecanismos de protección y barrera contra la enfermedad, como el preservativo.

El desconocimiento de estas estrategias es responsabilidad del Estado y no de lxs sujetx que transitan la enfermedad, por lo que una condena al respecto de su transmisión insiste con la individualización y la estigmatización. La mirada pasiva de lxs enfermxs del MMH, que en el caso del VIH/SIDA toma posesión de los cuerpos desde una mirada de control, moldeando el cuerpo enfermo al padecimiento y no al goce toma un nuevo cariz represivo acorde a las políticas de gobierno coercitivas.

Esto va de la mano del fuerte recorte del presupuesto de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis, Tuberculosis y Lepra a raíz del pase del Ministerio de Salud a Secretaría. Habiendo analizado que la mayor parte de la población que hoy se ve afectada por la falta de medicamentos y de acceso a la información de prevención y tratamiento es la que está siendo afectada por la fuerte devaluación y el proceso inflacionario, los ataques a la salud pública ponen en jaque la continuidad de los Programas que conforman esta Dirección.

También cabe destacar que la población trabajadora sexual que vive con VIH está particularmente criminalizada, yendo en ascenso en los últimos años la cantidad de arrestos y coexiste con la persecución policial, llevándolas a que en muchas oportunidades estén detenidxs y en ese

marco no reciban la adecuada medicación para el tratamiento de VIH/SIDA, reforzando esta idea de que lxs sujetxs no son vulnerables, sino que están siendo vulneradxs por el Estado.

En este marco de retrocesos para las políticas de salud y para las concepciones y debates en torno a las enfermedades sociales, es fundamental destacar el lugar que ocupan lxs efectores de salud y sus nociones sobre la enfermedad, ya que son las prácticas que sientan posiciones respecto del MMH producido por sociedad capitalista y patriarcal.

Entender que el campo médico está en disputa y que pueden existir perspectivas de trabajo que den la batalla por la construcción de nuevas concepciones y prácticas dentro de la medicina aporta a la conciencia práctica de la realidad.

Es por esto que proponemos un posicionamiento crítico respecto del estigma social que genera la enfermedad por sus orígenes relacionados con la discriminación y la falsa responsabilización del colectivo LGTBI y de trabajadoras sexuales, el señalamiento patriarcal hacia las mujeres como “promiscuas” y demás posicionamientos instalados en el sentido común y también por prácticas del propio MMH. Trabajar sobre esa falsa identificación de la enfermedad con colectivos de disidencia sexual requiere debates dentro de los colectivos profesionales que planteen que no es real la identificación lineal de la enfermedad con estas personas pero que identifiquen en el recorrido histórico de la enfermedad a sujetxs vulnerados socialmente y que requieren de políticas públicas que lxs pongan en el centro de la escena como sujetxs de derechos y de deseos que deben poder decidir sobre su salud. Eso parte de entender esta enfermedad como social producida y perpetuada por las necesidades del mercado, entendido este como núcleo de las demandas del capital y del patriarcado para la reproducción social de las desigualdades.

Las trabas para el acceso a medicamentos y todos los problemas de salud pública que confiere se deben a esto mismo: la población identificada en sus inicios como la responsable del virus es considerada población de “segunda” y por eso su atención desmerecida. La marca social que conlleva hace que la depresión y angustia lleven a dejar el tratamiento de forma frecuente en la población que considera que contraer la enfermedad es cargar con los prejuicios sociales, sintiéndose señaladxs y a la deriva.

Esto parte también de que es lo que se espera de unxserológicx positivo. Porque en la lógica de la construcción simbólica de la enfermedad es el silencio lo que se espera y demanda en la

división público-privado.

Es por esto que se hace fundamental entender que las representaciones sociales son muchas veces prejuicios instalados por los sectores dominantes que generan efectiva y materialmente formas interiorizadas y objetivadas de creencias, hábitos, nociones morales y formas de actuar (Gimenez, 2007), no sólo en quienes viven con la enfermedad sino también en quienes trabajan con ella y que en un contexto de ajuste tienen que salir a la calle para visibilizar que el VIH/SIDA existe y necesita que el Estado presente políticas públicas integrales de abordaje.

El salto a la esfera pública de los derechos y deseos de lxs sujetxs que conviven con la enfermedad es esencial para poder trabajar sobre las prenociones sobre las cuales se asienta, y el trabajo de lxs efectores de salud a la par de estxs sujetxs una forma de avanzar hacia la erradicación de las trabas institucionales que se configuran a partir de la reproducción simbólica y social de la enfermedad.

Bibliografía

AHUMADA, M., ESCALANTE, E., SANTIAGO, I. (2011). *Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. Subjetividad y procesos Cognitivos*, vol.15 no.1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

BOURDIEU, P. (1990). "Algunas propiedades de los campos". En: *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.

BOURDIEU, P. (1991). "Estructura, habitus y prácticas". En: *El sentido práctico*. España: Taurus Humanidades.

BOURDIEU, P. (2000) "Sobre el poder simbólico". En: *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires. Eudeba.

CURBELI, M. (2012). *Trabajo en dispositivos asistenciales y preventivos: la construcción social del sida. Trabajo y Sociedad*, n°19. Santiago del Estero, Argentina.

DELUZE, G. (1999) "las sociedades de control" En: Ferrer Ch. (comp.). *El lenguaje libertario*. Buenos Aires: Altamira.

Editorial (2016, Marzo, Jueves 17). **VIH: denuncian la falta de insumos en los hospitales públicos.** En *Infonews*. Recuperado de <http://www.infonews.com/nota/284888/vih-denuncian-la-falta-de-insumos-en-los>

FOUCAULT, M. (1995) "El sujeto y el poder". En: Terán, O (comp.). *Michel Foucault (Discurso, Poder y*

subjetividad). Bs. As: *El cielo por asalto*.

GIMENEZ, G. (2007). "La concepción simbólica de la cultura". En: *Estudios sobre la cultura y las representaciones sociales*. Guadalajara: CONACULTA/ITESO.

GUBER, R. (2005) *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Paidós.

KROTZ, E. (1994). "Alteridad y pregunta antropológica". En: *Revista antropología* n°83 y 84.- Coordinación nacional de Difusión del INAH.

LAURELL, A. C. (1982). "La salud-enfermedad como proceso social" En: *Revista Latinoamericana de Salud*. Nueva Imagen.

LINS RIBEIRO, G (1999). "Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica". En: Boivin, M., Rosato, A. Guber, R. (1999) *Constructores de otredad*. Buenos Aires: Eudeba.

MAGLIO, I. (2003). *Legislación en VIH Y SIDA*. En CUETO, J.; BARBERIS, D.; PLAZA, J. M.; NEUMAN, E., SANTORO, M.; et. En *SIDA: La sociedad bajo la lupa*. (pp.145-170). Buenos Aires. Editorial Dunken.

MENÉNDEZ, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.

Ministerio de Protección Social (2011). *Guía de Prevención VIH-SIDA: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud (2011). *Manual de prevención de VIH-SIDA*.

Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Boletín sobre el VIH-SIDA en la Argentina, IX*. WILLIAMS, R (1980). "La hegemonía". En: *Marxismo y literatura*. Barcelona: Península.

Catedral de la
Ciudad de La Plata

Viviana Ríos Alvarado - Fotografía
Movilización y paro de CICOP
por paritarias y cierre de ministerio
06-09-2018





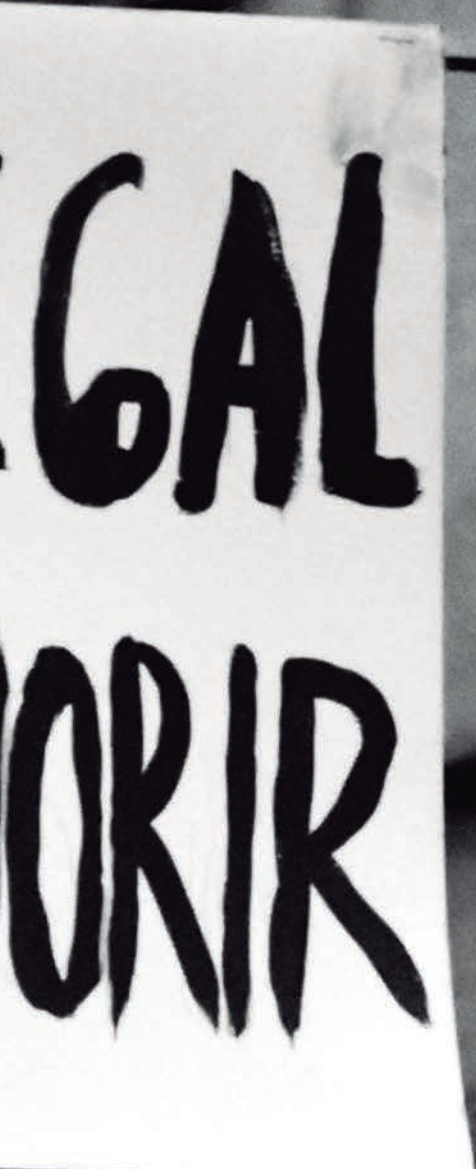
ABORTO LE
PARA ANIM

Registrar los debates de la salud pública

La crónica permite realizar registros en clave analítica diversas actividades. Es una forma de escritura narrativa que pretende dar cuenta de un acontecimiento para permitir interpretarlo.

En este tercer número de la revista, la presente sección aborda desde esta forma de registro la participación en la Catedra Libre de Aborto de la Facultad de Medicina de la UNLP. En este sentido, enmarca la temática como una cuestión de salud pública.

CRÓNICAS



Dolores Irisarri - Fotografía
Marcha 13J Congreso de la Nación - 2018

Cátedra libre de Aborto

Camino histórico a su legalización

Por Nicole Jimenez Huth

En el marco actual de lucha que está atravesando el movimiento de mujeres y distintas organizaciones sociales al imponer en la agenda pública la aprobación del proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en La Plata, se está llevando a cabo una Cátedra Libre de Aborto tomada como un problema de salud pública. Me parece importante destacar, no sólo el contexto en el que se está desarrollando dicho espacio, siendo clave para aumentar aún más el nivel de debate y contando con soportes teóricos para ello. Pensar que se desarrolla en la Facultad de Medicina, podemos decir que estamos presenciando un momento histórico.

Me enteré de esta cátedra por Facebook y sin dudar me inscribí para ver si quedaba seleccionada y así poder participar de ella. No sólo porque en nuestra formación profesional no contamos aún con una perspectiva de género para intervenir el día de mañana, sino también porque ésta temática específicamente, no la hemos abarcado en ningún espacio curricular. Entender al aborto como un problema de salud pública, es clave para todos los colectivos profesionales, pero más aún para el Trabajo Social, porque son los cuerpos gestantes pobres los primeros en verse afectados por su ilegalidad. Sectores con los que tenemos un contacto directo



LA CÁTEDRA LIBRE SE
DESARROLLA EN LA
FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LA PLATA



en el cotidiano profesional, y también como las/los estudiantes que nos enmarcamos en las prácticas de formación profesional.

La cátedra dio inicio en mayo y cuenta con ocho encuentros, en los que cada quince días nos encontramos discutiendo desde distintos ejes, ésta temática. Ante la gran convocatoria que tuvo, muchas/muchos se quedaron sin la posibilidad de participar. Por eso, se decidió volver a repetirlo en el próximo cuatrimestre.

El primer encuentro fue muy impactante por muchas cuestiones. Primero, pensar que la Facultad de Medicina, siempre se caracterizó por ser el ala más conservadora, de la UNLP, en la que algunos docentes de dicha unidad dieron clases durante muchos años, siendo cómplices de la última dictadura cívico-militar. Hasta el día de hoy, siguen formando profesionales que no tienen una mirada global del sujeto y mucho menos pensar en una intervención con perspectiva de género. Una facultad que siempre se caracterizó por ser clasista, machista y antipopular.

Entrar al aula magna de esa facultad y verla copada de estudiantes de distintas facultades, personas graduadas, militantes y activistas feministas, todos y todas con sus pañuelos verdes, me generó una emoción muy difícil de expresar en palabras. Fue algo sentido, que te pasa por las venas y te genera un escalofrío en todo el cuerpo. Era consciente, desde ese primer encuentro, que estaba viviendo un momento histórico. El entusiasmo era generalizado, todos/todas sentíamos intrigas de saber cómo se dio origen a dicha cátedra.

Fue en el primer encuentro en el que las organizadoras, todas estudiantes de Medicina, comentan de forma anecdótica qué las motivó a impulsar dicho espacio. Relatan que todo empezó por su gran descontento producido por las frases desafortunadas de una docente de dicha unidad académica, emitidas en relación al aborto. Este hecho las impulsó fuertemente a querer desarrollar un espacio en el que se pueda abordar esta temática corriendo la mirada médico hegemónica, conservadora, acrítica y ahistórica con la que es planteado el aborto. Esto me llevó a pensar, en que a veces es necesario toparse con estos momentos pocos gratos, para entender el gran camino que queda por recorrer,

siendo las Universidades Públicas espacios que se deben disputar. ¿Por qué no hablar de aborto? ¿Por qué no hablar de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos?

Cada encuentro se nutre de distintos aportes teóricos que nos van trayendo las panelistas para poder pensar de forma colectiva los cuerpos cis y trans. A su vez este es un año en el que, desde hace dos meses, distintos actores sociales como ser artistas, referentes del movimiento estudiantil, escritores/as, referentes mediáticos, han dado grandes aportes en el debate por su despenalización en el Congreso.

Son muchos los motivos por los que un cuerpo gestante toma la decisión de abortar y con las leyes vigentes serían penalizadas por hacerlo. Muchas veces se encuentran ante contextos de violencia que llevan a embarazos forzados, la falta de acceso/obstaculizaciones para acceder a métodos anticonceptivos, circunstancias cambiantes como el divorcio u otras crisis pueden causar que un embarazo deseado se transforme en un embarazo no deseado. También puede ocasionarse por enfrentar condiciones sociales precarias, violencia sexual, coerción del entorno cercano o producto de malformaciones que son incompatibles con la vida fuera del útero.

La lucha por la legalización del aborto, exige al Estado el efectivo financiamiento de esta práctica en los hospitales públicos de todo el país, pero también se lucha por lograr una mayor autonomía sobre el cuerpo de las mujeres y todo cuerpo gestante. Se pone en juego no sólo la lucha de clases. Esto trastoca directamente la identificación del ideal femenino. La maternidad no puede ser destino irreductible por tener la capacidad de gestar; tiene que ser elegida, sentida y deseada.

Estamos ante un momento histórico en el que las nuevas generaciones se están apropiando de esta lucha tomando las calles en todo el país. Se grita "Ni una menos, vivas nos queremos" y se grita "aborto legal en el hospital". A pesar que, ante la urgencia por su aprobación es necesario partir de entenderlo como una problemática de salud pública, no se puede dejar de lado estos otros aspectos que giran en torno a esta problemática. Se lucha por la efectividad del aborto legal, seguro, gratuito y feminista.



Diálogos con un especialista en salud pública

Desde el comité editorial de la revista con el aporte de Ingrid Costamagna, Lorena Valdez Avalos y Martin Torres nos propusimos indagar acerca de la situación de la salud pública en la actualidad consultando a un especialista como José Carlos Escudero. En este sentido, el entrevistado realiza aportes en diferentes claves analíticas para pensar el contexto de ajuste que atraviesa a este sector y al Trabajo Social con sus potencialidades y limitaciones.

DICHOS & OÍDOS



Dolores Irisarri - Fotografía
Movilización en contra de la eliminación del ministerio de salud - 2018

Reflexiones de un especialista en salud sobre las oportunidades políticas de sobrevivir a la crisis

Por Ingrid, Costamagna - Lorena, Valdez Avalos - Martín, Torres



Entrevista a José Carlos Escudero

El presente trabajo es una entrevista que se enmarca dentro de las producciones realizadas para la Revista "Voces Emergentes", en su edición N° 3, cuyo Dossier está dedicado a la temática de Salud. En este sentido, decidimos entrevistar al médico sanitarista José Carlos Escudero, profesor emérito de la UNLP y diplomado en Estadísticas de Salud, con el fin de obtener una interpretación general acerca de los principales problemas de la salud en la actualidad, teniendo en cuenta las medidas oficiales y las discusiones que se generan en el escenario político nacional, como también la vinculación con el rol que ocupa el Trabajo Social en estos ámbitos.



Médico y diplomado en Salud Pública (UBA). Realizó un posgrado en Estadísticas de Salud en la Universidad de Chile y un master en Sociología de la Universidad de Michigan. Ejerció como Profesor Titular de Cátedra de las asignaturas Medicina Social y Estructura Social Argentina de la FTS-UNLP y como Profesor Titular ordinario de la Universidad Nacional de Luján. También trabajó como profesor visitante de otras universidades argentinas y extranjeras. Docente de cursos de doctorado, maestría, posgrado y grado; director de tesis en todos los niveles académicos. Dirige a investigadores y es evaluador en las selecciones de diversas universidades. Ha publicado libros de su autoría entre ellos *The Constant Catastrophe* (1982) escrito en colaboración con Rolando García, publicado por Pergamon, Gran Bretaña. También publicó capítulos en libros colectivos y más de un centenar de trabajos científicos y artículos en revistas especializadas (entre ellos, *La desnutrición en la edad escolar*, publicado por Nueva Visión). Estuvo exiliado por motivos políticos en México entre 1973 y 1983. Participó como representante en la convención nacional constituyente por la reforma del '94 por la Capital Federal. Actualmente es Profesor Emérito Consulto de la Universidad Nacional de Luján y Profesor Extraordinario de la Universidad Nacional de La Plata.

Entrevistador: Para comenzar, nos interesa conocer su opinión en relación a cómo la coyuntura actual de Argentina impacta en el sistema de salud, teniendo en cuenta la implementación de la Cobertura Universal de Salud desde el 2017. ¿Quiénes son los actores favorecidos? ¿Qué rol cumplen los organismos multilaterales en este contexto?

Escudero: Les puedo contar que he producido muchísimo material. Como dos ejemplos recientes en los cuales participé, he publicado en la revista Voces en el Fénix N° 70 (2018) y en la revista Soberanía Sanitaria N° 5 (2018) en artículos que tratan sobre esto.

¿Qué pienso yo que está pasando? Macri y compañía desarmaron a la Argentina con muchísima mayor rapidez que ningún otro antecedente histórico. Yo suelo hablar de dos grandes parteaguas del deterioro argentino: el golpe contra Perón en el '55 que semi desarmó el Estado de Bienestar peronista, no lo desarmó del todo pero redujo el vuelo que tenía el peronismo argentino de crear valor agregado industrial para fortalecer un país de desarrollo intermedio, de una potencia, lo cual supone una política científica independiente, una política de defensa nacional independiente. Ese tipo de cosas estuvo medio cortado. Sintomáticamente, Argentina entra en el Fondo Monetario Internacional (FMI) de la mano de la Revolución Libertadora, Perón había encontrado deuda externa y la pagó toda. Así que el '55 fue el primer parteaguas histórico fundamental.

El segundo parteaguas drástico fue el golpe del '76, que fue un genocidio y ahí una nota cualitativamente el corte con el viejo Estado de Bienestar. Hay un artículo que escribimos con Mariela Diloretto que se llama "Números de la pobreza", que salió en la revista Escenarios. Lo que hicimos fue tomar series estadísticas y observamos que el corte cualitativo fue que en el '76, en el orden de reducción del poder adquisitivo del salario, de un año a otro bajó casi un 50 por ciento sumado a todo lo que pasó con lo político y con el genocidio. El genocidio no lo tratamos, pero viendo dictaduras de otros países, Argentina tuvo el genocidio más sádico del continente americano. En términos cuantitativos, el mayor genocidio fue Guatemala y, posiblemente, después El Salvador y después Perú. Pero lo que caracterizó al de Argentina es el sadismo sofisticado del

genocidio que incluyó matar y secuestrar miles de ciudadanos, y cosas tan increíbles como matar embarazadas después que habían dado a luz. Porque si uno compara: Chile fue amateur comparado con Argentina, Brasil fue casi nada, en Uruguay no hubo casi muertos, excepto procesiones de tortura equivocada. Argentina fue el máximo de extremo sádico. Así que bueno, eso fue el '76, con todo lo que implicó.

Después vinieron los diferentes limitados retornos al Estado de Bienestar, las diferentes parálisis, las idas y venidas de entonces hasta ahora. Y viendo lo que hizo Macri, en este momento Argentina se ha endeudado más de la duplicación de la deuda externa. Y Argentina está subsidiando que el capitalista compre dólares subsidiados, se llevan la gaita y eso plantea que Argentina está subsidiando a sus endeudadores, con una deuda que es fenomenal. En la presentación de Voces del fénix número, 70, se planteó que Argentina va a defaultear la deuda, pero en una situación internacional tan tensa como ahora, el hecho que un país como Argentina defaultee le va a salir mucho más difícil de lo que consiguió Néstor Kirchner con el default anterior. Con lo cual si uno ve la rapidez del deterioro de la Argentina, yo pienso que estos casi tres años de gobierno, ha tenido un ritmo muy rápido de deterioro en comparación con las crisis anteriores.

La pregunta es: ¿A dónde vamos a ir a parar con esto? Es una buena pregunta. Argentina es un país contradictorio, es un país que se mandó el mayor genocidio sofisticado de América Latina, se mandó la invasión a Malvinas, que no cualquier país hace eso, desafiar a la segunda potencia imperial del mundo. Antes se habían mandado el 17 de octubre, que no es una cosa que suceda habitualmente, se mandó el bombardeo a Plaza de Mayo, que es tirar bombas a la población desprevenida no advertida en la plaza principal del país. Una cosa extremosísima. También se mandó el castigo a genocidas más grande del planeta tierra, en Sudáfrica no pasó nada, en Chile no pasó nada, en Grecia de los Generales no pasó nada; Argentina metió en cana 500 personas.

Y ahora se acaba de mandar esto de la conciencia de género y el aborto. Así que es un país "extremoso" Argentina.

Entrevistador: En relación al aborto, ¿Cuál es su opinión acerca de los debates que se están dando?

Escudero: Yo pienso que no hay debate en términos intelectuales. Las mujeres tienen derecho a tener la cantidad de chicos que quieran. Ojo, que en todo el planeta hay un límite cronológico para permitir el aborto. Suele ser teniendo en cuenta cuando el embrión-feto puede tener vida fuera del cuerpo de la madre. Leyendo las estadísticas, había una cosa que a mí me impactaba. Yo me formé como metodólogo cuando era chico, me formé primero estudiando medicina, después sociología norteamericana y en mi carrera profesional llegué a ser Director de Estadísticas Vitales de Argentina, antes de radicalizarme y que toda la situación nacional se complique. Pero yo era un funcionario público, estuve un año becado en la Universidad de Chile estudiando estadísticas, un año y medio en EE.UU. también estudiando estadística, aunque el título era sociología. Así que me formé como metodólogo.

Suelo manejar información en Internet, cuando me metía en los anuarios y veía que la letalidad (número de muertes), es decir los porcentajes de muertes por aborto, en los países que publican porque son legales, era una muerte cada 100.000 abortos efectuados. Con lo cual el equivalente argentino 500.000 abortos, saquen la cuenta, la cantidad de muertes que hubiera habido con aborto despenalizado, hubiera sido insignificante. Si hay una muerte cada 100.000, medio millón de abortos es lo que hay en Argentina, da un total de 5 muertes. Con lo cual yo pensaba ¡no jodamos! En términos metodológicos hacer un aborto al útero, (yo era médico) si uno toma precauciones, nunca hay complicaciones. Así que hay que hacerlo. Lo que a mí me sorprendió y yo no hubiera esperado -y es parte de las contradicciones argentinas- es que haya habido tanta conciencia femenina y de género en la calle. Yo no contaba con eso, que es un hecho admirable.

Pienso que hay un nuevo actor social que todo el mundo subestimó. Yo estoy trabajando con despenalización hace más o menos medio siglo. Conocí gente, agrupaciones; yo no hubiera esperado lo que pasó. Tiene que ver con la excepcionalidad argentina. En este caso, para bien. Lo que estoy planteando ahora es lo siguiente -considérenme paranoico-: la situación mundial se está haciendo cada vez más caldeada, indicadores como por ejemplo el acuerdo de Israel de Netanyahu, Trump en EE.UU. y Arabia Saudita, para esmerilar Irán, que es un país de 80.000 millones de habitantes, que maneja alta

tecnología, o sea que hacerle un apriete militar a Irán son palabras mayores.

Así que lo que yo estoy planteando en este momento, con una visión medio paranoica, es que hay que trabajar en territorio, de tal manera que se haga una red territorial de pertenencia y contención. Argentina no es un país rural, es un país urbano, 90 por ciento urbano, hay que ver la particularidad del territorio de población urbana y suburbana. Una red de contención en el territorio centrada en gran parte en Trabajo Social. Porque de las disciplinas académicas, **Trabajo Social tiene cintura para meterse en el territorio y tiene formación académica para bancar la situación.** Así que esta red de contención iría para salud, que es fácil, con la gran información que se puede ofrecer; y contención social. Además de las tareas habituales del Trabajo Social que son bien conocidas y que están sistematizadas.

Estuve en un congreso en Rosario hace un mes, en una mesa que era sobre territorio y yo dije: "miren, hay que pensar al Trabajo Social, las tareas que hay que hacer en territorio y el diseño de un proyectil tierra-aire. Los proyectiles tierra-aire se llevan en una mochila, no pesan mucho. De tal manera que el Trabajo Social sepa manejar un proyectil tierra-aire anti helicóptero, con cabeza buscadora infrarroja" ¡Claro que es una chicana! Pero si se arma una podrida internacional y el riesgo de que alguien quiera invadir a la Argentina que pase de liberal a gobierno Nacional y Popular, habría que pensar en una contención territorial, en gran parte que incluya trabajadores sociales de manera intensiva, para que el Estado argentino se ocupe de defenderse, entre otras cosas, de una agresión exterior.

Entrevistador: Con este contexto nacional, estamos alineados con EE.UU. Así que no creo que ocurra.

Escudero: Si sale el préstamo del FMI, auspiciado por el gobierno norteamericano, el condicionante en Argentina si se nos da esa guita, yo no quiero ni pensar. Y Macri no tiene salida. No le queda otra cosa que renunciar, suicidarse o exiliarse. Porque el planteo de Macri ha llegado a un trípode neoliberal - lumpen - capital financiero internacional intensivo. Por ejemplo, una cosa que no había en 2001 y hay ahora, es la difusión de paraísos fiscales. Ahí está el 20 por ciento de la guita del mundo. Argentina es el quinto país en términos de inversiones de acuerdo al porcentaje

del PBI, Macri tiene cuarenta off shore hechas en otros países. Macri... ¿Ustedes conocen la división del país, primero en modelo agroexportador, después sustitución de importaciones?

Porque ahora no estamos volviendo a un modelo de país agroexportador, es a un país con valoración de capital financiero. ¿Cuál es el objetivo de la sociedad argentina? Valorizar el capital financiero que tiene una pata agroexportadora, que es el campo que maneja la soja. Yo pienso que esto es una cosa irreversible, con una situación política muy pesada. Para Argentina y para otros muchos países. Ahora estoy leyendo una revista que me regalaron, National Health Service, que es un estudio sobre mortalidad en Gran Bretaña, partido laborista (mal que mal) pero también invasión a Irak, esa movida. Aumentos en la mortalidad en Gran Bretaña. Lo acabo de leer y no puedo creerlo.

Entrevistadora: Usted siempre lo nombra como uno de los países con mejor protección a la salud.

Escudero: A su vez es un país extremadamente neoliberal que ha tenido que salvar su banco de la crisis del 2008 y como pasa en todo país capitalista, la guita para los bancos se retacea al gasto social. Pero lo que acabo de leer ahora es que la esperanza de vida británica bajó casi medio año, ¡es groso!. Ubiquemos. Para un país del tercer mundo no es importante, pero que un país tan central como Gran Bretaña, la esperanza de vida baje casi medio año en jubilados y en los tramos de población mayor, asociado a que el Estado se está retirando: no

hay contención, cierran las bibliotecas públicas, se privatizan los lugares donde la gente iba a jugar al ajedrez, una red de desaparición del Estado. En EE.UU. no me sorprende, ahí la esperanza de vida está bajando por dos años consecutivos.

Juan Ignacio Lozano trabaja sobre drogas, ¿Conocen los opiáceos? 50 mil muertes por año por opiáceos, una epidemia fabricada en EE.UU. En EE.UU. muere gente por sobredosis de opiáceos, una droga que fabricada en EE.UU., prescrita por médicos norteamericanos, vendida en farmacias norteamericanas y mueren 50 mil personas por año. Imagínense lo que sería esto como título mediático como información: "Se está muriendo de opiáceos X cantidad de gente" en un país donde en que los medios quieren esconder este hecho.

Con lo cual, el panorama mundial se está poniendo jodido, y el artículo que escribí hace dos días, sobre sanidad digo "No al CUS" (Certificado Único de Salud). Además de los motivos habituales contra el CUS, es que el Estado argentino tiene que ofrecer salud él mismo, es decir, tiene que ser un prestador de servicios, no un normatizador o un pagador, tiene que ser a la Carrillo, hacer que el grueso de los hospitales sean estatales.

Entrevistador: ¿Con la implementación del CUS sería como una privatización o una tercerización del sistema de salud?

Escudero: No todavía no, pero vamos hacia ese camino. La situación es tan crítica que yo pienso



Juliana Sánchez - Fotografía
Jornada en defensa de la Salud Pública y Salud Mental
17-11-2017

que el CUS no va a tener vida propia porque la debacle económica general se la está llevando. Por ejemplo, lo que yo pongo en el artículo, es que hay que cerrar el Ministerio de Salud, porque el estado nación es un enfrentador del capitalismo financiero supranacional (yo manejo la dicotomía supranacional - estado nación). Y si el estado nación tiene un millón de trabajadores de salud estatales que son los que debe haber con las necesidades que tiene Argentina, esos trabajadores de salud sirven para dar salud y, Dios no lo quiera, si se arma la podrida unos cuantos van a manejar proyectiles tierra-aire. Es una tarea que yo propongo ahora al Trabajo Social orgánicamente, que piense en el improbable pero no imposible escenario de invasión militar a la Argentina, donde el Trabajo Social tiene que jugar un papel central porque maneja saberes para eso. Lo que yo suelo decir que para hacer una buena salud colectiva en territorio, se precisan saberes de Enfermería, de Trabajo Social, no necesariamente de Medicina, para combatir el grueso de la mortalidad.

Entrevistador: Queríamos re-preguntarle y que nos especifique ¿Cuál es su opinión sobre la situación del Trabajo Social y los trabajadores sociales en los ámbitos de Salud a partir de estos cambios, de este contexto?

Escudero: En Trabajo Social pasa lo siguiente: una tarea importantísima del sector salud es la contención, la gente cuando está mal tiene que ser contenida de alguna forma. **La forma capitalista de contenernos es darle una pastilla que tome, un antidepresivo, un activador, un hipnótico, vieron ese tipo de cosas.** Las pastillas pueden ser reemplazadas con trabajo humano. Por ejemplo, un trabajo humano que supone persona a persona, trabajar con discapacitados, con gente que está en la casa, con pacientes crónicos o con drogadictos supone mucha gente capacitada formalmente para bancar eso. Además, al ser una actividad intensiva no requiere dólares. Si a Argentina la bloquean mañana va a tener mucha mejor salud colectiva, para sobrevivir al bloqueo tiene que legitimar la situación social interior. La legitimación se consigue básicamente pagando salarios en pesos. Irónicamente si a Argentina no la bloquean y le prestan guita para tener buena salud hay que hacer trabajo humano como hacen los cubanos. ¿Por qué los cubanos tienen una salud tanto mejor

que la norteamericana si gastan tanto menos? Porque son actividades de mano de obra intensiva. Hay que ser como los cubanos, tomar el cuartel Moncada hacer eso. Cuba es una situación históricamente irrepetible, pero si uno tiene todo el poder del planeta tendría que tener un sistema de salud como el de Cuba. Mano de obra intensiva, y los medicamentos que únicamente sirven, que son pocos y las patentes están vencidas. Nada de acumulación capitalista en salud, resultado de cuatro por mil en mortalidad infantil. Estados Unidos tiene cinco y pico, Argentina tiene diez, ahora está empezando a subir de nuevo, así que en ese sentido la salud que sirve, es aquella salud donde la menor cantidad de acumulación capitalista va asociado a eso.

“

Lo que yo suelo decir que para hacer una buena salud colectiva en territorio, se precisan saberes de Enfermería, de Trabajo Social, no necesariamente de Medicina, para combatir el grueso de la mortalidad.

Entrevistadora: Teniendo en cuenta estas prácticas que se dan en el ámbito de la salud ¿Cuáles son los aportes de la rama de Salud Colectiva y Medicina social a la formación profesional de los trabajadores sociales?

Escudero: Una enorme cantidad de contención interhumana donde el actual fármaco, molécula patentado sea reemplazado en todo o en parte por un ida y vuelta humano, lo cual ayuda a crear una red que fortalezca el Estado-Nación.

Entrevistadora: Y en relación a la impronta interdisciplinaria que tiene la labor de los trabajadores sociales, ¿Cómo ve el trabajo de los profesionales de la salud de los médicos, de los trabajadores sociales en los ámbitos de salud? ¿Y cuáles serían los principales obstáculos y desafíos?

Escudero: Si el desafío que tienen es que la gente se muera lo menos posible y se enferme lo menos posible, ese es el último desafío. Por ejemplo, yo estoy tratando ahora sin ningún éxito, de judicializar las muertes evitables. Si uno dice los

cubanos tienen 4 cuatro por mil de mortalidad infantil, los argentinos tienen diez, habría que hacerle un juicio al ministro de salud o lo que sea porque los cubanos demuestran gastando menos gaita que la gente se puede morir menos. Por lo cual utilizan figuras como la mala praxis, o el abandono de deberes del funcionario público, o el abandono de persona, son cosas medio truchas, para hacer ruido. Es un crimen que la gente se muera antes de lo que deba.

Entrevistador: ¿Cómo observa la interdisciplina entre los trabajadores sociales y los médicos en los ámbitos de salud?

Escudero: Yo pienso lamentablemente que los médicos son brutos y arrogantes, así que hay presentarlos como un dato exógeno de la realidad. No pelearse con ellos, aunque nos rompan mucho la paciencia, pero tengo bastante escepticismo, porque la medicina además, como componente machista, si es de hombres, los convierte en poco flexibles. Los médicos que son arrogantes y brutos se están haciendo pelota porque no pueden vender sus sapiencias como médicos, excepto como empleados del capitalismo financiero, o estar muy mal pagos en hospitales públicos. Es como la clase media argentina que votó a Macri. Es la voluntad contra los datos concretos de la realidad. En este momento, la gente que votó a Macri, se está haciendo pelota. La crisis está recién empezando y van a pasar cosas crecientemente terribles. Ustedes deben tener con sus parientes una interna con respecto a Macri. El despelote arrancó hace un año y pico. Es por lo peores motivos, no porque haya cada vez más gente hambrienta. Sino que la propia clase media ya no puede viajar como antes viajaba.

Entrevistador: ¿Tendría algún otro comentario acerca de la formación de los médicos de hoy en día?

Escudero: Yo pienso una cosa, es una suerte que haya médicos más progresistas que otros. Por eso la derrota de Hoja de Roble fue buena, enhorabuena. Pero yo no gastaría muchos cartuchos tratando de convencer a los médicos que sean diferentes a como son. Por un mecanismo de autoselección donde el narcisismo y la omnipotencia juegan un lugar, que no está tan mal que hace que sean médicos y después les enchufan una cosa a la cual no pueden bajar. Y en relación al ámbito de la salud

(en líneas generales) este momento estoy diciendo “yo siempre (todavía) planteaba un sistema universal, estatal, gratuito de salud, como Carrillo, como nacional”. Yo digo ahora no, porque la correlación de fuerzas es tan jodida que hay que hacer política realpolitik. Y lo digo para simplificar, todo lo que no es capitalismo financiero en salud lo podemos conversar. Hay que pensar que la contradicción fundamental pasa por una básica dicotomía: capitalismo financiero supranacional versus campo nacional y popular en la acepción más amplia posible.

Entrevistadora: Nos queda en el tintero la última pregunta, ¿cómo ve la soberanía alimentaria en la Argentina y en la región? Anteriormente habló sobre la soberanía sanitaria.

Escudero: Bueno, en este momento Miryam Gorban que es vocera del tema actualmente, plantea lo siguiente: si el objetivo de la alimentación es alimentar a la población humana, ¿ustedes están de acuerdo con que el objetivo de la alimentación es alimentar a la población humana?

Entrevistador: Sí, y ser autónomos en la gestión de esos productos.

Escudero: Bueno el capitalismo no dice eso, el capitalismo dice que el objetivo de la soberanía alimentaria por industria es ganar gaita con el argumento que se alimenta a la población. Por razones biológicas no es necesario que haya soja, ¿Saben eso? La soja es un forraje que requiere de mucho capital para cultivarla porque está muy automatizado, mucha energía y mucho agua para sacar soja que se da como forraje a cerdos, vaca, lo que sea... con lo cual el déficit energético entre eslabón de cadena trófica aumenta mucho. Además incrementa la incidencia de cáncer de colon. Tiene cosas como glifosato, que es un veneno. Así que si Argentina cultivara los básicos hidratos que son: trigo, maíz, arroz y papas especialmente por cultivos capitalistas de agricultura familiar y no de conglomerados supranacionales y trasnacionales sería mucho más barato, eso requiere menos capital, menos energía, menos eutroficación y la dieta final es mejor. Así que quede clarito que si no hubiera soja en la Argentina habría mejor alimentación. Bueno, eso trabaja la gente de soberanía sanitaria.



MINISTERIO
AUMENTA
CALIDAD
TIL
EN SALUD

LA SALUD
PUBLICA ES
UN DERECHO
UPCN-DELEGACIÓN SALUD

SIN MINISTERIO DE
SALUD NO HAY
ABORDAJE
TERRITORIAL
UPCN-DELEGACIÓN SALUD

SIN
DE SA
AB
TERR
UPCN-D