



Millcayac
ISSN: 2362-616X
revistamillcayac@gmail.com
Universidad Nacional de Cuyo
Argentina

Hacia un Sistema Integrado de Salud en Argentina. La historia del presente del campo de la Salud: devenir y pandemia

Rubio, Raquel; Bovino, Betina

Hacia un Sistema Integrado de Salud en Argentina. La historia del presente del campo de la Salud: devenir y pandemia

Millcayac, vol. IX, núm. 16, 2022

Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525869877013>

DOI: <https://doi.org/10.48162/rev.33.036>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Hacia un Sistema Integrado de Salud en Argentina. La historia del presente del campo de la Salud: devenir y pandemia

Towards an Integrated Health System in Argentina. The history of the present of the Health field: becoming and pandemic

Raquel Rubio raquelrubio06@hotmail.com

Centro de Investigación en Campos de Intervención del Trabajo Social, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Betina Bovino betibovino@hotmail.com

Centro de Investigación en Campos de Intervención del Trabajo Social, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Millcayac, vol. IX, núm. 16, 2022

Universidad Nacional de Cuyo,
Argentina

Recepción: 09 Noviembre 2021
Aprobación: 16 Febrero 2022

DOI: <https://doi.org/10.48162/rev.33.036>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525869877013>

Resumen: Este artículo desarrolla una síntesis contextualizada sobre los principales hechos, discursos, acontecimientos, prácticas y paradigmas que vienen participando del proceso de hechura del campo salud y, por consiguiente de los diferentes sentidos que esto produce. Un recorrido histórico-genealógico por las conceptualizaciones nos permite ubicar su carácter político e inexorablemente ligado a los mecanismos de circulación de saber-poder en los distintos momentos socio-históricos. Entendemos que el campo salud da cuenta de una trayectoria, de un devenir (que contiene elementos sincrónicos y diacrónicos) atravesado por distintos agentes, actores, prácticas, disciplinas y discursos que lo convierten en un campo dinámico, complejo y en permanente tensión. De esta manera podemos observar los trazos, las marcas y las heridas que definen su momento actual reconociendo posturas fuertemente desiguales pero en franca coexistencia.

Palabras clave: Salud, Sistema, Derechos, Pandemia.

Abstract: This article develops a contextualized synthesis of the main facts, discourses, events, practices and paradigms that have been participating in the process of making the health field and, consequently, of the different meanings that this produces. An historical-genealogical journey through the conceptualizations allows us to locate their political character and inexorably linked to the mechanisms of circulation of knowledge-power in the different socio-historical moments. We understand that the health field accounts for a trajectory, a future (which contains synchronic and diachronic elements) crossed by different agents, actors, practices, disciplines and discourses that make it a dynamic, complex field and in permanent tension. In this way we can observe the lines, marks and wounds that define his current momento, recognizing strongly unequal positions but in franj coexistence.

Keywords: Health, System, Rights, Pandemic.

Introducción

Este artículo desarrolla una síntesis contextualizada sobre los principales hechos, discursos, acontecimientos, prácticas y paradigmas que vienen

participando del proceso de hechura del campo de la salud y, por consiguiente de los diferentes sentidos que esto produce.

Un recorrido histórico-genealógico por las conceptualizaciones nos permite ubicar su carácter político e inexorablemente ligado a los mecanismos de circulación de saber-poder en los distintos momentos socio-históricos. De Bourdieu (Bourdieu, P. y Wacquant, L; 2008) tomamos la idea de pensar que un campo se define por lo que está en juego, lo que supone reconocer un espacio de conflicto y de competencia planteado por los distintos agentes o actores que deciden participar de ese juego. En este sentido: “...Un campo es un conjunto de relaciones objetivas e históricas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder (capital)...” (2008:43). Por consiguiente un campo se transforma en “un campo de luchas tendientes a preservar o transformar la configuración de dichas fuerzas...” (2008:139)

Por su parte la perspectiva genealógica foucaultiana nos resulta una herramienta de análisis y de conocimiento valiosa para interpelar y penetrar los efectos de un saber centralizador que ha sido legado a las instituciones y al funcionamiento del discurso científico organizado en el seno de las sociedades capitalistas.

Esta perspectiva no lleva en sí la meta de la explicación sino de describir algo producto de una problematización.

Desde este encuadre entendemos que el campo de la salud da cuenta de una trayectoria, de un devenir (que contiene elementos sincrónicos y diacrónicos) atravesado por distintos agentes, actores, prácticas, disciplinas y discursos que lo convierten en un campo dinámico, complejo y en permanente tensión. De esta manera podemos observar los trazos, las marcas y las heridas que definen su momento actual reconociendo posturas fuertemente desiguales pero en franca coexistencia.

Sobre el devenir del campo

En primer lugar y sin ahondar en estudios históricos que refieren a la relación antiquísima entre Medicina y Salud Pública podemos considerar que ésta es (estrictamente hablando) un concepto eminentemente moderno ligado al modo de organización de los Estados en la era del Capitalismo. La Salud Pública como emergente de la cuestión social, es una de las consecuencias de la industrialización y del crecimiento acelerado de las ciudades y del auge del higienismo como el modelo médico establecido para promover una “vida sana”. Desde el siglo XVIII la medicina científica logra imponerse como saber y como práctica legitimada por el Estado acompañada de un proceso de profesionalización arbitrariamente ascendente.

Durante el siglo XX nos encontraremos con un saber médico fuertemente consolidado y un concepto de salud estrictamente ligado a los parámetros discursivos asumidos por el Modelo Médico Hegemónico (MMH)¹ (Menéndez, 1988). Este modelo está asentado en la mirada biologicista, individualista, a-histórica, a-social, mercantilista y pragmática sobre la idea de salud.

Mirada que juega una posición dominante en la actualidad amén de que el paradigma de la Medicina Social o Colectiva le disputa sentido al apoyarse en el concepto de salud promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1948, en el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Momento en que se definió formalmente a la salud como “*un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia*” inscribiéndola de esta manera como derecho humano fundamental entre otros.

La Medicina Social o Colectiva propone la dupla salud-enfermedad como un proceso dialécticamente constituido. En este enfoque la enfermedad pierde centralidad y es incluida como un factor más entre otros *condicionantes y determinantes*: económicos, culturales, políticos, ideológicos.

Recreada sobre las propias críticas que recibió la salud pública en función de su origen, como rama de la medicina en el contexto de la expansión capitalista, la perspectiva de la Salud Colectiva logra desarrollarse sobre un nutrido soporte interdisciplinario. Esto le permite trascender el nivel explicativo fenomenológico saltando a una mayor amplitud interpretativa sobre determinados fenómenos o problemas de salud.

Otro aporte fundamental proviene de la antropología médica (Menéndez, 1994) que acentúa la perspectiva histórica para comprender las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) caracterizados por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales (Menéndez, 1994:72). De esta perspectiva surge que hoy día hablemos en términos de “proceso-salud-enfermedad-atención” al cual se le ha adicionado recientemente el concepto de “cuidado”.

Es de destacar que el concepto de salud enunciado por la OMS trajo aparejado una nueva concepción de sujeto, produciendo el desplazamiento o la sustitución de la noción de “paciente” por el de “sujeto de derechos”.

En el año 1975 la OMS se alzó con la premisa de “Salud para todos en el año 2000” marcando el puntapié inicial de la evolución del concepto de “cobertura universal”, más tarde acompañado por la declaración de Alma-Ata en 1978 que acentuó la política de la Atención Primaria de la Salud (APS) entendida como la estrategia sanitaria por excelencia que deben darse los pueblos para mejorar sus condiciones de vida (OMS, 2008)

Dar cuenta de una definición de Salud Pública, nos obliga a interrogar ¿qué es lo público? Nuestra mirada sobre lo público es coincidente con lo que expresa Norberto Alayón (2012:131) acerca de esta dimensión:

“entiendo lo público como lo que es de todos, no solo de algunas personas o grupos (sociales, económicos), propicia, refuerza una suerte de identidad colectiva que se emparenta con la solidaridad y con la construcción y vigencia de una sociedad que tienda a ser más igualitaria”... Por el contrario, y siguiendo al autor “Si se disuelve lo público, lo único que subsiste (y se potencia y sobrevaleora) son las capacidades individuales. Sin lo público no solo se pierde la posibilidad de reconocer a los otros y a las otras, sino que el sujeto mismo carece de referencias, de marcos para comprenderse a sí mismo, para desarrollar una identidad que siempre es en

relación. Se diluye lo colectivo y desaparece la solidaridad”. (Uranga, W. 2011 citado por Alayón, 2012)

En el año 2005 la OMS en su 58 Asamblea General se pronunció a favor de una Cobertura Universal edificada sobre tres pilares: “Financiamiento Sustentable en Salud” – “Cobertura Universal” “Seguro Social de Salud”, donde los factores *condicionantes y determinantes* marcados en la primera hora quedaron muy relegados (OMS, 2010).

La salud sustentable es producto del ambiente social, natural y económico, la misma tiene una relación que es más evidente y directa con el ambiente social, y a su vez particularizando, el estilo de vida tiene un fuerte peso. El financiamiento sustentable en salud requiere: evaluación de sistemas, construcción de infraestructura y prácticas organizativas, como así también la implementación de medidas acordes con la con la planificación presupuestaria adecuada.

La cobertura sanitaria universal (CSU) implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La prestación de esos servicios requiere un personal sanitario y asistencial adecuado y competente, que esté dotado de una combinación óptima de habilidades y conocimientos en los establecimientos de salud, los servicios de proximidad y la comunidad y esté repartido de forma equitativa, reciba un apoyo adecuado y disfrute de un trabajo digno. Las estrategias de cobertura sanitaria universal garantizan que todo el mundo tenga acceso a los servicios que atajan las causas más importantes de morbilidad y mortalidad, y que la calidad de esos servicios sea suficiente para mejorar la salud de quienes los reciben.

Proteger a las personas de las consecuencias financieras que puede tener el pago de los servicios de salud reduce el riesgo de que se empobrezcan a resultas de una enfermedad inesperada que exija la utilización de los ahorros de toda una vida, la venta de bienes o el recurso a préstamos, que pueden destruir su futuro y a menudo el de sus hijos.

La cobertura sanitaria universal es una de las metas que se fijaron los países que adoptaron los ODS en 2015. Los países reafirmaron este compromiso en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal en 2019. Los países que progresan en el logro de la cobertura sanitaria universal también avanzarán hacia las demás metas relacionadas con la salud y los demás objetivos. La buena salud permite que los niños aprendan y los adultos se ganen la vida; ayuda a salir de la pobreza y sienta las bases para el desarrollo económico a largo plazo.

El seguro social, es un sistema de seguro de salud que garantiza a la población nacional contra los costes de la asistencia sanitaria. Puede ser administrado por el sector público, el sector privado o una combinación de ambos. Los mecanismos de financiación varían según el programa y el país. El seguro de enfermedad nacional o estatutario no equivale a una

asistencia sanitaria gestionada o financiada por el gobierno, sino que suele establecerse mediante una legislación nacional

Si bien la Organización Panamericana de la Salud en el marco del Movimiento Regional para la Salud Universal desarrollado en Quito en diciembre de 2017 revitalizó dichos conceptos como un proceso multidimensional y recomendó reforzar los principios de la APS (promoción, prevención y atención) y un empoderamiento efectivo de la Cobertura Universal de Salud, no se logró reducir la cantidad de niños con hambre, la morbilidad infantil y se incrementó la cantidad de niños con retraso de crecimiento especialmente en los países en vía de desarrollo. (OPS, 2019). La Declaración de Astaná en 2018 en un revisionismo crítico de las premisas planteadas hace 40 años atrás (Alma Ata) concluyó que: “la salud para todos” fue “la salud para algunos” (OPS-OMS, 2018).

Periodo 2015-2019 en Argentina

La Argentina neoliberal del gobierno de Mauricio Macri (2015-2019) y en sintonía con lo antedicho, tomó el término “Cobertura Universal” surgido del reporte Mundial de la Salud (OMS, 2010) ajustado a los intereses y objetivos manifestados por diferentes organismos internacionales: OMS, Banco Mundial, BID y la Fundación Rockefeller, en sintonía con los sistemas de salud aplicados en países como EE.UU, México, Chile, Colombia. Modelos ampliamente empáticos con los grandes laboratorios y de la industria farmacéutica en general.

Dicha estrategia se impuso como una política regulativa formulada por el ejecutivo vía el Decreto Presidencial de Necesidad y Urgencia N° 908/16 con la intención de influir en la conducta de los ciudadanos de manera individual o colectivamente, terminando por identificar la condición de ciudadanía con una pauta de consumo de bienes y servicios.

Esta política hace referencia a un modelo de seguro de salud destinado a las personas “sin cobertura” a través de una “canasta básica de servicios”. Esta proposición pareciera de primera mano ignorar que nuestra constitución legítima en términos legales el derecho al acceso a la salud, universal y gratuito, borrando el principio de solidaridad reemplazado por reformas que crean sistemas de protección social basados en principios de consumo individuales.

En este sentido hay que ser muy cuidadoso con el uso del término “cobertura universal” muñido al derecho a la salud. Tal como refieren Bialakowsky .A.; Montelongo, L. y Ferenaz, Juan. (2021) podemos observar que el término sufre un pasaje operado en la transformación del significado introduciendo en el significante una distorsión que contradice su significado histórico, dicha transformación refiere a:

“cambios progresivos desde el Estado (dominio público) hacia su privatización, individualismo espontáneo al diseño del colectivo social individualista, solidaridad social extensiva al diseño de alojar insolidaridad en las clases subalternas, libertad promovida en paridad entre soberanías democráticas a instrumentar sus asimetrías.” (2021:05)

I) Breves consideraciones: la relación entre lo social y la salud en la sociedad argentina.

La correlación entre lo social y la salud y el mayor crecimiento de la salud pública se dio durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo (Ministro de Salud del gobierno peronista 1945-1955, precursor del sanitarismo argentino). En ese período se llevó a cabo una transformación sin precedentes en materia de infraestructura y modernización organizativa del sistema (se crearon más de 4.000 centros de atención sanitaria en todo el país, entre ellos 35 grandes policlínicos y más de medio centenar de institutos de especialización) como así también se produjeron grandes curas de enfermedades infectocontagiosas, erradicación del paludismo y una disminución significativa de la mortalidad infantil. Se impulsó el carácter universal de la cobertura de salud como derecho de ciudadanía, con un gran objetivo rector basado en acercar la atención sanitaria a todo el territorio nacional. La gestión de Carrillo institucionalizó una concepción propia de la Medicina Social, siendo uno de sus supuestos centrales concebir a la salud no como un estado sino como un proceso.

El enfoque de lo social persistió en los sucesivos gobiernos democráticos (populares y desarrollista) a pesar de las limitaciones estructurales y fragilidades políticas que el Estado de Bienestar presentaba.

No obstante a las serias dificultades se siguió manteniendo una lógica de inclusión y de solidaridad social, donde el derecho a la salud todavía se lo pensaba como irrenunciable, constitucionalmente reconocido y socialmente legitimado. Contrariamente, los ideales de los intereses colectivos fueron arrasados por los sucesivos gobiernos dictatoriales. Principalmente la última dictadura cívico-clero-militar (1976/1983) impulsó un período de mercantilización de los derechos sociales, profundizados posteriormente en la década neoliberal menemista (1989-1999) en pleno proceso democrático. En este escenario político-social, la salud, como la educación, el trabajo y los sistemas de protección sufrieron procedimientos de ajustes a través de políticas privatistas funcionales a los objetivos que persigue la lógica del lucro.

El sistema de salud se subordinó a las premisas y directrices de los organismos de financiamiento internacional, adquirió el carácter de política focalizada, lo que implicó abordar los problemas de salud de manera selectiva desvinculada del sentido de integralidad. Estrategia íntimamente identificada con los discursos neoliberales que en palabras de Robert Castel (2010) predica una recentralización de las protecciones en los más desprotegidos y una reducción drástica del papel del Estado social impulsando la promoción de los valores individuales.

Durante el período conocido como “etapa pos-neoliberal” (gobierno Kirchnerista 2003-2015) se experimentó un proceso de recuperación de los derechos sociales con sentido reparatorio de la trama social. Se instala un discurso basado en la inclusión social y la política de salud se direcciona hacia un proyecto de reinscripción del valor de lo público.

Una política paradigmática en ese sentido fue la promulgación por ley del derecho a la Asignación Universal por Hijo (AUH) entendida como

política de salud por su interacción con el Plan Nacer y el Programa de Calendario Integral de Vacunación de carácter obligatorio para la primera infancia. En esta perspectiva, lo social de la intervención se aproxima estrechamente a la problemática de la integración y a la de recomposición del lazo social.

Luego de este período la sociedad argentina transitó la experiencia inédita de un gobierno de Ceo-Cracia (Coalición Cambiemos, presidencia de Mauricio Macri 2015-2019) que se organizó alrededor de un Estado que asumió funciones de empresa, donde la Salud Pública se vio seriamente afectada por una neo-mercantilización de las prestaciones en el marco de una hegemonía neoliberal sin precedentes.

La pérdida del empleo, la creciente desocupación, la reducción de los ingresos de la masa de trabajadores formales e informales, la eliminación de derechos/beneficios sociales para personas con discapacidad, la pérdida de la obra social, el aumento descomunal de los precios de la canasta básica de alimentos, los montos impagables de servicios e impuestos elementales, la baja de becas para jóvenes estudiantes, la restricción presupuestaria para programas materno-infantil, la eliminación del Plan Qunita, el aumento de precio de los medicamentos para jubilados y jubiladas, las restricciones de subsidios para adultos mayores, la restricción de vacunas en el calendario de vacunación obligatorio y otros tantos han sido los indicadores negativos que pusieron en jaque a la salud de la población, afectando muy especialmente a los sectores más vulnerados y vulnerables.

La precarización económica generalizada incrementó la población en situación de calle, volvió la práctica del trueque como estrategia de subsistencia y los comedores y los merenderos barriales volvieron a duplicarse y redoblar su apuesta, como la única posibilidad para que muchas familias pobres y empobrecidas pudieran garantizarse un plato de comida diario. La suspensión del Programa Remediar, la eliminación del Plan Argentina Sonríe (salud odontológica) y la drástica reducción de la asignación presupuestaria destinada al Instituto Malbrán completan esa cadena de indicadores revelando la magnitud del ajuste y de la falta de sensibilidad de la gestión neoliberal del macrismo. En este contexto, a esta gestión no le tembló el pulso para decretar la eliminación del Ministerio de Salud y reducirlo a Secretaría y con ello un fenomenal ajuste presupuestario en infraestructura, equipamiento, ciencia y tecnología destinados a salud, al mismo tiempo que se contraía deuda por montos exorbitantes. El portavoz del FMI, Gerry Rice, sostuvo en febrero del 2020 durante una rueda de prensa en Washington que la deuda Argentina resultaba “insostenible/impagable”.

El Instituto Nacional de Microbiología Carlos Malbrán fue una clara expresión de esa política de desfinanciamiento que la pandemia Covid-19 expuso sin velo alguno a los pocos meses de asumir como presidente Alberto Fernández (Diciembre, 2019). El desastre económico social heredado y la irrupción de la pandemia del coronavirus en los inicios del 2020 nos enfrentaron con una situación de emergencia sanitaria y social inédita, obligando a la flamante gestión de carácter “nacional y popular” y fuertemente opositora a los modelos neoliberales, a dar

curso a diversos programas de ayuda económica de emergencia, dirigidos esencialmente a los sectores de menores ingresos para cubrir básicamente el alimento diario (Programa Tarjeta Alimentaria, Plan Ingreso Familiar Económico (IFE), incremento en la Asignación Universal por Hijo (AUH) y ejecutar un plan sistemático y progresivo de vacunación en un contexto regido por medidas alternantes de restricciones y aislamiento social como estrategias sanitarias de prevención e inter-cuidados.

II) Salud, derechos y protecciones el tiempo de Coronavirus: Por un sistema público integrado, integral e incluyente de salud

La reforma constitucional argentina de 1994 adherida a los tratados internacionales, conjuntamente con la doctrina y la jurisprudencia de nuestros tribunales sitúa a la Salud como un Derecho Humano fundamental. Aunque Nora Donato (2017) considera importante señalar que, en no todos ellos se hace una mención específica y literal sobre el derecho a la salud.

A la par de este reconocimiento se establece que los ciudadanos tienen derecho a su protección a cargo del Estado como actor principal en el diseño de políticas sociales y económicas que apuntan a reducir el riesgo de enfermedades y otros problemas de salud garantizando el acceso universal a los servicios y prestaciones para su promoción, protección y recuperación. Por lo tanto es responsabilidad prioritaria del Estado nacional y en sus distintos niveles de jurisprudencia, el compromiso político de accionar y sostener un Sistema de Salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Esta perspectiva corre a la Salud de la órbita de los derechos individuales y la introduce a la esfera de los derechos sociales robusteciendo su “carácter colectivo o de incidencia colectiva”, al ser planteado el “derecho a la salud” como un derecho inclusivo”. Esta particularidad produce la categorización de “derechos a prestaciones en sentido estricto”.

Fruto de este arco ampliado de consideraciones jurídicas nacionales e internacionales concebimos a la salud como:

Un proceso multidimensional que varía a lo largo de la vida, como derecho humano fundamental, colectivo, público y social, por lo tanto es un bien que nos pertenece a todos y todas sin distinción y será igualmente efectivo en la medida que otros derechos sociales sean debidamente garantizados como: acceso al agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, vivienda, trabajo, educación, acceso a la información².

Es precisamente esta idea la que se ve fuertemente interpelada a causa de los efectos devastadores que arroja la pandemia a nivel internacional, regional y local. Tan devastadoras como las propias consecuencias que ha producido históricamente el capitalismo, más precisamente en su versión neoliberal de los últimos 40 años en términos de la profundización creciente de las desigualdades sociales que ha generado

y de la miseria social que arroja, pronunciándose de manera eficaz, dominante y autoritaria:

Vale decir, con sus tiranías discursivas globalizantes y establecidas con sus privilegios y jerarquías institucionales, provocando que las clásicas poblaciones postergadas del sistema profundicen y agraven aún más su vulnerabilidad social, económica, cultural y simbólica, a la par de sectores medios en franco procesos de empobrecimiento acentuados hoy en contexto de pandemia. Los rasgos que pintan esta realidad nos llevan a reconocer la existencia de *pluri pobreza*s expresadas en un repertorio segmentado de desafilaciones sociales lindantes con zonas hojaldradas de exclusión, como signo distintivo que atraviesa hoy el fenómeno de la desigualdad social. Múltiples precariedades humanas inducidas que viven de manera heterogénea la amenaza constante de la pérdida de su condición de sujetos reconocidos. Según Butler (2006) “la precariedad representa tanto la condición como el efecto de la dominación, y debe ser estudiada como el instrumento de gobierno de las sociedades neoliberales. Se trata de la administración y gestión de la incertidumbre, la exposición al peligro, los cuerpos y los modos de subjetivación.”

La pandemia desnuda lo más crudo de nuestras existencias, la sociedad de mercado se despedaza frente a ella y pone en evidencia a nivel mundial el sistema inmunológico deprimido de los sistema de salud. En su mayoría regidos por el afán de lucro y la mercantilización de los niveles de atención como consecuencia de políticas privatistas que han asumido las democracias neoliberales contemporáneas. La decadencia del reinado de las premisas del Dios mercado y la degradación del capitalismo salvaje transparentan la gran crisis humanitaria actual y revela cruelmente los efectos devastadores que padecen las poblaciones en su conjunto. (Rubio y otros, 2020:52-53)

Podemos observar como el carácter progresista que se le asigna a la noción de *equilibrio* que arrastra el paradigma de pensar a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades, no escapa a una visión de universalidad abstracta y a-temporal. Lo mismo ocurre con las directrices mundiales actuales sobre la implementación de un “Sistema de Cobertura Universal de Salud” surgido, como ya hemos señalado, del Reporte Mundial de la Salud (OMS, 2010). Esta política es apropiada y hegemonizada por los círculos de pensamiento conservador del sector salud y por los defensores del “mercado” en la prestación de los servicios bajo un modelo de “seguro” que desplaza la noción de derechos (Rubio y otros, 2020).

Si el Servicio de Cobertura Universal no es seriamente cualificado supone convalidar un gran error y una mezquindad epistémica producto de un proceso cerrado, clausurado en términos meramente normativos y contruidos desde una mirada eurocentrista.

El gobierno actual, principalmente en la voz de la vicepresidenta Cristina Kirchner, ha vuelto a instalar la preocupación política de rediscutir el funcionamiento del sistema de salud y las consecuencias histórico-sociales de una pandemia que ha generado una crisis sanitaria y humanitaria a nivel mundial.

La apuesta consiste en retomar los lineamientos del Plan Federal de Salud (2004-2007) y trabajar colectivamente hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino (SNISA), por medio de un plan de reestructuración que permita superar largas décadas de fragmentación y segmentación presentes en el sistema. Se apunta a una integración

articulada entre el sector público, las obras sociales y las pre-pagas en el marco de una Ley Nacional de Salud que habrá que discutir, consensuar, construir y legitimar en un nuevo cuerpo normativo (Frente Ciudadano por la Salud, 2019).

Este escenario de disputa expresa la lucha simbólica de quién se asigna el poder para decir qué es la salud, cómo debe ser nominada, transmitida, administrada, practicada y garantizada como derecho a toda la población. Por lo tanto entendemos que es definitorio el rol que asuma el Estado en su intervención en lo social para garantizar procesos de asunción de ciudadanía, defensa y ampliación de derechos sociales y en particular en relación al acceso a la salud con un sentido justo, igualitario y equitativo.

Si bien la pandemia es el problema urgente a resolver, reconocemos que la enfermedad que padece la sociedad argentina y el mundo en general es la desigualdad social reinante y las graves consecuencias que produce en la desigualdad de la salud (Rubio y otros, 2020). En este sentido la consigna “primero la salud” agitada en las premisas políticas de la actual gestión nacional es válida para esta emergencia pero debe indefectiblemente transformarse en la meta para la Argentina futura.

En resumidas cuentas, entendemos que debe darse una amplia discusión colectiva (legisladores, profesionales, académicos, sectores populares, gremios, obras sociales, prepagas, etc.) que nos conduzca a un sistema público integrado, integral e incluyente de salud, sostenido en el reforzamiento de la perspectiva de los Derechos Humanos a la luz de los aportes críticos provenientes del enfoque decolonial. Dicha teoría cuestiona el conocimiento que a través de la historia se nos ha impuesto, poniendo su énfasis principal en la perspectiva de género, raza, y pertinencia pluricultural, que nos permita al mismo tiempo la construcción de una multiconcepción de la salud acorde con la realidad de nuestros sures.

En definitiva una Ley Nacional de Salud que promueva prácticas de justicia social y mayor equidad además de instituir a la salud como derecho humano fundamental.

Referencia Bibliográficas

- Alayón, Norberto (2012). Acerca de lo público. En A. Arias (Comp.), A. Bazzalo, B. García Godoy, *Políticas Públicas y Trabajo Social. Aportes para la reconstrucción de lo público*, (p.129-134). Buenos Aires: Colección Ciencias Sociales (UBA), Editorial Espacio.
- Bases del Plan Federal de Salud (2004-2007). Recuperado de www.ossyr.org.ar/pdfs/2004_plan_federal_salud.pdf
- Bialakowsky, A.; Montelongo, L y Ferenaz, J.B. (2021). De metáforas, ficciones y falsa conciencia. En *Cuadernos Abiertos de Crítica y Coproducción N°3: Diversas miradas del Covid-19 como obstáculo epistémico* (p. 5-6). CLACSO Argentina.
- Bovino, Betina (2020). La atención primaria de la salud. Aportes a partir del pensamiento y obra del Dr. Carrillo. En A. González-Saibene y S. Martino (Coords), *De la política al campo, del campo a lo político* (p. 107-126). CIECITS, UNR Editora.

- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc. (2008). *Bourdieu Pierre. Una Invitación a la sociología reflexiva*. 2da. Buenos Aires: Ed. Editora Siglo XXI.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Madrid: Paidós.
- Castel, Robert (2010). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo. Ira*. Ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Cobertura Universal de Salud /Decreto 908/2016 / Fondo Solidario de Redistribución. Buenos Aires (02/08/16). Recuperado en: servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/264047/norma.htm
- Donato, Nora A. (2017). *El Derecho a la Salud*. DELS - Ministerio de Salud. Recuperado de www.salud.gob.ar/dels/autores/donato-nora-adela
- Frente Ciudadano por la Salud (Agosto, 2019). *Ejes centrales para un programa de Salud 2020/2014*. Recuperado de: <http://frenteciudadanoporlasalud.com/ejes-centrales-para-un-programa-de-salud-2020-2024/>
- Menéndez, Eduardo (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires, (p. 451-46). Recuperado de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? En *Revista Alteridades*, 7, (4). Recuperado de: <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/600/598>
- ONU: Asamblea General (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>
- OMS (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Suiza. Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43952>
- OMS (2010). *Informe sobre la salud. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Recuperado de: <https://www.who.int/whr/2010/es/>
- OMS (2018). *Declaración de Astaná. Conferencia mundial sobre atención primaria a la salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declarationsp.pdf>
- OPS-OMS (2018). *Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/25-10-2018-nuevo-compromiso-mundial>
- OPS (2019). “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. *Informe de la Comisión de Alto Nivel*. Edición revisada. Washington, D.C. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>

- Rubio, R; Bovino, B y otros (2020). La práctica investigativa en tiempos de pandemia: sentires y andares del equipo de investigación y la posición ético-política en la producción de conocimiento. En *De la política al campo, del campo a la política. Investigaciones e intervenciones en Trabajo Social*. UNR
- Uranga, Washington (2011). Carnavales, cultura y política. En *Diario Página 12*. Buenos Aires, 10 /03/11), pág.5.

Notas

- * Este artículo recupera esencialmente los aportes del capítulo de libro: De la política al campo, del campo a la política. Investigaciones e intervenciones en Trabajo Social. Compiladoras: Gonzalez Saibene, A; Martino, S (2020) Universidad Nacional de Rosario
- 1 Menéndez (1988) define por MMH a: “el conjunto de prácticas, saberes, teorías generados por el desarrollo de la 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 los criterios científicos, como por el Estado.”
- 2 Para ampliar sobre este punto consultar: Bovino, Betina (2020) “La atención primaria de la salud. aportes a partir del pensamiento y obra del Dr. Carrillo”