



**Carrera: Licenciatura en Sociología**

# **Organización del trabajo en el sector de la salud**

## **Los centros de salud y su funcionamiento**

**Alumna: Flavia Alejandra Mercado**

**Directora: Dra. Patricia Collado**

**Co-Directora: Mgter. María del Pilar Rodríguez**

**Mendoza, Diciembre de 2014**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I: Ciencias Sociales y salud: encuentros y desencuentros entre sociología y medicina.....</b>	<b>12</b>
1.1 Una lectura política del poder de la ciencia.....	13
1.2 La ciencia para la medicina.....	15
1.3 Primeras citas entre las ciencias sociales y la salud.....	21
1.4 El funcionalismo positivista como celestino de este encuentro.....	26
1.5 Positivismo en Latinoamérica: paradigma teórico y dispositivo práctico.....	30
1.6 Planteos críticos del positivismo.....	45
<b>CAPÍTULO II: Producción socio-histórica de la salud. La Gran Transformación neoliberal.....</b>	<b>53</b>
2.1 El campo de la salud y la organización de la salud pública en Mendoza...54	
2.2 Anclaje socio-espacial.....57	
2.2.1 La distancia social de la salud. Guaymallén como espacio margina...57	
2.2.2 El Sauce: el lugar de los locos.....62	
2.3 Anclaje socio-histórico.....63	
2.3.1 Genealogía Hospital El Sauce.....63	
2.4 La Gran Transformación Neoliberal.....78	
2.4.1 Tecnologías de la gubernamentalidad neoliberal.....81	
2.4.2 Organismos Internacionales y Atención Primaria de la Salud: la estrella de la retórica neoliberal en salud.....84	
2.4.3 Las Mutaciones en salud: De la salud como un derecho a la conversión en bien de consumo.....88	
2.4.3.1 Desregulación y financiarización de las obras sociales...91	
2.4.3.2 La conversión de los efectores de salud en unidades productivas.....93	
2.4.4 Genealogía de las reformas de los 90 en Mendoza.....94	

<b>CAPÍTULO III: El centro de salud como objeto de indagación: trabajo y trabajadores en el ‘equipo de salud’</b> .....	<b>100</b>
3.1 El caso del Centro de Salud N° 174 Ramón Carrillo.....	101
3.2 El trabajo en salud.....	106
3.2.1 Breve descripción de las transformaciones o cambios de las prácticas de salud.....	108
3.3 Primer período: Autogestión. Centro de Salud modelo en atención primaria de la salud.....	111
3.3.1 Perfil de los trabajadores: Polivalencia .....	116
3.3.2 Relación Hospital Centro de Salud: a propósito del apéndice estratégico.....	121
3.4 Segundo período: Retracción del Centro de Salud “puertas adentro”.....	123
3.4.1 Relación Hospital-Centro de Salud: psiquiátrico como nicho de continuidad de la organización científica del trabajo .....	127
3.4.2 Perfil de los trabajadores: Precarización .....	133
3.5 Distinto camino el mismo final .....	138
<b>CAPÍTULO IV: Breve excursus sobre ciencias sociales en la salud pública mendocina</b> .....	<b>144</b>
4.1 Trabajo Social: disciplina inserta en el campo.....	145
4.2 El Trabajo social durante el gobierno neoliberal.....	149
4.3 ¿Y la Sociología dónde está?.....	155
<b>REFLEXIONES FINALES</b> .....	<b>159</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>164</b>
<b>FUENTES</b> .....	<b>172</b>
<b>ANEXO I</b> .....	<b>174</b>
<b>ANEXO II</b> .....	<b>178</b>

## **INTRODUCCIÓN**

El ámbito de la salud constituye un campo poco indagado por la sociología, de hecho podemos decir que se trata de un espacio de trabajo en el que es difícil encontrar sociólogos, asimismo resultan escasas las investigaciones que con dicha perspectiva se aboquen al campo.

Consideramos que tanto la concepción y delimitación de lo que se entiende por salud-enfermedad, así como la forma de afrontarlo y resolverlo constituyen practicas enteramente sociales. Sin embargo y a pesar de lo dicho ha sido un campo restringido históricamente a la visión de las ciencias biológicas y médicas. La intervención de las disciplinas “ajenas” a la medicina sobre todo las ciencias sociales fue marginal, ya que siempre sirvió a los intereses médicos como zona especialmente vinculada al poder sobre los cuerpos y al conocimiento experto del mismo.

Los médicos ocuparon posiciones históricamente hegemónicas o por lo menos estratégicas desde el punto de vista de la organización de la sociedad moderna y citadina, primero como higienistas y luego en tanto representantes ejemplares de las profesiones liberales. Consagrados como los especialistas, detentaron el saber y el poder en la prestación y organización del campo de la salud, pero también en la delimitación de lo que se define como anormal y patológico. En relación a esto gozaron (y aún lo hacen) de un gran prestigio que los elevó en su posición social.

Hoy la sociedad exhibe a los responsables de la salud como asalariados, que si bien no han perdido la autoridad social, conforman un conjunto de población atravesado por problemáticas socio-laborales comunes a otros trabajadores y específicas, dada la actividad que desempeñan.

En nuestro país también se destaca al sector de la salud como uno de los sectores que registra altas cifras de conflictos laborales, reclamos y protestas gremiales, principalmente en el subsector de la salud pública.

Sobre la base de este historial y marco de referencia nuestro interés se despertó en la experiencia de trabajo en un efector del primer nivel de atención de la salud pública de la provincia de Mendoza. En este primer acercamiento no solo pudimos percibir y vivenciar los principales problemas que afectan a todos los sujetos que se ven involucrados en una práctica de salud, usuarios y trabajadores, (y que atraviesan a diario al primer nivel en particular y por lo tanto, al Sistema de Salud en general) sino que también notamos la ausencia de la sociología en ese espacio, por lo menos en referencia a la práctica profesional.

Tal vez fue debido a la posibilidad de formar parte del equipo de trabajo en salud lo que motivó a que nos centráramos en la situación de los trabajadores en este recorrido de indagación.

De acuerdo a esta motivación, el interrogante que dio origen y guió la presente investigación fue:

¿Cuáles son las características de la organización del trabajo, en relación a los equipos de salud, en el primer nivel de atención de la Salud Pública en la provincia de Mendoza? y ¿Cómo se relacionan con las transformaciones ocurridas en el mundo del trabajo?

Sin embargo durante el proceso de investigación el problema y su relación el objetivo inicial, fueron mutando ya que la primer práctica laboral como futura socióloga no solo marcó un vacío de la experiencia disciplinar en ese espacio sino que además al escogerlo como tema de investigación significó comenzar un arduo trabajo tanto para encontrar posibles directores de la tesina como así también bibliografía producida sobre el tema desde la sociología.

Por ello a los problemas iniciales se les sumaron los siguientes:

¿Cómo y cuándo se materializó el encuentro entre las ciencias sociales y la salud? Y en relación a eso ¿Qué lugar ocupa/ó la sociología?

Al establecer estas preguntas como un eje bifronte de investigación (el trabajo y los trabajadores en salud por un lado y la relación sociología y salud por el otro), nuestro horizonte de indagación se sintetizó en “Contribuir al conocimiento del sector de la salud en la provincia de Mendoza, en relación a la práctica de los equipos de salud, a partir del análisis de la organización del trabajo en su primer nivel de atención”. Para concretar ese propósito planteamos objetivos específicos:

- ✓ Describir la forma de organización del trabajo en el Primer Nivel de Atención de la Salud Pública.
- ✓ Describir y relacionar la forma de organización del trabajo dominante en la actualidad en el sector de la salud, con las transformaciones ocurridas en el mundo del trabajo.
- ✓ Describir y analizar el impacto de la forma de organización y contenidos del trabajo sobre el ejercicio del trabajo en salud.

Consideramos fundamental continuar con los estudios que realizan un abordaje sociológico del campo de la salud teniendo en cuenta que la sociología en esta temática es joven y registra una amplia agenda de tópicos pendientes.

El supuesto que guó nuestra investigación fue que las transformaciones laborales ponen en crisis el perfil profesional médico hegemónico en la medida que como asalariados prestadores de un servicio (salud) atraviesan las problemáticas socio-laborales que impactan sobre el conjunto de la fuerza de trabajo. En igual sentido afirmamos que la nueva morfología del trabajo afecta en forma diferencial a los trabajadores de atención primaria de la salud que empalman con los perfiles toyotistas de trabajo.

Esta tesina se nutre de diversos campos disciplinares, por una parte la sociología de la salud pero por otra parte centralmente se asocia a la sociología

del trabajo con el objeto de contribuir a la sistematización de aportes sociológicos al campo de la salud en Latinoamérica, Argentina y especialmente nuestra región.

### **Consideraciones metodológicas**

Este estudio intenta alejarse del paradigma positivista y sus métodos, los que ha sido históricamente hegemónico en el campo de la biología y la medicina, pero también de las corrientes dominantes en los estudios de las ciencias sociales concentrados en la salud (como el estructural funcionalismo)<sup>1</sup>. En este sentido, motivados por conocer en su especificidad y profundidad este ámbito fructífero, nos servimos del paradigma materialista histórico pretendiendo aportar una lectura crítica, históricamente situada y dialéctica, que trabajará con la salud como campo de relaciones sociales de poder.

La investigación se plantea como un “*estudio de caso*” y constituye su unidad de observación el Centro de Salud N° 174 Ramón Carrillo ubicado en el Hospital El Sauce, localidad El Sauce, Guaymallén, Mendoza.

En principio podemos decir que la elección del mismo fue intencional, motivada por la realización de pasantías en ese lugar durante el año 2010/2011; pero por otra parte la fuerza de la inquietud “hecha carne” fue orientada por el vacío de herramientas disciplinares que aportaran a la práctica profesional sociológica en este especial ámbito (en la medida que se trataba de la primera práctica profesional). Ambas situaciones, provocaron que el caso se impusiera ante nosotros y que constituyera un canal mediante el cual pudiéramos dar respuesta al interrogante planteado, sirviéndonos de la asociación fructífera entre sociología del trabajo y filosofía de la salud. Podríamos representarlo de la siguiente forma

---

<sup>1</sup> Ver genealogía reconstruida en el capítulo 1 de la presente tesina



Para aproximarnos al sector de la salud, en el año 2012 obtuvimos la beca “Investigadores mendocinos” otorgada por la Dirección de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza mediante la cual pudimos conocer algunos aspectos del sistema de salud público de la provincia y confirmamos nuestra decisión de abordar como objeto de reflexión e indagación a un centro de salud. Estos efectores de acuerdo a las políticas públicas nacionales e internacionales constituyen la “puerta de entrada” al sistema de salud y como tales representan espacios de confluencia de problemáticas múltiples de las cuales nos interesaban las sociales y laborales.

Consideramos relevante destacar que si bien el interés se centró en un “estudio intrínseco” (Stake, 1994) o “caso único” (Yin, 1993), intentamos otorgar núcleos de sentido para la comprensión de fenómenos que trascienden el caso y de esta forma contribuir al conocimiento científico de la salud a la luz de la lente compleja de las ciencias sociales.

El proceso de trabajo investigativo se planteó de manera dialéctica, tanto en el trabajo de campo como en el análisis: esto supuso un diálogo permanente entre estructuras materiales, sujetos, producciones simbólicas e historicidad del campo de estudio en cuestión. Para dar lugar a este tipo de análisis usamos diferentes técnicas de abordaje: la observación, la entrevista semi-estructurada y en profundidad; el análisis documental y la revisión bibliográfica.

En la primera etapa de la investigación (exploratoria) la técnica utilizada fue *la observación participante*, de acuerdo a que pudimos formar parte del equipo de trabajo del centro de salud en cuestión 'desde adentro'. Realizamos *diarios de campo* para el registro de la experiencia y para poner en orden y sistematizar la experiencia de pasantía.

Paralelamente efectuamos lecturas sobre producciones clásicas centradas en la salud. En este camino resultó fundamental redescubrir a Michel Foucault. Sus obras nos permitieron pensar al campo de la salud como un espacio donde se reproducen las lógicas de poder; situar al médico como agente fundamental de la biopolítica y a la propia organización del sistema de salud en relación al modo de producción imperante. Asimismo en sintonía con nuestra lente crítica aportada por el marxismo, pudimos reflexionar acerca del cuerpo como el lugar privilegiado para la explotación, objeto privilegiado para ser controlado y gobernado asegurando el incremento constante de su utilidad para el capital. Finalmente la perspectiva foucaultiana apuntó la importancia de la patología como forma de control, y al poder de la vida en relación a valor económico y en este sentido ambas tradiciones sirvieron para estrechar la ligazón entre medicina, economía y política.

Asimismo logramos acercarnos a la sociología del trabajo mediante la pertenencia al equipo de investigación "Condiciones de trabajo y su vinculación con la vida política-relacional de los trabajadores: hacia su redefinición conceptual/categorial a la luz de las transformaciones actuales" y las lecturas de entre otros de Harry Braverman, Ricardo Antunes y Enrique de la Garza.

Tal como lo afirma Minayo (2011) la investigación fue tomando un tinte artesanal en la medida que construimos un proceso de trabajo que apeló a diversas fuentes. Pudimos acceder a fuentes primarias de información, tal fue el caso de un documento sin publicación elaborado por el Dr. Guembe sobre la historia del hospital El Sauce (director de la institución en dos gestiones)<sup>2</sup>, y accedimos a tres trabajos de investigación en el marco de estudios de "opinión pública" elaborados por un equipo de sociólogas, dos centrados hospitalares

---

<sup>2</sup> El documento fue otorgado por su hija, ya que él falleció hace dos años.

públicos de la provincia y otro en el sistema de salud general de Mendoza<sup>3</sup>. Paralelamente utilizamos normativas del ministerio de salud de la provincia, planillas otorgadas por la dirección de hospitales y centros de salud.

En el avance descriptivo de la investigación el trabajo de campo continuó mediante *entrevistas en profundidad semi-estructuradas* que se realizaron a trabajadores del centro de salud que se desempeñaban allí en el momento de entrevistarlos y a otros que ya se habían retirado del efector por diversos motivos. También se entrevistó a trabajadores del hospital El Sauce del que depende el centro de salud. En el proyecto de esta tesina se planteó que sería el profesional médico el que constituiría el foco de interés, pero el proceso investigativo amplió la perspectiva y motivó la incorporación de otras disciplinas que conforman el equipo de trabajo en tales centros asistenciales, referimos específicamente a enfermeros/as y trabajadores/as sociales. Nos referimos específicamente a enfermeros/as y trabajadores/as sociales que son los profesionales de inserción típica en el primer nivel de atención de la salud pública. Para lograr este acercamiento también se registraron conversaciones informales y llamados telefónicos con los trabajadores.

Al calor de la producción teórica surgieron nuevos tópicos que atravesaron el objeto y la problemática inicialmente planteada, tal como la cuestión referida al vínculo entre ciencias sociales- salud. En este sentido y para completar de manera integral los intereses planteados en la tesis concretamos una entrevista con una Socióloga que trabajó en el Hospital Central durante la década de 1990, y con una Trabajadora Social de larga trayectoria en el sistema de salud público provincial. Ambas entrevistas fueron tomadas a estas personas en tanto informantes clave del tema a tratar.

En definitiva se realizaron en total 13 entrevistas que pueden dividirse en tres grupos. Aquellas centradas en la reconstrucción de la historia del caso

---

<sup>3</sup> Instituto MEGACORP de mediciones y tendencias (1992) "Sistema de Salud en la provincia de Mendoza: Percepción de los usuarios"/ Becerra, Bistué, Cardello, Maumene, Poj (1993) "Satisfacción del usuario del Hospital Dr. Humberto Notti"/ Becerra, Bistué, Cardello, García Ocauto, Maumene, Poj (1994) "Satisfacción de las pacientes de la maternidad del hospital Lagomaggiore"

(hospital/centro de salud), otras enfocadas en la relación entre ciencias sociales-salud y finalmente las que refieren a la organización del trabajo.

Teniendo en cuenta que se trata de un estudio de caso, identificar a los entrevistados por sus profesiones sería revelar su posición y estado laboral, debido a esto no explicitaremos las disciplinas de cada uno con el fin de resguardar su identidad. Las entrevistas serán referenciadas bajo la nominación de “miembro del equipo de salud”.

Para el análisis de todos los datos construidos intentamos continuar con el proceso dialéctico articulándolo con la hermenéutica. No hicimos una tarea netamente deductiva ni tampoco estrictamente inductiva, sino que pusimos en diálogo permanente la teoría y la empiria, tratando de romper dicotomías buscando la explicación de lo general en lo particular y viceversa, como así también orientándonos a comprender e interpretar las relaciones sociales que se establecen en este singular “campo”.

Mediante el estudio en profundidad de este caso en permanente relación con la configuración macro social internacional, nacional y provincial, pretendemos aportar al conocimiento del primer nivel de atención de la salud pública, pero principalmente aportar claves al horizonte de su transformación.

Todos los intereses se conjugan en el escrito presente cuyo cuerpo se divide en tres espacios capitulares. El *primero* se dedica a reconstruir la historia de la relación establecida entre las ciencias sociales y la salud, pero fundamentalmente de la sociología con este campo. Así abordamos en principio los inicios de la medicina como disciplina científica hegemónica para luego esbozar el acercamiento de la sociología y los principales modelos teóricos (hegemónicos y alternativos) que asumieron el estudio de este ámbito. En el *segundo* capítulo abordamos las transformaciones del sistema de salud durante la gubernamentalidad neoliberal prestando especial atención a lo acontecido en la provincia de Mendoza. Así también para aproximarnos al objeto de interés realizamos lo que llamamos un anclaje socio espacial y socio histórico mediante la descripción del Hospital El Sauce (del cual depende el

Centro de Salud en estudio) y mediante esto analizar las relaciones de los efectores con el propio Estado. El *tercero* toma directamente la cuestión laboral. Describimos el trabajo inmaterial del servicio de salud, las formas que adopta la organización del trabajo en el Centro de Salud Ramón Carrillo y el impacto que provoca en la salud de los trabajadores. En el cuarto y último capítulo realizamos una breve aproximación a la intervención de las ciencias sociales en el ámbito de la salud mendocina.

Para finalizar aportamos algunas reflexiones surgidas de esta investigación, las que pretenden colaborar a nutrir y afianzar un camino de real vinculación entre nuestra disciplina y el campo de los estudios de la salud.

## **CAPÍTULO I: Ciencias Sociales y salud: encuentros y desencuentros entre sociología y medicina**

En este apartado nos proponemos conocer cómo se vincularon las ciencias sociales, en especial la sociología, al estudio de las problemáticas de la salud, teniendo en cuenta que históricamente constituyeron el objeto de estudio propio de las ciencias biológicas y médicas. Describimos el camino recorrido desde la sociología, para comprender entre otras cosas la posición que ocupa en las relaciones que conforman el mundo de la salud, en términos de práctica e investigación, la significación de sus aportes y el impacto que provoca.

Para desentrañar esta relación en principio reflexionamos sobre los inicios de la ciencia y propiamente cómo la medicina devino en disciplina científica. Luego nos detendremos en los primeros acercamientos de las ciencias sociales a la salud, focalizándonos en la región latinoamericana y los procesos acontecidos para el encuentro entre estos dos campos.

De esta forma abordaremos los principales modelos teóricos que asumieron el estudio de la salud-enfermedad, así caracterizaremos los paradigmas hegemónicos y alternativos propuestos por la sociología.

### **1.1 Una lectura política del poder de la ciencia**

El estudio y análisis del campo de la salud a lo largo de su historia estuvo a cargo de las ciencias biológicas y médicas, en este sentido la medicina gozó de una hegemonía histórica en el área de las ciencias de la salud. (Souza Minayo, 2009). En este caso y por motivos de recorte nos referimos solamente a la medicina de tipo “científica”, la medicina moderna.

Nos remontaremos a reconstruir el poder de la ciencia en el inicio de la modernidad, en tanto la medicina se constituye en científica con el comienzo del capitalismo.

A partir de una reflexión crítica resulta necesario pensar el rol que jugó la ciencia desde sus orígenes, en su pretensión de conocer la naturaleza, en el desarrollo de “especialidades” y en su visión y relación con la sociedad.

Nuestra lectura no se construye desde las ciencias biológicas, pero en definitiva desde la lente de otra ciencia: la ciencia social, entonces resulta necesario que el análisis sea crítico y a contra pelo del poder dominante de la propia ciencia.

La etapa que comenzó con el apogeo de la razón, puede nominarse de diversas formas -Iluminismo, Ilustración, Modernidad-, pero debe necesariamente contextualizarse en la fase industrial del modo de producción capitalista. En este periodo el capitalista logró reunir bajo un mismo techo a los obreros para controlarlos y establecer el principio innovador de “la división del trabajo en la manufactura” y de esta forma aumentar la productividad. A diferencia de otro tipo de división social del trabajo acontecido en etapas anteriores, esta “división detallada” tenía la particularidad de fragmentar las fases necesarias para la elaboración del producto en múltiples operaciones adjudicadas por ello a distintos obreros. Así se rompía con la visión integral, total y completa del trabajador sobre el proceso de trabajo. El capitalista guiado por su afán de lucro, buscó los métodos para dominar y extraer el mayor plusvalor del trabajo obrero; que en esa fase del modo de producción fue concretado a través del trabajo fragmentado, pero luego se reinventó y adoptó diversas estrategias a lo largo de su desarrollo. (Braverman, 1987)

La aparición en escena de la ciencia no puede sino interpretarse en relación con lo acontecido en ese escenario social brevemente descrito anteriormente.

En clave de lo aportado por la teoría crítica, retomamos a Horkheimer/Adorno en “Dialéctica del Iluminismo” (1987), allí se da cuenta que el programa del Iluminismo en su deseo de librar al mundo de la magia colocó al intelecto como el amo de la naturaleza, dejando clara la relación de dominio que se establece sobre esta:

“no se debe influir sobre la naturaleza identificándose con ella sino que es preciso dominarla mediante el trabajo” (Adorno, Horkheimer, 1987: 33)

En esa frase se deja ver la voluntad del hombre moderno y en relación a esto, el propósito de la ciencia en oposición a la magia, la mimesis con la realidad. En igual sentido Silvia Federici dirá:

“Al intentar controlar la naturaleza, la organización capitalista del trabajo debía rechazar lo impredecible que está implícito en la práctica de la magia, así como la posibilidad de establecer una relación privilegiada con los elementos naturales y la creencia en la existencia de poderes a los que sólo algunos individuos tenían acceso, y que por lo tanto no eran fácilmente generalizables y aprovechables”. (Federici, 2010: 238)

“La batalla contra la magia siempre ha acompañado el desarrollo del capitalismo, hasta el día de hoy [...]” (Federici, 2010: 237)

En manos de la ciencia “la naturaleza privada de sus cualidades se convierte en materia caótica, objeto de pura subdivisión” (Adorno, Horkheimer, 1987:23). La ciencia petrificó el objeto de estudio, lo sometió a fragmentación al igual que al proceso de trabajo. Entonces en esta relación de dominio, es el hombre el que mediante la ciencia da sentido sobre el objeto que ha sido privado de este, y se convierte en el detentador del saber- poder. Pero en palabras de Horkheimer y Adorno

“los hombres pagan el acrecentamiento de su poder con el extrañamiento de aquello sobre lo cual lo ejercitan” (Adorno, Horkheimer, 1987:22)

Tal como el relato sintetiza se materializó la escisión del hombre y la naturaleza, la fragmentación en la lectura de la totalidad social que marcará el desarrollo de la ciencia a lo largo de nuestra historia.

Ese extrañamiento del sujeto con el objeto, del conocimiento y la acción, constituyó la semilla que germinará en la técnica positivista de la universalidad de las ideas-conceptos y de la neutralidad y objetividad científica; en tanto los hechos son considerados por el experto como exteriores, dándole un marco fijo a su actividad, interpretando la totalidad social fraccionada y estandarizada pero logrando de esta forma la generalización en su conocimiento y la aplicación de leyes universales. Con el distanciamiento del objeto de estudio se selló la materialización del dominio y al mismo tiempo la condena a jamás conocerlo en su totalidad.

De acuerdo al análisis idóneo realizado por los autores frankfurtianos y los aportes de la autora marxista-feminista Silvia Federici, podemos advertir la estricta relación del surgimiento de la ciencia con el modo capitalista de producción, sus estrategias -división del trabajo- y finalidades, convirtiendo a la razón instrumental en un simple accesorio del aparato económico y en el fundamento mismo de su desarrollo económico.

## **1.2 La ciencia para la medicina**

En la historización de la eclosión de la razón instrumental notamos la importancia de la negación y eliminación de la magia en favor de la ciencia, debemos considerar entonces que la práctica del cuidado y de la sanación no siempre fue de tipo “científica”<sup>4</sup>.

En los inicios de la humanidad se establecía una relación inmediata del sufrimiento con lo que lo alivia, cada individuo lo hacía para sí mismo, la experiencia se transmitía de padres a hijos, por lo que se trataba de una práctica abierta. Foucault en su análisis del nacimiento de la clínica enunció que “antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma (...)” (Foucault, 2004: 85)

---

<sup>4</sup>La estigmatización y la negación de las otras “medicinas” constituye una estrategia, en la cual el saber científico reduce el saber tradicional a la ignorancia y a la superstición.

Tanto en Europa como en América existían concepciones y prácticas de cura y sanación construidas en los diferentes grupos sociales, previas a la llamada medicina científica.

“El proceso salud/enfermedad/atención, ha sido y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las actuales” (Menéndez, 1994:71)

Federici aduce que en Europa históricamente las “brujas” eran las parteras, las médicas, adivinas o hechiceras del pueblo (Federici, 2010). En “*Calibán y la Bruja*” marcó la persecución de brujas de los siglos XVI y XVII como fundamental para el desarrollo del capitalismo, tan importante como la colonización o la expropiación del campesinado europeo de sus tierras. Según la autora se intentaba terminar con el poder de la mujer sobre su capacidad reproductiva, para dar lugar a un esquema patriarcal, a la división sexual del trabajo y a la degradación y dominio sobre las mujeres, convirtiéndolas en objetos sexuales que garantizaran la reproducción del proletariado.

Si pensamos en América, debemos señalar que no existen investigaciones sistemáticas en torno a las prácticas de los pueblos originarios. Sin embargo se cuenta con una dispersión de fuentes que muestran la diversidad de realidades existentes en todo el territorio.

“Hay que precisar que la mayor parte de las fuentes históricas que se refieren a la época prehispánica fueron redactadas por los conquistadores”. (Villaseñor, S; Rojas, C; Berganza, 2002)

Teniendo en cuenta esto debemos advertir que los estudios existentes son realizados desde la lectura de los vencedores o posteriormente desde la lente de las disciplinas científicas.

Las producciones de la antropología muestran una diversidad y multiplicidad de prácticas populares<sup>5</sup> en diferentes territorios, culturas y periodos históricos. Si bien no podemos generalizar lo acontecido en todo el territorio de América, en tanto estaríamos realizando una homogeneización forzada, podemos mencionar algunas prácticas comunes

Los primeros habitantes organizados en comunidad, establecían una relación grupal para la sanación, cada miembro a través de sus vínculos comunales buscaba la salud de su ser en armonía con la de sus pares. Existía una concepción total del desarrollo integral de la persona, en tanto se trataba de una relación de la humanidad consigo misma, donde todos los sujetos eran importantes en la búsqueda del bienestar, entonces la respuesta a un malestar se encontraba en conjunto y en un clima de respeto con la naturaleza. Los pueblos indígenas practicaban su medicina en torno a un líder, chaman o curandera que era el/la responsable de esta tarea, construida en base al patrimonio de saber acumulado de generación en generación, con raíces en la cultura de la comunidad.

“...la relación agente de la salud-paciente en la medicina aborígen es totalizadora y va más lejos de la enfermedad, hacia la consideración de la historia del enfermo como parte integrante de la comunidad” (Estrella, 1977 citado por Menéndez, 1985)

En la medicina nahua (azteca) prehispánica

“Se ignoraban las fragmentaciones del individuo tan apreciadas por la sociedad actual. No concebían el cuerpo en oposición al espíritu, ni al individuo contra la sociedad. El cosmos y el hombre constituían un todo” (Bayardo, Malpica, Champagnac, 2002)

---

<sup>5</sup> Resulta riesgoso hacer uso de categorías como “medicina tradicional” en tanto no pretendemos mediante esos términos excluir ni desvalorizar lo acontecido en la etapa “pre-científica” por decirlo de algún modo, ni mucho menos establecer una asimetría respecto a lo moderno.

En relación a la interpretación de Federici (2010) en torno a la quema de brujas como parte del proceso de imposición de la división sexual del trabajo y del patriarcado capitalista en Europa, podemos hacer mención del aporte de Silvia Rivera Cusicanqui desde la actual Bolivia. La autora manifiesta que en la cultura andina existía una especie de complementariedad solidaria de funciones entre hombres y mujeres que se vio destruida con la llegada de la sociedad invasora. Por lo tanto Cusicanqui (2010) vincula al colonialismo con la imposición del patriarcado en la sociedad andina.

“El drama colonial comienza en los Andes con el intento de seducción que despliega la sociedad nativa, al ofrecerle sus mujeres al invasor. La ruptura de normas de reciprocidad hasta entonces compartidas por todas las sociedades humanas conocidas genera un mecanismo de distanciamiento completamente inédito, que consiste en mirar al otro como si fuera parte de la naturaleza, de lo amorfo o lo asocial. Esta mirada, que en occidente también se aplica al sexo femenino, une pues umbilicalmente al patriarcalismo con el colonialismo a partir de 1532”. (Cusicanqui, 2010:190)

“Entre todas las cosas que se revolvieron desde entonces, puede figurar en los primeros lugares el costoso y precario equilibrio entre los géneros” (Cusicanqui, 2010:189)

Cuando la medicina se elevó a su carácter de científica, tomó un camino que rechazó y vedó toda forma precedente de organización para la cura, la ciencia le otorgó un poder legitimador a esta práctica en detrimento de los saberes ancestrales, arrancándola también del mundo de las mujeres. Y estableció su particularidad como “ciencia” a partir de fundarla en la autonomía del nivel biológico (Menéndez, 1984).

“la identificación científica con el nivel biológico constituye el punto de fractura más significativo respecto a todas las otras prácticas curativas” (Menéndez, 1984: 80)

“La mirada médica refiere a la biología como nivel de análisis y como determinante autónomo de la enfermedad”. (Menéndez, 1984:79)

“La medicina se convierte, así, en la ciencia de los problemas biológicos del individuo, y desarrolla una práctica correspondiente” (Laurell, 1975)

La visión reducida a lo biológico según Menéndez está relacionada con el momento económico político del capitalismo en los países centrales.

“El desarrollo de la perspectiva biologista evolucionista es compañera del desarrollo del control económico laboral e ideológico del cuerpo del productor directo, es decir del proletariado” (Menéndez, 1984: 80)

Foucault identificó al capitalismo de fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX como momento inaugural de la medicina científica, moderna como “actividad social”, considerando que fue a partir de la socialización del “cuerpo humano” como fuerza de trabajo para su venta en el mercado que se constituyó en práctica social. Entendemos que Foucault hace uso de la categoría “social” de acuerdo a una apreciación de la nueva forma socialmente hegemónica de hacer medicina, que se generaliza y mundializa como nunca antes había sucedido.

Si bien acordamos con Foucault en el uso de la categoría social de acuerdo a la mundialización de la medicina de la mano del capitalismo, consideramos que la medicina ha sido desde su nacimiento una práctica grupal -comunal. En la etapa pre hispánica el eje se establecía en torno a la comunidad<sup>6</sup> y a partir de la instauración del capitalismo se alza una forma dominante que negó lo acontecido previamente. Entonces convenimos con la idea que a partir de la imposición de las relaciones capitalistas de producción se establece una forma hegemónica de ejercer la medicina, pero no olvidamos que en las culturas originarias de nuestra América la medicina era comunal aun no siendo hegemónica.

---

<sup>6</sup> “En el contexto latinoamericano el termino comunidad presenta resonancias diferentes de las que tiene en Europa y remite a formas de organización social indígenas y/o campesinas cuya estructura e historia difieren grandemente de las del campesinado europeo”. Liceaga, Gabriel, 2013

Retomando el análisis de Foucault, en su revisión del proceso de formación de la medicina social en Europa, (medicina del Estado en Alemania como momento inaugural, luego medicina urbana en Francia para llegar de esta forma a la medicina de la fuerza laboral en Inglaterra), podemos describir ligeramente lo acontecido en la sociedad inglesa, lugar donde se materializó la socialización del cuerpo como fuerza de trabajo y la medicina social que describe el autor, asimismo podemos observar al continente europeo como el escenario en que la medicina se torna científica a partir del comienzo del modo de producción capitalista.

“De manera general se puede afirmar que, a diferencia de la medicina del Estado alemana del siglo XVIII, aparece en el siglo XIX y sobre todo en Inglaterra una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas al trabajo y menos peligrosas para las clase adineradas<sup>7</sup>. Esa fórmula de la medicina social inglesa fue la que tuvo futuro, contrariamente a lo que le ocurrió a la medicina urbana y sobre todo a la medicina del Estado” (Foucault, 1977:23).

De esta forma la medicina vinculaba la asistencia médica a los pobres, el control de la fuerza laboral y la indagación de la salud pública<sup>8</sup>,

“permitiendo la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales [...] y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía los medios de pagarla” (Foucault, 1977:23).

De acuerdo a la investigación de Foucault, esta “medicina social” establecida coetáneamente a la imposición de las relaciones sociales capitalistas, constituirá una estrategia biopolítica.

---

<sup>7</sup> La “Ley de los pobres” marcó el inicio del control médico del necesitado, así se concretaba el avance de la medicalización y la biopolítica, el control de los cuerpos para volverlos aptos para el trabajo. Incluso cuando años más tarde se modificó la ley se introdujo una diferenciación entre pobreza y pauperismo considerado este último como anti social, anti natural, así como un peligro social. Castels interpretó tal distinción en base a aquellos hombres sin medios de subsistencia incapaces para el trabajo y los indigentes validos o aptos para el trabajo.

<sup>8</sup> Consideramos importante destacar que Foucault también menciona que existieron resistencias de la población a esta medicina centrada en el control, manifestándose en pequeñas insurrecciones anti médicas en Inglaterra a mediados del Siglo XIX.

“el desarrollo de la higiene pública o medicina social se inscribió también en el marco general de la biopolítica” (Campana, 2012)

Asimismo Larsons (1977 en Belmartino, 1999) afirmó que la medicina moderna nació paralelamente al ascenso de la burguesía, en el inicio de la sociedad capitalista industrial ya que en el mercado era precisa la producción de “expertos”, un servicio estandarizado, científicamente respaldado que fuera reconocido por los consumidores.

Fueron los profesionales médicos con la etiqueta de “expertos” los habilitados por la ciencia para ejercer esta tarea; desde ese momento se perfila, crea y estandariza una forma oficial y autorizada de ejercerla. Ya no serán las mujeres las conocedoras del saber construido en comunidad, sino que se impone de conjunto un orden patriarcal en torno a la división sexual del trabajo, por lo cual sus ejecutores serán hombres aptos y detentadores de ese saber.

Desde el comienzo de la sociedad contemporánea la medicina se establece como una práctica enajenada de su objeto de estudio, (en este caso, sujeto) en cuya trastienda está el dominio como eje de la relación, inserta en una configuración social capitalista. La ciencia médica consagrada como especialidad y detentada por un grupo de personas, aplica los métodos y técnicas legitimados para su ejercicio “normal”.

Tomando lo anterior, si la medicina es una práctica social desde sus orígenes nos preguntamos ¿qué papel jugaron las ciencias sociales en un campo restringido a la visión de las ciencias biológicas-médicas?

### **1.3 Primeras citas entre las ciencias sociales y la salud**

Para conocer cómo se vinculan las ciencias sociales a este campo, consideramos importante destacar que la génesis y desarrollo ulterior de las ciencias sociales (a pesar de la especificidad dada por su objeto de estudio), estuvo marcada por el dominio y auge de las ciencias naturales. En el afán de lograr la anhelada científicidad, las disciplinas sociales se enmarcaron en la

aplicación de métodos y técnicas provenientes de las ciencias “duras”, ya que éstas le otorgaban validez. De este modo la influencia de las ciencias naturales se evidencia en las denominaciones otorgadas a los primeros estudios de las sociedades, como “matemática social” (Nicolás de Condorcet), “fisiología social” (Henri de Saint Simon) y “física social” (Augusto Comte).

A la luz del modelo de las ciencias naturales y de lo elaborado por sus antecesores<sup>9</sup>, Emile Durkheim<sup>10</sup> fundamentó teórica y metodológicamente el paradigma positivista para el análisis del objeto de estudio propio de las ciencias sociales: la complejidad social, estableciendo una analogía entre la forma de concebir y abordar los hechos sociales y las cosas<sup>11</sup>.

A partir de la aplicación del positivismo como paradigma de análisis de las ciencias sociales se concretó y consolidó la hegemonía de las ciencias naturales y la aplicación de sus métodos y lecturas al análisis de los procesos sociales.

Debido a ello las ciencias sociales se sirvieron del llamado “método de la asociación” (Marradi, Archenti, Piovani, 2007) entendido como aquel que sustituye al método experimental de las ciencias naturales, constituyéndose en el enfoque estándar del positivismo. Su aproximación típica fue la cuantificación de la realidad social para lograr postular leyes generales<sup>12</sup>. En este sentido se fundó la validez y omnipotencia del dato como expresión suprema de la neutralidad y objetividad científica. De este modo las investigaciones empíricas y el uso de estadísticas predominaron a partir de ese momento, convirtiéndose en “el método” (la perspectiva privilegiada) y la técnica (forma de llevarlo a cabo) mejor posicionada en las ciencias sociales.

Paralelamente, en los orígenes de la sociología no existió un interés sistemático por las problemáticas relacionadas a la salud de la población. En este sentido Nunes (2005) afirma que no se halla en sociología una tradición

---

<sup>9</sup> Henri de Saint Simon y Augusto Comte

<sup>10</sup> (1858-1917) Sociólogo francés, considerado uno de los clásicos de la sociología, principal exponente del positivismo sociológico. Pretendió a través de la aplicación de las leyes positivistas otorgar científicidad y autonomía a la sociología.

<sup>11</sup> María Cecilia De Souza Minayo (2005) dirá “para descubrir las regularidades Durkheim y los positivistas en general invocan la imagen del organismo humano, enfatizando los términos estructura y función, morfología y fisiología, en una clara apropiación de los términos del organismo biológico como referencia a la sociedad y a su dinámica interna” (pag.74)

<sup>12</sup> El modelo que tomó Durkheim para su obra “Las reglas del método sociológico” (1965) fue un manual de medicina de Claude Bernard.

clásica para el área, sin embargo existieron acercamientos específicos de los clásicos de la sociología a los tópicos de la salud.

Durkheim como principal exponente del positivismo estudió un fenómeno de la salud mental en directa relación con sus causas sociales “El suicidio” (1965), se trató de una investigación empírica realizada en base a estadísticas de suicidio en países europeos.

“... para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio que no explican ni la constitución orgánico-psíquica de los individuos ni la naturaleza del medio físico. Por eliminación resulta que debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por sí misma un fenómeno colectivo...” (Durkheim, 1965:107)

Federico Engels, luego de su implicancia durante veintiún meses en el estudio de las condiciones de vida de los trabajadores de Inglaterra, a través de la teoría crítica construyó “La situación de la clase obrera en Inglaterra” (Engels, 1845). Donde da cuenta del “filón” mercantil que se impone sin pausa al conjunto de la vida de los trabajadores y en especial a la salud:

“(...) los obreros ingleses toman ahora sus medicinas patentadas, perjudicándose ellos mismos mientras que los fabricantes se benefician con su dinero. Entre esos remedios, uno de los más peligrosos es un brebaje a base de opiados, en particular de láudano, vendido bajo el nombre de "Cordial de Godfrey”” (Engels, 1845; 2007: 167)

“El sórdido espíritu mercantil impregna todo el idioma, todas las relaciones humanas se traducen en fórmulas comerciales explicadas bajo la forma de categorías económicas. Pedido y suministro, demanda y oferta, supply and demand, tales son las fórmulas con la ayuda de las cuales la lógica del inglés juzga toda la vida humana. He ahí lo que explica la libre competencia por todas partes, he ahí lo que explica el régimen del "laissez faire" y del "laissez aller" en la administración, en la medicina, la educación y pronto también en la religión” (Engels, 1845; 2007: 374)

Asimismo debemos mencionar el aporte de Karl Marx. A pesar que por muchos años su obra no se consideró como un antecedente de análisis relacionado con la salud de la población, es imposible obviar su estudio crítico de las formas que adoptan las relaciones sociales bajo la configuración capitalista. En clave de la sociología del cuerpo y las emociones a través de lo investigado por

Adrian Scribano (2013) sobre la obra de Marx, podemos observar detalladamente cómo el principal exponente del materialismo dialéctico, puso atención en el cuerpo del trabajador como “el” lugar y superficie de inscripción de las formas de explotación. Marx referenció los sentidos y el peso de los músculos-cerebro en el trabajo del obrero asalariado, de acuerdo a los padecimientos en situación de trabajo. En las siguientes citas deja ver la relación del trabajo con la salud de los trabajadores.

“Los ambientes de trabajo son parte de las condiciones de existencia en tanto alteran todos los *sentidos* al poner-exponer al *cuerpo* del trabajador para la explotación” (Marx, 2001: 352-353 citado por Scribano, 2013).

“El trabajo mecánico afecta enormemente al sistema nervioso, ahoga el juego variado de los músculos y confisca toda la libre actividad física y espiritual del obrero. Hasta las medidas que tienden a facilitar el trabajo se convierten en medios de tortura, pues la máquina no libra al obrero del trabajo, sino que priva a éste de su contenido” (Marx, 2001: 340 citado por Scribano).

No encontramos en la obra de Weber producción relacionada a los tópicos del campo de la salud<sup>13</sup>, aun habiendo ejercido el autor una práctica de administración en hospitales militares de Heidelberg<sup>14</sup>.

El interés por los aspectos sociales de la salud-enfermedad se despertó en algunos médicos<sup>15</sup>, que en su lugar de especialistas y representantes de la disciplina dominante en el área de las ciencias de la salud, acudieron en búsqueda de respuestas a interrogantes en torno a fenómenos sociales<sup>16</sup>. En este sentido podemos destacar el aporte de Rudolf Virchow, médico alemán que en el siglo XIX vinculó la salud con las condiciones reales históricas de la

---

<sup>13</sup> Consultamos al Dr. en Ciencias Sociales Osvaldo López Ruiz, estudioso de la obra de Max Weber quien confirmó que el autor no trató temas de salud explícitamente.

<sup>14</sup> Osvaldo López Ruiz aduce que la práctica de Weber en dicho Hospital estuvo relacionada con su paso por el servicio militar obligatorio

<sup>15</sup> Briceño Leon (2003) “los primeros escritos que pueden encontrarse en sociología medica fueron escritos por médicos y no por sociólogos: Jules Guerin en 1848, Charles McIntire en 1893”

<sup>16</sup> Ya en el Siglo XVII Bernardino Ramazzini, médico italiano, relacionó las condiciones de trabajo con las enfermedades laborales, siendo su principal obra “ De Morbis Artificum Diatriba”. Es considerado el padre de la medicina del trabajo.

sociedad. Referenciando a Engels en sus estudios, enfatizó la relación entre las condiciones de vida y la salud de la población; entendiendo la medicina como una ciencia social y a la salud como un problema social<sup>17</sup>. (Mercer, 1985) Con posterioridad a los aportes de los clásicos, continuaron los acercamientos aislados desde las ciencias sociales al conocimiento de la salud, pero no lograron establecerse vasos comunicantes de manera generalizada. (Nunes, 2005; Mercer, 1983) En este periodo dominaron las investigaciones antropológicas que realizaban estudios descriptivos de las comunidades primitivas, centrados en explicar los hábitos propios de las sociedades tradicionales en contraposición con las sociedades industriales modernas. (Mercer, 1985).

Estas primeras aproximaciones que encontramos en los clásicos, acompañadas de otras no referenciadas en nuestro estudio, incluso las contribuciones de la epidemiología social<sup>18</sup>, ocurrieron paralelamente a la denominada revolución bacteriana<sup>19</sup> que fortaleció la mirada biologista y organicista, ocluyendo la vinculación de las enfermedades con las condiciones de vida y de trabajo que se intentaba demostrar. (Souza Minayo, 2005). No solo fue la revolución bacteriana la que ocultó estas lecturas, sino también lo que ocurría en la sociedad europea: la derrota de los intentos de reforma de 1848 y el triunfo de las ideas liberales del capitalismo. (Laurell, 1975; Mercer, 1975)

Laurell (1975) emitió la tesis que afirma que el resurgimiento de planteos sociales se concretó en periodos de crisis del sistema capitalista.

---

<sup>17</sup> Fue en Alemania donde se desarrolló el primer tipo de medicina social la “medicina del estado” según lo explicitado por Foucault en su estudio de la medicalización a partir del Siglo XIX.

<sup>18</sup> Para profundizar acerca de la trayectoria de la epidemiología se puede ver el análisis realizado por María Cecilia De Souza Minayo( 2009) en “La artesanía de la investigación cualitativa”, pero es importante destacar que se trata de una disciplina médica, que hace uso de técnicas de investigación social pero en un sentido acrítico y netamente biológico: “reificando la estadística y la creencia positivista de la verdad de los números”.

<sup>19</sup> Souza Minayo (2009) hace referencia al extraordinario desarrollo de la bacteriología; Briceño León (2003) lo expresara como la aparición de antibióticos y fabulosa tecnología médica y Asa Cristina Laurell (1975) dirá que hay una derrota de la visión socio médica

Según lo investigado por diversos autores acerca del encuentro de estas disciplinas, (Briceño León, 2003; Nunes Duarte, 2005; Souza Minayo, 2009; Schufer, 1997) fue en el contexto de finalización de la segunda guerra mundial que se comenzó a dar lugar a las explicaciones sociales en relación a las formas de vida como condicionantes de las enfermedades: “al reinado de las teorías microbianas sucedió el interés por los factores del entorno” (Necchi, S; Prece, G; Schufer, M, 1997). Desde la sociología se marcó como la coyuntura que da inicio a la comunión sistemática de esta disciplina con la salud, a través de la conformación de un campo disciplinar llamado en principio sociología médica<sup>20</sup>.

#### **1.4 El funcionalismo positivista como celestino de este encuentro**

En principio fue la antropología<sup>21</sup> como disciplina social la que, constituyendo un antecedente directo a la concreción del acercamiento de la sociología a este campo, se sirvió del funcionalismo culturalista en sus análisis (Menéndez, 1985).

En el campo de la sociología fue Talcott Parsons<sup>22</sup>, principal exponente del funcionalismo estructuralista, quien marcó el inicio y aplicó este modelo sobre la medicina y la relación médico paciente, abriendo el espacio a lo que posteriormente se denominó Sociología Médica.

En la obra “The Social System” (1951) analizó a la sociedad en analogía con un organismo vivo, como un sistema compuesto por subsistemas que establece interrelaciones y funciona de manera armónica. Cada sociedad tiene mecanismos de control para regular los desvíos o des funciones internos o externos al sistema social. En este sentido Parsons entiende a la enfermedad como una conducta desviada y la define como

---

<sup>20</sup> En Estados Unidos hubieron acercamientos previos desde las ciencias sociales pero no llegaron a generar el quiebre producido por la teoría funcionalista en la gesta de la sociología aplicada a la salud. En este sentido se destacaron los aportes realizados por Bernhard Stern y Henry Sigerist así como los de Lawrence Henderson. Juan Cesar García (1983) enunció que estos autores realizaron una lectura de la salud bajo un enfoque marxista, sin embargo María Cecilia de Sousa Minayo destacó que los mismos no consiguieron superar las barreras del positivismo.

<sup>21</sup> La rama de esta disciplina se llamó antropología médica (Menéndez, 1985)

<sup>22</sup> Talcot Parsons (1902-1979) sociólogo estadounidense.

“estado de perturbación del funcionamiento normal del individuo humano total, comprendiéndose el estado del organismo como el sistema biológico y el estado de su adaptación personal y social” (Parsons, 1966:48)

Asimismo a través de su lógica funcionalista considera la práctica médica como un mecanismo del sistema social que reconduce al enfermo a la normalidad y que tiene como finalidad el control de los desvíos individuales (Minayo, 2009) De esta forma entiende que los roles del médico y del enfermo se complementan y necesitan.

“Es esencial para la integración de una sociedad que el control sobre los otros se encuentre institucionalmente ordenado y regulado y que constituya un sistema de roles de autoridad legítima” (Parsons, 1967:201)

En su análisis se observa una concepción de la medicina como universal, en un rol normalizador y de control, con fines adaptativos al “orden” vigente. De acuerdo a esto el cambio es concebido como “realce de la capacidad de adaptación” en la pretensión de no romper con el equilibrio establecido por el sistema en la interdependencia de sus partes.

“Siempre que en algún punto de una población mezclada de sociedades surja una “brecha” de desarrollo, el proceso siguiente de innovación se aproximará siempre, en nuestra opinión, a nuestro paradigma de cambio evolutivo” (Parsons, 1966:43).

Asimismo la enfermedad es concebida como fenómeno individual, anormal y patológico. Responsabilizando y culpabilizando al individuo por su condición de “enfermo”, encorsetando la salud como un estado de “normalidad”.

Podemos decir entonces que el ingreso de las ciencias sociales al área se concretó a través del modelo funcionalista como derivación del positivismo, y

así como lo fue en las ciencias sociales en general, esta corriente se constituyó en el paradigma más influyente para el análisis del sector de la salud durante todo el Siglo XX.

Luego de esta obra y su impacto trascendental para la disciplina naciente se desarrollaron investigaciones que continuaron la lectura funcionalista enalteciendo las estadísticas como método supremo en la cuantificación de las “conductas” y manteniendo el foco de observación en la práctica médica<sup>23</sup>. Paralelamente y como corolario, se sostuvo una institucionalización progresiva de los profesionales en cargos de gobierno; para los representantes de las ciencias sociales, solo en los países “desarrollados”, tanto en Estados Unidos como en Europa<sup>24</sup>.

“científicos sociales se enfrentaban con una doble desventaja, se encontraban fuera de la sociología académica y eran también marginales en la medicina, no siendo personas involucradas directamente con el cuidado del paciente” (Crockerham 1989:580 citado por Nunes, 2005)

Vale ahora preguntarnos ¿Por qué fue de la mano del funcionalismo positivista que las ciencias sociales (tanto la antropología como la sociología) lograron sistematizar su acercamiento a la salud? Y en relación a esto, teniendo en cuenta que nos referimos a la coyuntura que marcó el inicio de la sociología aplicada a la salud como disciplina ¿porque habiendo antecedentes fundamentales acerca de los determinantes sociales de la enfermedad, el análisis se centró en el rol médico y en la valorización de la relación médico paciente?

Para dar respuesta a tales interrogantes, en principio podemos reiterar la lectura inherente al positivismo en clave de los métodos aportados por las ciencias biológicas y la fuerza de la ciencia para dominar los objetos de estudio

---

<sup>23</sup> Encontramos entre otros los aportes de Merton en *The student-physician* (1957)

<sup>24</sup> En la década del 60 se crearon asociaciones gremiales en torno a la disciplina: 1962 se conformó el grupo de sociología médica en la asociación americana de sociología, 1964 en la asociación británica de sociología (Briceño Leon, 2003)

que se engendra en su concepción, nos referimos a la aplicación de leyes universales en la interpretación de la realidad y al distanciamiento del objeto en la pretensión de objetividad. Debemos pensar que como expresamos en el apartado inicial, la medicina científica nació de manera concomitante al establecimiento del modo de producción capitalista.

Dicho esto y de acuerdo al enfoque histórico crítico que planteamos resulta pertinente recordar que Marx destacó el cuerpo como el lugar de anclaje de las formas de explotación capitalista, asimismo retomar aquello que Foucault<sup>25</sup> explícitamente expresó, en la historia de la medicalización y de esta forma servirnos de la producción científica que realizó este autor, teniendo en cuenta que aún hoy resulta trascendental para el análisis de los tópicos de la salud.

A saber, parafraseando a Michel Foucault, el control de la sociedad sobre los individuos se ejercerá “en el cuerpo, con el cuerpo” en función de la venta de la fuerza de trabajo del obrero al capitalista, como única forma de subsistencia.

“para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1977:5)

Entonces podemos comprender que el análisis establecido por el funcionalismo positivista de la mano de Parsons pueda tener lugar en un campo de la salud marcado por el auge del sistema capitalista, en tanto las ciencias sociales echan luz sobre esta disciplina como herramienta potencial de control social, ya que se analiza al individuo de acuerdo a su conducta funcional o disfuncional al funcionamiento “armónico” del sistema social. Entonces el médico como unidad de observación, resulta estratégico en este marco, por su rol “normalizador”, como garantizador del orden social de acuerdo a su reconducción del enfermo a la normalidad. Acordamos con Foucault en que “la importancia conferida a la

---

<sup>25</sup> Michel Foucault fue filósofo, psicólogo y Dr. en ciencias sociales; su padre era un médico cirujano. Se interesó profundamente por la institución médica, las instituciones totales como hospitales y neuropsiquiátricos. En 1961 publicó “Historia de la locura en la época clásica”, 1963 “El nacimiento de la clínica”, y en la década de 1970 dictó conferencias en Rio de Janeiro Brasil que tenían como tema la historia de la medicalización y la crisis de la medicina. Posteriormente produjo investigaciones que contribuyeron al estudio del campo de la salud.

patología se convierte en una forma general de regulación de la sociedad” (Foucault, 1976:164), y el funcionalismo positivista como representante de las ciencias sociales resulta coherente con las necesidades del capital en ese momento histórico.

El escenario del encuentro sistemático entre sociología y salud fue en los Estados Unidos, pero marcó e influenció el desarrollo positivista en la región latinoamericana. Nos centraremos aquí, en la realidad de América del Sur con mayor referencia a la Argentina.

### **1.5 Positivismo en Latinoamérica: paradigma teórico y dispositivo práctico**

La sociología en Latinoamérica se gesta con diferentes ritmos en algunos países a fines del siglo XIX y en otros a principio del siglo XX<sup>26</sup>, de la mano del positivismo, con el establecimiento de las primeras aproximaciones a fenómenos sociales a partir de una interpretación biológica. Silvana Vallone (2009) considera que el pensamiento argentino se orientó en el sentido de una sociología biologista, siendo preponderante la influencia del positivismo europeo en esta etapa.

Si bien el hilo conductor de este capítulo se entreteje en torno a la relación de la sociología con el ámbito de la salud, consideramos pertinente y necesario detenernos en lo acontecido previamente a la concreción del encuentro entre estos campos en Latinoamérica, de acuerdo a que una lectura analítica y crítica de los procesos acaecidos en la historia regional y nacional muestra fuertes significantes. Asimismo servirnos de tal reconstrucción resulta estratégico para el desarrollo integral del presente trabajo, en tanto nuestra unidad de análisis se erige sobre el “medico”, sujeto fundamental en el desarrollo del Estado Nación.

---

<sup>26</sup> En el siglo XIX se elaboraron análisis en torno a problemáticas sociales llamados posteriormente “ensayos”. Esta etapa denominada por Rolando Franco (1974) de “pensadores”, tuvo como protagonistas a Alberdi, Mariátegui, Quesada y Prado. En el año 1897 se creó en Argentina la cátedra de Sociología en la Facultad de Filosofía y Letras. Este desarrollo incipiente tuvo una gran influencia europea.

En términos generales se observan patrones comunes en América Latina, de acuerdo a las diferentes etapas del proceso de acumulación como así también especificidades propias de cada país.

Es posible identificar en los dispositivos establecidos por los gobiernos en la formación de los Estado Nación, los rasgos típicos del paradigma positivista. Digamos que no es necesario restringir la observación al campo teórico para evidenciar la hegemonía de este paradigma en la génesis de las sociedades modernas latinoamericanas<sup>27</sup>. Este paradigma fue constitutivo de la conformación socio cultural de las naciones latinoamericanas.

“El positivismo en Argentina significó una nueva concepción del hombre y de la sociedad, un nuevo lenguaje político de lo social”  
(Vallone, 2009: 27)

En el desarrollo del proceso modernizador, en tanto la Argentina ingresaba en la economía capitalista mundial, se manifestaron las acciones y percepciones de las elites en la instauración de una lógica productivista y su anhelo de orden, progreso y moralidad. Se pretendía conformar una fuerza laboral disciplinada que se encasillara en los parámetros de normal, sana y moral; para lograrlo se establecieron dispositivos de control y normalización siendo el positivismo el principio rector. (Vallone, 2009)

En este sentido el positivismo se tradujo en la retórica higienista para concretar su materialización y penetración en el complejo social. Así el discurso positivista invadió todos los espacios de la vida social, trascendiendo lo relacionado al cuerpo individual ahondando en el cuerpo social, en la población. Manifestación de lo denominado por Foucault como bio-política, la importancia de la población como la suma de cuerpos biológicos políticos. Silvana Vallone (2009) en su investigación hace referencia a esto como “objeto población como peligro biológico”.

---

<sup>27</sup> Para Silvana Vallone (2009) existió una gran influencia del positivismo penal en Argentina.

El Higienismo se erigió en un dispositivo de control social, saneamiento y limpieza, jugando el médico un rol central. Se trataba de identificar, clasificar, perseguir, aislar o eliminar todo aquello que atentara contra la “defensa social”; definida por la clase dirigente de acuerdo a sus intereses. Entonces se marcó como peligroso a los inmigrantes, mendigos, prostitutas y obreros<sup>28</sup> centrando en ellos el control exhaustivo.

“La apelación a una metáfora (el cuerpo-nación) a un fin supremo (la regeneración de la raza) a una amenaza (la epidemia) a un objetivo patriótico (la defensa nacional) formó parte de la retórica higienista que habilitó y legitimó estos procedimientos” (Vallone, 2009:73)

Se trató de un programa de profilaxis sanitaria, moral y social que articuló intervenciones coercitivas y policiales<sup>29</sup>, en este sentido Vallone destacó que la policía utilizó el discurso higienista para la profilaxis anarquista. El eje de la profilaxis era la prevención, entendida como el ataque a las causas directas de la “inadaptación moral-social”.

“La educación básica (laicizante y productivista) y la higiene pública (englobando salud de los sujetos y salubridad del ambiente urbano) se consolidaron como herramientas públicas centrales de la intervención social”. (Campana, 2012:36)

“Para los higienistas la certeza era el vínculo vivienda-salud, la ecuación era condiciones de vida obrera=enfermedad, el sujeto de intervención la familia, lo invisibilizado la pobreza<sup>30</sup>” (Vallone, 2009:81)

Se ejercía control sobre la población en general pero la vigilancia recaía en los pobres en particular de acuerdo a una intervención más rigurosa, ya que se trataba de volverlos aptos para el trabajo. (Schufer, 2003; Belmartino, 2005)<sup>31</sup>.

---

<sup>28</sup> La mayoría de los autores consultados no identifican a los obreros como peligrosos, sin embargo Vallone (2009) muestra como el anarquismo en el movimiento obrero inmigrante era considerado como peligroso para las elites dominantes.

<sup>29</sup> Llamado por algunos autores como periodo de “policía medica” (Tobar

<sup>30</sup> Desde nuestra percepción serían las causas de la pobreza, en lugar de la pobreza en si misma.

En cuanto a la salud de los pobres, la asistencia adquirió un carácter laico basado en la beneficencia siendo la nueva<sup>32</sup> encargada de ejercerla la “Sociedad de Beneficencia” creada en 1823; institución autónoma conformada en su mayoría por mujeres de clases pudientes, pero financiada por el Estado (Campana, 2012).

En nuestro país, como correlato de lo acontecido en Inglaterra con la ya mencionada Ley de los Pobres, se establecieron dos categorías de pobres según ordenanza dictada en 1902: “pobres de solemnidad” aquellos que carecían de todo recurso y su condición debía probarse mediante un certificado y “pobres de segunda categoría” eran aptos para el trabajo y poseían algún recurso por lo cual no gozaban de asistencia gratuita (Campana, 2012)

De esta forma se ligaba el higienismo con la asistencia social.

“la biopolítica, arte de gobernar surgido en Europa en el siglo XVIII, contiene dos discursos que serán predominantes en Argentina: la higiene y el desarrollo. El primero, de finales del siglo XIX, que funcionó como antesala del segundo, fue impulsado no sólo por las ideas higienistas, positivistas y eugenésicas promovidas por la Generación del ‘80, sino que también fue producto del despliegue de estrategias generadas durante las epidemias locales, que constituían una amenaza para el capitalismo incipiente y la necesidad de contar con trabajo productivo” (Leguizamon, 2008 citado por Campana, 2012)

---

<sup>31</sup> Y en el interior del complejo familiar la mujer constituía un punto estratégico del control ya que era la contenedor del varón (Vallone, 2009)

<sup>32</sup> Cuando el sur de América conformaba el Virreinato del Río de la Plata, coexistía una forma de organización de la salud impuesta desde las colonias junto con las prácticas de cura y sanación de los pueblos nativos referenciadas anteriormente. Las instituciones religiosas y del coloniaje eran las responsables asignadas de los asuntos relativos a la salud de la población. Ya en el año 1541 Las leyes de indias establecían: “Encargamos y mandamos a nuestros Virreyes, Audiencias y Gobernadores, que con especial cuidado, provean que en todos los pueblos de españoles e indios, de provincias y jurisdicciones, se funden hospitales donde sean curados los **pobres enfermos** y se ejercite la **caridad cristiana**” (Molinari, 1937 citado por Schufer, 2003:1)

Para Tenti Fanfani (1989 en Campana, 2012) el discurso higienista proponía un conocimiento científico<sup>33</sup> de las necesidades en contraposición al conocimiento intuitivo de los problemas de salud. Melisa Campana en sintonía con su hipótesis reflexionó:

“Fue el discurso médico higienista el que tematizó la pobreza en términos de enfermedad social y activó un arsenal de tecnologías para su respectivo tratamiento, como la inspección de domicilios, el otorgamiento de subsidios a cambio del estricto cumplimiento de las prescripciones o, lisa y llanamente, la certificación del “estado de necesidad” para la obtención de atención médica gratuita” (Campana, 2012:60).

“Así, el discurso médico-científico se sobreimprime al discurso moral y lo refuerza, produciendo nuevas técnicas que, basadas en un saber pretendidamente científico, perfeccionan las herramientas de comprobación, clasificación, tipificación y demarcación de la pobreza” (Campana, 2012:52).

“El higienismo, como punto de articulación de un saber médico y de un poder político, se presenta como instancia efectiva de control” (Vallone, 2009: 72)

A propósito de la reconstrucción histórica que realizamos, nos serviremos de los tipos ideales construidos por Sonia Fleury Teixeira (1997) para aplicarlos a la configuración social argentina en los distintos períodos de la historia, los mismos serán retomados en páginas posteriores.

---

<sup>33</sup> A fines del siglo XVIII en Buenos Aires se permitía el ejercicio de la medicina a curanderos y sanadores. A inicios del siglo S XIX con la creación de la primer escuela de medicina, el doctor Miguel Gorman primer titular del Protomedicato de Buenos Aires, persiguió el curanderismo con su intento de regulación de la profesión médica (Schufer, 2003). Sin embargo según González Leandri citado por Andreatta, Carbonetti, Rodríguez, 2012 poco se hacía en esa época para reprimir al curanderismo frente a la inexistencia de médicos diplomados.

Esta etapa según lo expuesto, reúne las características de lo que Teixeira (1997) llamó “ciudadanía invertida”, debido a que el individuo no recibía la asistencia como un derecho sino que era un objeto de la política como consecuencia de su propio fracaso social.

Se trataba de garantizar la capacidad de trabajo y producción para el desarrollo de la nación, de acuerdo a esto, la asistencia se otorgaba solo a los pobres que debían reingresar al circuito productivo como fuerza de trabajo, un dispositivo asistencial con funciones productivas.(Campana, 2012)

En este punto resulta importante detenerse en la intervención de una disciplina considerada “social” en el campo de la salud, el Trabajo Social en Argentina<sup>34</sup>. A principios del siglo XX siendo el higienismo preponderante se creó el primer curso de visitadoras de higiene social destinado a mujeres, con el objetivo de contar con un auxiliar del médico.

“ocupándose de las minucias para las cuales el medico no tiene tiempo, difundiendo las normas de higiene y de prevención de enfermedades transmisibles pero, además, debiendo enseñar el orden y la economía doméstica” (Crónica de la sesión del 3 de noviembre de 1925 de la Sociedad de Higiene y Microbiología (Grassi, 1989 citado por Campana, 2012)

Así se materializaba el inicio del desarrollo profesional del Trabajo Social. Disciplina que se gesta subordinada a los intereses médicos, con una formación claramente higienista, de control social encargada a “mujeres”, siendo estas una extensión del médico a los hogares.

A fines del siglo XIX con el inicio de lo que se llamó “capitalismo monopolista<sup>35</sup>” y el posterior enfrentamiento internacional por las esferas de influencia económica con la primera guerra mundial, América Latina se vio fuertemente

---

<sup>34</sup> El decano de la primera Escuela de Servicio Social inaugurada en 1930 fue un médico, Dr. Germinal Rodríguez.

<sup>35</sup>Para Braverman (1987) el capitalismo monopolista “abarca el crecimiento de organizaciones monopólicas dentro de cada país capitalista, la internacionalización del capital, la división internacional del trabajo, el imperialismo, el mercado mundial y el movimiento mundial de capital, y los cambios en la estructura del poder estatal”

afectada con la declinación del modelo agro-exportador. Esto se tradujo en un cambio en la intervención del Estado y su tratamiento de la población.

“La industrialización y la urbanización tuvieron como resultado la expansión de la clase obrera y de los sectores medios planteando en la escena política el conflicto distributivo entre capital y trabajo, requiriendo la intervención estatal en la regulación del proceso de trabajo y el conflicto político, emanado de la presión por participación de las capas medias urbanas” (Fleury, 1997: 233)

Como consecuencia de las políticas inmigratorias existía en nuestra América una clase obrera de fuerte composición anarquista, con un caudal de capacidad organizativa que resulto trascendental en la conformación de las mutuales como forma de autoprotección. Las mismas se conformaron como agrupaciones solidarias de ayuda mutua, y se agruparon por identificación nacional o por condición laboral –oficio, rama de actividad-; dando respuesta antes que el Estado y la seguridad social (Belmartino, 2005; Fleury, 1997; Schufer, 2003; Pégola, 2010). Las primeras intervenciones del Estado para incorporar las demandas se limitaron a la prevención de conflictos, sin alterar y por el contrario preservando, el espacio de auto organización de los trabajadores.

La crisis estructural de los años 29 mostró definitivamente la caída del modelo agroexportador y la incapacidad de la oligarquía que gobernaba los países latinoamericanos para continuar al mando en esta coyuntura. Como salida de esta encrucijada, se conformó una re-orientación en el modo de acumulación del capital orientado a fortalecer la producción, el consumo y la demanda internos.

En esta etapa de conformación del modelo sustitutivo de importaciones, fue el Estado el protagonista inminente. Como arena y espacio de correlación de fuerzas, incorporó a la clase que vive del trabajo y a los sindicatos, estableciendo alianzas entre sectores que dieran viabilidad al nuevo proyecto. (Fleury, 1997)

Aquí vale retomar la tesis de Fleury Teixeira en torno a que las respuestas del Estado a las demandas de la población en Argentina, se concretaron tardíamente, durante el primer gobierno de Juan Domingo Perón y luego de la experiencia y el camino construido por las mutualidades. Así el gobierno peronista implementaba una

“estrategia de cooptación de las organizaciones sindicales en apoyo del desarrollo industrial” (Fleury, 1997: 241)

En este sentido el Estado tuvo que tener en cuenta no solo la capacidad organizativa de la clase obrera sino su trayectoria y aprendizaje institucional, de manera que esto impregnó y moldeó las formas de acción estatal, lo cual impactará de modo especial (en lo que nos interesa) el campo de la salud (Fleury, 1997)

La coyuntura latinoamericana se encontraba ligada por una parte, a la emergencia del Welfare State y por otra, al cambio de paradigma en la percepción y organización de los servicios de salud implementada por el Estado inglés a través del Plan Beveridge. Punto de quiebre que marcó un cambio en el decenio de 1940, en tanto la salud se constituía en derecho de las poblaciones, convirtiéndose el Estado en el principal responsable. Según la lectura que realizó Michel Foucault (1974) no solo se concretaba la formulación de un nuevo derecho, sino también de una nueva moral, una nueva economía y una nueva política del cuerpo.

“en plena guerra mundial en la que perdieron la vida 40 millones de personas se consolida no el derecho a la vida sino un derecho diferente, más cuantioso y complejo: el derecho a la salud” (Foucault, 1974: 1)

En lo que respecta a la organización de la salud en Argentina, la influencia se materializaba en el “modelo de planificación estatal centralizada” (Katz en Campana, 2012) propuesto por el gobierno peronista, así se incitó a la unificación y centralización de los servicios de salud en la administración

nacional. En el plano discursivo tomaron relevancia: el acceso igualitario a la salud y la justicia social, sin embargo se conservaron las condiciones de heterogeneidad características de las mutualidades y organizaciones sindicales. Belmartino señaló una contradicción presente en la política de salud en Argentina en ese momento histórico

“la convivencia de la ideología igualitaria con la existencia de una red diferenciada de servicios, en manos de los sindicatos, las conocidas obras sociales sindicales<sup>36</sup>” (Belmartino, 2005)

El modelo de organización de servicios de salud que se impuso al régimen social de acumulación liderado por el peronismo fue el establecido anteriormente por las organizaciones corporativas, luego de la trayectoria de las mutualidades

“(…) en el caso de Argentina es el Estado quien se encuentra cautivo de las organizaciones corporativas sobre las cuales su poder se afirma” (Fleury, 1997:243)

El cambio en la concepción de la salud, dejando de ser una dádiva para constituirse en un derecho de las poblaciones, se podía observar en tanto el peronismo fue el primer gobierno que intervino en este campo. Sin embargo como ya expresamos existía una contradicción, ya que este derecho no se extendía a la totalidad de la población. Al mantener la organización de las mutualidades, sindicatos y obras sociales eran los trabajadores los beneficiarios de las prestaciones de salud, siendo éstas desiguales de acuerdo al aporte realizado por los mismos. El Estado Nacional centralizaba la administración pero su población objeto eran los pobres. Lo que quiere decir que la salud se movía a dos bandas: una para la población ocupada y otra para la población “excedente” los pobres. Para complejizar aún más el panorama, la prestación de salud en los primeros distaba de ser homogénea: reconocía las

---

<sup>36</sup> . En palabras de Belmartino (2005) existe una continuidad entre las mutualidades y las posteriormente denominadas “obras sociales”.

desigualdades del mercado laboral y las ocupaciones: es decir trabajadores de primera, de segunda, etc.

En principio fue la Fundación Ayuda Social María Eva Duarte de Perón<sup>37</sup> a cargo de la esposa del presidente, la responsable de la asistencia a los pobres. A pesar de los cambios y la nueva concepción de la salud, la ayuda social para Tenti Fanfani (1989 citado por Campana, 2012) conservó rasgos de la estrategia de beneficencia. Con la creación de la Secretaria de Salud Pública a cargo del Dr. Ramón Carrillo se dio atención e impulso a los aspectos sociales, de acuerdo a su visión de la salud como un conjunto de áreas interdependientes: medicina asistencial, medicina sanitaria y medicina social<sup>38</sup> siendo esta ultima la más importante. Entendía que los componentes sociales tenían aún más trascendencia que los factores biológicos.

“allí donde hay un pueblo pobre, miserable, sumido en el vasallaje, hay también un pueblo enfermo (por ende) los problemas de la medicina, como rama del Estado, no podrán ser resueltos si la política sanitaria no está respaldada por una política social” (Carrillo, 1974:341-342 en Campana, 2012)

Carrillo aprobaba la diferenciación entre la atención que se otorgaba en medios privados a personas que podían pagarlo y aquella concedida a los desprovistos de recursos. La atención diferencial como dijimos de acuerdo a la inserción al mercado de trabajo, en este caso refiriéndose a los trabajadores estatales, empleados públicos expresó:

“las personas de medianos recursos no pueden pagarse una asistencia privada en sanatorio, pero tampoco pueden psicológicamente ser carne de montón en un hospital. Ellos no tienen la culpa de que la

---

<sup>37</sup> Esta institución construyó alrededor de veinte policlínicos en todo el país, organizó la escuela de enfermeras, el hospital de lactantes y epidemiología infantil, la clínica de recuperación infantil de terma de reyes y el tren sanitario, entre otras.

<sup>38</sup> Carrillo entendía la medicina social como aquella asociada a la acción contra los factores indirectos de la enfermedad.

civilización los haya hecho cultos.....son verdaderos torturados en el régimen hospitalario actual” (Carrillo, 1975:187 en Campana, 2012)

Asimismo observamos en el discurso de Carrillo lo que Foucault destacó de lo acontecido en la década del 40 en Inglaterra, no solo el cambio en la concepción de la salud como un derecho sino también cómo penetra en el campo de la economía

“todo peso que se invierte en salud pública es una buena inversión para el Estado, porque dicho peso vuelve aumentado en un mayor número de días de trabajo, rendimiento y producción, prolongación de la vida útil del hombre, reducción de la invalidez prematura” (Carrillo, 1974:72 en Campana, 2012)

Podríamos decir entonces que a esta etapa se aplica la categoría elaborada por Fleury Teixeira de “ciudadanía regulada” debido a que la cobertura se diferenciaba de acuerdo a la inserción en la estructura productiva, entonces los beneficiarios eran aquellos que estaban insertos en el mercado de trabajo habiendo desigualdades de acuerdo a los aportes y puestos que estos ocuparan. Mientras que el Estado ofrecía otro tipo de asistencia a la población de menores recursos que no estaba en el mundo productivo<sup>39</sup>. Así debemos destacar cómo en el discurso de Ramón Carrillo se observa el mantenimiento de la lógica higienista y asistencial dirigida en especial a los pobres.

En este marco se le dio un fuerte impulso a las visitadoras sociales, Campana (2012) describió que en estos años se agregó el servicio social a la historia clínica del enfermo y las visitadoras sociales siguen al enfermo fuera de los muros del hospital.

Será en la década del 50 cuando las recetas modernizantes de los organismos internacionales, creados en la década anterior<sup>40</sup>, comenzarán a ejercer una

---

<sup>39</sup> De las tres medicinas constitutivas de la salud Carrillo definía a la medicina asistencial como la que se centraba en la asistencia gratuita al enfermo para recuperarlo como factor de producción.

<sup>40</sup> 1944 Banco Mundial (BM) y Fondo Monetario Internacional (FMI), 1945 Organización de Naciones Unidas (ONU) y dentro de la ésta otras agencias como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y UNICEF. En 1948 entró en vigor la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización

gran influencia en las economías latinoamericanas. La mira puesta en los países “atrasados” y en los “obstáculos” para su “desarrollo”, serán algunas de las pautas que darán su perfil a esta etapa reconocida desde diversas disciplinas como la “era desarrollista”.

“se trataba de la acción sobre las comunidades tradicionales retrasadas en pro de un cambio cultural capaz de motorizar el desarrollo nacional; de la creencia en que los valores tradicionales de los pobres constituían la principal limitación para las supuestas mejoras que traería aparejada la modernización” (Campana, 2012:94)

Como parte constitutiva de los combos sugeridos por las “agencias de desarrollo” cobraba protagonismo “lo social”. Ya no bastaban los indicadores económicos, sino que se apuntaba fuertemente a la expansión de los servicios básicos, a la “planificación social”, a los “aspectos sociales del desarrollo”,

En la Argentina la “modernización económica” se traducía en la apertura e incorporación masiva de capitales extranjeros para la segunda etapa de sustitución de importaciones (Basualdo, 2006) Medidas que se llevaron a cabo de forma alternada por gobiernos militares y democráticos.

En el campo de la salud, también se aplicaron las recomendaciones de los organismos internacionales, transfiriendo los hospitales a las jurisdicciones provinciales<sup>41</sup>, descentralizando las funciones administrativas y técnicas, pero estableciendo un régimen de subvención anual desde la Nación con un régimen de reducción gradual de ese aporte.

Fue por estos años que la sociología logró institucionalizarse más allá de pensamientos aislados o de la existencia de cátedras en otras carreras. Al calor de la coyuntura “desarrollista” los científicos sociales bogaban por el desarrollo

---

Panamericana de la Salud (OPS) adquirió ese nombre en 1958 pero se creó en el año 1902 como Oficina Sanitaria Panamericana. La influencia directa en nuestra región se establecía desde la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) creada en 1948

<sup>41</sup> En 1957 el Decreto 1.375 habilitó el traspaso. Hasta mayo de 1958 se transfirieron 272 establecimientos.(Campana, 2012)

de las sociedades tradicionales o pre capitalistas a una sociedad moderna volcando sus análisis en la llamada Teoría Desarrollista. Esta primera etapa de la Sociología en Latinoamérica, denominada Sociología científica, estuvo muy influenciada por los teóricos funcionalistas de Estados Unidos (Nunes, 2005). Las investigaciones tenían una gran pretensión de generación de conocimiento “científico” diferenciándose de lo que se llamaba con anterioridad “ensayismo”. Para Gino Germani<sup>42</sup>

“El ‘ensayismo’, el culto de la palabra, la falta de rigor son los rasgos más comunes en la producción sociológica del continente. Lejos del ‘perfeccionismo’ y el ‘formalismo metodológico’ yanquis escasea o falta la noción misma de método científico aplicado al estudio de la realidad social” (Germani, 1964: 19, Mera y Rebón; 2010)

En la etapa inaugural de la sociología latinoamericana como disciplina, el campo de la salud tampoco representó un área de interés para los sociólogos (Nunes, 2005)

Los primeros acercamientos al campo de la salud, fueron elaborados por antropólogos a través de estudios descriptivos que evidenciaban el auge del funcionalismo cultural y de la teoría desarrollista en la región (Nunes, 2005). Según Menéndez (1985) la “antropología médica” se constituyó a partir de 1920 y se consolidó entre 1940 y 1960.

Antes que ocurriera la aproximación de la sociología a la salud, desde el mismo campo médico se lanzó una intensa promoción del “sanitarismo”, entendido como la visión técnico-profesional que daría impulso al desarrollo en el ámbito de la salud. Su origen médico fue delimitado y explicitado, ya que se entendía a la salud pública como una especialidad médica que se destacaba por la incorporación de lo social. La ligazón al proyecto desarrollista se apoyaba en la receta de “planificación” “técnica-profesional” para el desarrollo, fuera de

---

<sup>42</sup> Gino Germani nació en Italia pero se radicó en Argentina en el año 1934, estudió filosofía y su labor fue muy importante en la creación de la carrera de sociología en nuestro país en el año 1957. Fue designado director de la carrera y del instituto en ese mismo año.

cualquier manifestación signo o tinte “político”. Asimismo esa inclusión de lo social en la retórica desarrollista significaba por una parte, la inclusión de trabajadores sociales al equipo de salud sosteniendo la lógica médica siempre centrada en el individuo “...a fin de investigar y resolver los problemas socio-educativos relacionados con las necesidades médicas y sanitarias” (Campana, 2012); y por otra, el manejo de herramientas estadísticas en manos del gobierno de la salud, donde se incluían variables sociales interpretadas y manejadas por “médicos sanitarios” que se postulaban como intermediarios privilegiados entre la medicina y la sociedad. (Campana, 2012)

“el sanitarismo se expresó desde el inicio como un cuerpo tecnoburocrático ligado a los sectores dominantes en el ámbito de la salud que buscaban consolidar su hegemonía luego del periodo peronista” (Campana, 2012:106)

Campana muestra que una de las principales convicciones de la “Escuela de Salud Pública” creada en 1959 era que la reforma debía sustentarse en la ciencia de la administración<sup>43</sup> “que se valía de herramientas como organización, distribución de competencias, estadísticas, valoración de rendimiento y costos”

A partir de los años 60 comenzó gradualmente la incorporación de la sociología al estudio de la salud en Latinoamérica. El escenario lo constituyeron las facultades y escuelas de medicina en las cuales se crearon cátedras y seminarios<sup>44</sup> referidos a las ciencias sociales. Estos se enmarcaron bajo el rótulo de “ciencias de la conducta<sup>45</sup>”, término que neutralizaba a la sociología invisibilizando a las ciencias sociales. Anteriormente en Estados

---

<sup>43</sup> Las recetas desarrollistas aún se encuentran vigentes; en la actualidad podemos notarlo en el plan de estudios de la “Especialización en Salud Pública” de la Universidad Nacional de Cuyo. Sus materias provienen de la administración de empresas con una lógica gerencial mostrando su principio rector: “Administración y Gestión”, “Recursos Humanos”, “Gestión de la calidad”, “Marketing Sanitario y Comunicación”.

<sup>44</sup> Incorporación de materias como epidemiología, bio estadística, medicina preventiva, ciencias de la conducta entre otras (Nunes,1997).

<sup>45</sup> Hugo Mercer (1986) cita a Badgley y Bloom acerca de la justificación de tal definición “El termino ciencias de la conducta fue acuñado con la intención de que la aparente connotación neutral fuera aceptable para los científicos sociales y para los científicos del cambio biológico, reemplazando así al concepto alternativo de ciencias sociales, que algunos podrían confundir con socialismo”

Unidos el movimiento de salud comunitaria había puesto énfasis en las “ciencias de la conducta”.

Vemos así el claro ejemplo del legado de Parsons, ya que de acuerdo a la lectura funcionalista, lo que le interesa a la sociología es la conducta del individuo. Entonces podemos decir que el inicio de la relación sociología-salud en América Latina estuvo marcado por la gran influencia de la sociología médica estadounidense, y el funcionalismo de Talcott Parsons, materializado en la enseñanza de pre grado para las ciencias de la salud.

La sociología médica latinoamericana<sup>46</sup> es entendida como la aplicación del funcionalismo a los problemas de la salud (Educación Médica y Salud, 1974). Algunos autores hacen mención de la discrepancia entre Sociología en la Medicina o Sociología de la Medicina, diferenciación que no abordaremos en este estudio<sup>47</sup>. (Schufer, 1997).

Los patrones inherentes al funcionalismo positivista descriptos anteriormente se aplicaron a la realidad latinoamericana, de manera que las ciencias sociales –incluida la sociología–, de acuerdo con esta lógica eran aprobadas por la ciencia médica en tanto se consideraban externas al ámbito de la salud y garantizaban el interés de la misma, considerando al sujeto como a-histórico, a-social, centrando su explicación en el individuo y en su cuerpo como lugar de materialización de la enfermedad. Desde la sociología específicamente, se reprodujo el funcionalismo en la formación de médicos, considerando al agente enfermo como anormal, patológico, atentador de la armonía social.

“En un primer momento, en los abordajes predominó el carácter conductivista y funcionalista, respondiendo a la demanda del campo médico que siempre procuró tener acceso a las claves de comprensión de los diferentes códigos con los que los legos conceptualizan y

---

<sup>46</sup> Menéndez en su revisión de la historia de la antropología médica (1985) destacó que las facultades de medicina y la Organización Panamericana de la Salud alentaron el desarrollo de la sociología médica.

<sup>47</sup> Esta distinción fue hecha por Strauss (1957, en Belmartino, 1999) “The nature & status of medical sociology”

vivencian los procesos de salud y enfermedad, acceden a los servicios e interpretan los tratamientos”. (Souza Minayo, 2009)

## **1.6 Planteos críticos del positivismo**

Retomando lo citado en el apartado anterior, las respuestas alternativas parecen poder salir del subsuelo de la historia en momentos de crisis del capital. (Laurell, 1975)

Al calor del quiebre producido por el triunfo de la Revolución cubana en nuestra región, se dieron las condiciones históricas para el surgimiento de planteos críticos y alternativos al dominio positivista, tanto a nivel teórico como práctico. Asimismo se puso de manifiesto el fracaso de la Teoría Desarrollista y de los estudios teñidos por la búsqueda de cientificidad y desarrollo hacia una sociedad moderna. En definitiva se gestaba desde diferentes disciplinas una fuerte crítica al positivismo como modelo de análisis y acción y se propugnaba por una interpretación política y social de las problemáticas desde una postura crítica.

Así la constitución de una perspectiva “alternativa” tomaba forma a través de la crítica al enfoque dominante, siendo la diferenciación y el distanciamiento de la lógica funcionalista lo que caracterizó a este movimiento. (Mercer, 1983; García, 1983) Autores fenomenológicos y marxistas se unían en función del distanciamiento de ese paradigma. (Souza Minayo, 2009). Podemos decir que en estos años comenzó un momento importante para la producción de aportes al campo de la salud y la definición de la sociología de la salud en Latinoamérica; para Nunes (1997) aquí se inicia una etapa de institucionalización de tales planteos.

La crítica a los postulados positivistas de concepción de la ciencia como universal, neutral, atemporal y objetiva (García, 1983) ocuparon el centro de la escena y así la especificidad de la región latinoamericana se hacía oír en los primeros intentos de teorización alejados de este paradigma. En este sentido

se produjeron análisis que se animaban a cuestionar<sup>48</sup> el orden vigente y a comprender la salud trascendiendo los estudios reduccionistas, biólogos y a-históricos. Cuestionaban el rol jugado por las ciencias sociales en la manutención del status quo, el enfoque puesto en lo individual, el avance de la medicalización sin el logro del bienestar prometido y la ilusa retórica de los gobernantes acerca que con el desarrollo económico se lograría avances en la salud de la población.

La experiencia cubana, luego de la revolución planteó otra forma de hacer medicina<sup>49</sup> que se diferenció fuertemente de lo acontecido hasta ese momento, transfiriendo los ánimos de cambio a todo el continente. (Rojo Perez; Garcia Gonzalez, 2000)

Como respuesta al proceso cubano que parecía contagiar a los vecinos países, desde el imperio estadounidense se impulsó en 1961 la Conferencia del Consejo Interamericano Económico y Social en Punta del Este, donde se conformó la Alianza para el Progreso.

El cuestionamiento a la perspectiva estructural-funcionalista provino de dos miradas que sintetizaremos brevemente a continuación: la fenomenológica y la marxista.

Si nos centramos en los abordajes realizados desde la fenomenología, podemos decir que en contra de la universalización de leyes generales, se bogó por una re significación de los vínculos interpersonales, de los significados y valores otorgados por los individuos a la salud y la enfermedad, al estudio de las comunidades en torno a sus modos de vida. Se consideró a la salud como un bienestar físico, mental, social y espiritual, asimismo que el sistema de salud necesitaba reorientar sus búsquedas de las causas de la enfermedad en los entornos sociales. Acerca de la crítica a la institución

---

<sup>48</sup> Para el antropólogo Menéndez (1984) "mientras la práctica antropológica se caracterizaba por un notable trabajo de campo y por su ligazón a organismos de salud más que a instituciones universitarias, la crítica sociológica partirá de autores latinoamericanos centrados en la Universidad..." (Menéndez, 1985)

<sup>49</sup> En 1968 se creó el Sistema Nacional Único de Salud, que unificó todos los servicios de salud. (Arouca, 1982)

médica se re significó el aporte de la medicina tradicional y de los enfoques alternativos de tratamiento de las enfermedades y se dio fundamental cabida a cuestionamientos acerca de la “ética médica”. (Souza Minayo, 2009)

En el campo de la salud los impactos de estas lecturas se visualizaron entre otros en la creación de comités de éticas<sup>50</sup> en Hospitales y clínicas de varios países de la región, en la gran influencia sobre movimientos de la sociedad civil para re significar y valorizar el derecho de los ciudadanos-usuarios del sistema de salud. (Souza Minayo, 2009) También se atribuye a la influencia de esta corriente las formas de políticas que establecían el autocuidado de los sujetos en la búsqueda de la salud y atención primaria de la salud en las comunidades.

Juan Cesar García (1983) en su análisis de las corrientes de pensamiento en el campo de la salud cuestionó a la fenomenología por identificarse con grupos minoritarios y negar la existencia de fenómenos estructurales, menospreciando las relaciones de dominación económica, política e ideológica del sistema capitalista, pasando de radical a reaccionaria; también cuestionó la conversión del consumidor de asistencia médica en proveedor de esta por la vía del autocuidado. Años más tarde María Cecilia De Souza Minayo (2009), planteó la necesidad de repensar estas críticas teniendo en cuenta el gran impulso y desarrollo de programas centrados en la aproximación y comprensión de los sujetos sociales, así consideró también que es preciso contar con el aporte y responsabilización de los individuos en su salud y finalmente destacó el aporte de la fenomenología en la humanización de los servicios de salud.

Sin embargo sirviéndonos nuevamente de los aportes de Melisa Campana podemos advertir que la retórica de la “*participación en salud*” cobró relevancia a partir de 1955 como parte de las recomendaciones de los organismos internacionales, que fomentaban que las comunidades gestionen sus problemas y más tarde la propia satisfacción de sus necesidades.

---

<sup>50</sup>En Argentina el primer comité de ética se creó en 1984 en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires y en Mendoza fue en el año 1987 Comité de bioética del Hospital Central. (Mainetti, Tealdi, 1990)

“La aplicación de la concepción del desarrollo comunitario estaba destinada a enfrentar, por un lado, las dificultades del Estado para hacerse cargo de los crecientes costos de la atención médica y, por otro, la expansión de la industria relacionada con la medicina, en particular la producción de fármacos y tecnología de diagnóstico y tratamiento” (Iriart 1994 en Campana, 2012)

Desde otra vertiente la corriente marxista penetró fuertemente en la región, a través de una ola de estudios materialistas que llevó a identificar el momento como de “giro marxista” debido a la preponderancia de este paradigma<sup>51</sup> (Galeano, Trotta, Spinelli, 2011).

En principio los marxistas cuestionaron como eje central la universalización de los postulados positivistas y sus métodos, planteando en contraposición a esto un análisis histórico, situado en las formaciones sociales concretas en relación con un modo de producción imperante que establecía relaciones sociales de tipo capitalistas.

En este marco el par salud-enfermedad fue entendido como un proceso dialectico social e histórico, a diferencia de las definiciones que establecían una dicotomía entre salud y enfermedad, y se centraban en factores biológicos e individuales. De esta forma se visualizó el carácter ideológico de estas definiciones. (Laurell, 1981)

“salud-enfermedad entendida como un fenómeno colectivo con su manifestación concreta en el organismo individual, y que tiene carácter parcialmente ideológico dado que su base material –el proceso biológico– siempre está sujeto a una valoración socialmente determinada” (Conti, citada por Laurell, 1978)

---

<sup>51</sup> Mercer (1983) señala como apoyos teóricos generales para esta corriente los aportados por Engels, Polack, Conti, Berlinguer.

“el proceso salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción” (Laurell, 1981: 10)

La crítica al biologismo médico pero también al establecido por la mirada positivista de la sociología, se concretaba en la búsqueda de una lectura que demostrara el carácter histórico y social de la enfermedad. Esta traía aparejada la discusión en torno al auge de las estadísticas en tanto modo uniforme de representar la realidad, las condiciones de vida de la población, así como los factores estructurales que determinaban los fenómenos, sus dimensiones históricas, sociales y políticas.

Por otra parte se cuestionó fuertemente el avance de la medicalización y el fracaso de la ligazón entre esta y la mejora de los índices de salud de la población. El marxismo de los 70 establecía una relación directa entre la posición ocupada en la división del trabajo capitalista y las condiciones de vida de los sujetos, considerando la estructura social como determinante.

En general los estudios tuvieron como premisa la fase de las relaciones de producción pero también la posición de clase ocupada por los grupos sociales al interior de las formaciones sociales (Souza Minayo, 2009). Así no solo se daba cuenta del peso de la posición de clase en el modo de enfermar de la población sino también se dejaba ver la posición dominante ocupada por el médico en la estructura social, de acuerdo a su ascenso concomitante al de la burguesía y a la hegemonía construida en torno al poder de la ciencia.

La particularidad de los investigadores marxistas se demostraba no solo en su producción científica sino también en la práctica activa de sus intelectuales en los movimientos sanitarios. Aquellos que adoptaron un posicionamiento crítico se reunieron y organizaron bajo la bandera de la “medicina social”<sup>52</sup>. Juan

---

<sup>52</sup> Este movimiento en Brasil adquirió el nombre de “salud colectiva”.

César García, médico y sociólogo argentino fue uno de los líderes de este movimiento<sup>53</sup>, que contribuyó con el grupo intelectualmente pero también estratégicamente, por su lugar ocupado en la Organización Panamericana de la Salud. Desde allí apuntaló la creación de programas de posgrado en medicina social<sup>54</sup> (Galeano, Trotta, Spinelli, 2011)

“No se puede disociar la labor teórica y la militancia política de los sanitaristas que participaron pari passu, tanto en el sector salud como en el movimiento social, apuntando a una nueva lectura y a una nueva postura de los profesionales, técnicos e intelectuales del área” (Souza Minayo, 2009)

Para Nunes

“Las contribuciones objetivas de ese periodo fueron: el incentivo para la creación de estudios de pos grado en medicina social (México y Río de Janeiro), la discusión de los marcos teóricos y metodológicos y la gradual incorporación de las ciencias sociales en las prácticas políticas y de salud” (Nunes, 2005)

La crítica ejercida sobre los marxistas de esa época se centró en su enfoque estructuralista, por servirse de la corriente althusseriana<sup>55</sup>, resultando finalmente positivista (Souza Minayo, 2009). Se atribuía de esta forma un tratamiento reduccionista y esquemático en sus análisis (Fleury Teixeira, 1997). Hugo Mercer dirá que se trató de la “sustitución de un estructuralismo por otro” por encontrarse en línea al marxismo althusseriano (Mercer citado por Galeano, Trotta, Spinelli, 2011)

---

<sup>53</sup> Estos investigadores se reunieron por primera vez en Cuenca Ecuador 1972 para definir el interés de las ciencias sociales latinoamericanas por el campo de la salud. El segundo encuentro se concretó en el mismo sitio en el año 1982. Dos años más tarde, en Ouro Preto Brasil se consiguió la institucionalización del ámbito a través de la creación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (A.L.A.M.E.S).

<sup>54</sup> En la década de 1970 se crearon en México y Brasil los primeros posgrados de Medicina Social.

<sup>55</sup> Althusser filósofo francés, sus análisis fueron considerados estructuralistas. Comprendía al sujeto “como un efecto ilusorio de las estructuras ideológicas” (Anderson, 1987: 44 citado por Souza Minayo, 2009).

“aun desde el enfoque marxista persistía una concepción de la salud como efecto, en la que si bien se sustituía una relación causal por otra de determinación, lo social era exterior al sujeto” (Mercer, 1983)

De acuerdo a lo expuesto, durante la década del 70 se consolidó y tomó forma un movimiento crítico en ciencias sociales aplicadas a la salud. Durante esos años el capitalismo afrontaba una crisis estructural que acechaba al mundo entero, la cual derivó en un cambio en el patrón de acumulación que planteó una transformación en la relación capital-trabajo. Este proceso de metamorfosis del capital tomó forma en Latinoamérica, con el paso de un modelo de sustitución de importaciones a otro centrado en la valorización financiera, mutación que en el plano político requirió del inicio de una ola de gobiernos dictatoriales que garantizaran la implementación de este cambio en las formas de acumulación.

Solo en nuestra región más cercana, en 1964 se produjo un Golpe de Estado en Brasil, en 1973 en Chile y Uruguay, y en 1976 en Argentina. Este escenario oscuro obstaculizó e impidió el pleno desarrollo de los movimientos nacientes que asociaban la salud a lo social, los que limitaron sus inquietudes a la investigación o se ocultaron para continuar sus reflexiones a pesar de la censura.

Las características nuestra región permiten hablar de procesos comunes, sin embargo encontramos especificidades en los respectivos países. El caso de Brasil fue primordial en esta etapa de corte materialista, país donde a pesar de las censuras establecidas por el régimen se continuó construyendo conocimiento crítico en la salud<sup>56</sup>, convirtiéndose en el principal objeto de estudio: la salud de los trabajadores en torno al proceso de trabajo.

En Argentina de acuerdo a lo enunciado por Schufer, Prece y Necchi en el artículo “20 años de Sociología de la Salud en la Argentina” (1997) fue en la década del 70`y principalmente en la del 80` cuando la sociología de la salud nació verdaderamente a través de la investigación en salud, siendo escasa la

---

<sup>56</sup> García desde su puesto en la OPS concreto vínculos estrechos con los investigadores de Brasil, a través del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP), y posteriormente con el Laboratorio de Educación Médica y Medicina Comunitaria (LEMC). Estas experiencias constituyeron uno de los pilares fundamentales del movimiento sanitarista brasileño, el cual sirvió de base para las reformas constitucionales que tras el regreso de la democracia instalaron el Sistema Único de Salud en Brasil (Galeano, Trotta, Spinelli, 2011).

enseñanza sistemática de la misma en el ámbito universitario (Necchi, Prece, Schufer, 1997)

“La zona de articulación más frecuente para quienes se desarrollaron en la especialidad fue la Salud Pública en sus distintas instancias de administración pública o docencia, especialmente la ligada a las facultades de Medicina”. (Necchi, Prece, Schufer, 1997: 3)

Con el regreso de la democracia, los sociólogos encontraron espacios en organismos públicos, centros de investigación y en el ámbito académico en general (Mercer, 1983)

“A partir de la democratización se da un proceso de incorporación paulatina de las Ciencias Sociales al área de la salud y consecuentemente se van estructurando nuevos ámbitos de formación académica y de ejercicio profesional de la especialidad”.

En este capítulo realizamos una reconstrucción histórica del encuentro entre las ciencias sociales y la salud, específicamente de la sociología y el ámbito de nuestro interés. A través de la pesquisa abordamos el poder hegemónico de la medicina en este campo y en relación a esto, las intervenciones de las ciencias sociales.

## **CAPÍTULO II: Producción socio-histórica de la salud. La Gran Transformación neoliberal**

La intención de este capítulo es mostrar los cambios en el sistema de salud en la etapa neoliberal para comprender al hospital y al centro de salud como “lugares de trabajo”.

Para ello nos remontamos históricamente a la génesis u origen del hospital del cual depende el centro de salud que es nuestro caso de estudio, para así también analizar las relaciones entre estado-salud (hospital-centro de salud); comunidad y salud (hospital-centro de salud)

El régimen social de acumulación hegemónico en Argentina a partir de la asunción y liderazgo del Gral. Juan Domingo Perón, sustentó sus políticas sociales enmarcadas en el Welfar State, en el momento de auge del modelo de acumulación afianzado y consolidado luego de la segunda guerra mundial. La economía argentina se expandía, la inserción al mercado de trabajo crecía como así también los salarios y la participación de los asalariados en el ingreso nacional. El Estado populista-benefactor dirigió sus políticas al reconocimiento y otorgamiento de derechos laborales y a la construcción de la ciudadanía basada en la categoría de igualdad y justicia social. En este sentido el peronismo estableció alianzas con las organizaciones sindicales que determinaron la organización del sistema de salud y la consolidación de las obras sociales, lo que Belmartino (2005) denominó como pacto corporativo<sup>57</sup>.

Como dejamos en claro en el capítulo anterior, la retórica de la igualdad, justicia social, reconocimiento de derechos englobados en la categoría de ciudadanos, nunca se realizó, debido a que como dijimos los derechos no eran universales, sino estaban condicionados por la inserción al mercado de trabajo.

---

<sup>57</sup>Para referenciar las relaciones que entrelazaban a obras sociales (al mando de sindicatos), confederaciones de profesionales y un Estado en expansión.

Tal configuración se desmoronó cuando el modo de producción capitalista entró en crisis. Las vías de salida de la misma se inclinaron en favor del capital y fue el Estado “árbitro” el protagonista de tal acción, en la medida que garantizó mediante normativas la mercantilización con desestatalización de las relaciones sociales. La ciudadanía regulada, el principio de solidaridad, se retiraron de escena, dando lugar a las políticas focalizadas en medio de la lucha de los sujetos por la subsistencia. Las familias, y sobre todo las mujeres, cargaron sobre sus espaldas los efectos de la crisis del modo de acumulación.

## **2.1 El campo de la salud y la organización de la salud pública en Mendoza**

El campo de la salud mendocina está conformado al igual que el sistema nacional por tres áreas o subsectores diferenciados: la salud pública, las obras sociales o seguridad social y las empresas privadas, también llamadas prepagas. Esta conformación se entretejió y consolidó a lo largo de la historia de nuestro país, caracterizándose por ser fragmentada, heterogénea y plural<sup>58</sup> (Belmartino, 2005; Acuña, 2002)

El presente estudio centra su atención en el ámbito de la salud pública de la provincia de Mendoza.

El Ministerio de Salud de la provincia organiza y divide -hasta hoy- al sector público en cinco regiones sanitarias (Metropolitana Norte, Metropolitana Sur, Metropolitana Este, Valle de Uco y Sur) además existen 18 áreas departamentales, una por cada departamento.

La provincia adhiere a la división del sistema de salud en niveles de atención propuesta por la Organización Mundial de la Salud, por lo que se organiza en tres niveles diferentes: el *primer nivel de atención* abarca a los efectores que brindan atención prevalente y se dedican a prevención y planificación y a implementar la atención primaria de la salud; *segundo nivel de atención* incluye a las instituciones con internación de las especialidades consideradas básicas,

---

<sup>58</sup>Esto se puede comprobar en la historia de la salud argentina descrita en el capítulo anterior.

cuenta con infraestructura para realizar exámenes complementarios y diagnósticos básicos (hospitales regionales, departamentales, hospitales generales de agudos y maternidades) y *el tercer nivel de atención* comprende efectores de salud de alta complejidad.

Entonces Mendoza cuenta con efectores diferenciados según su nivel de complejidad, ubicación y población atendida.

Por un lado encontramos los *hospitales públicos* que suman un total de 23, a saber: Alta complejidad (Central, Luis Lagomaggiore y Humberto Notti), Regional (Alfredo Ítalo Perrupato, Diego Paroissien, Antonio Scaravelli y Schestacow), Departamental (Ministro Dr. Ramón Carrillo, Luis Chrabalowski, Enfermeros Argentinos, General Las Heras, Arturo Illia, José Néstor Lencinas, Malargüe, Fernando Arenas Raffo, Carlos Saporiti, Domingo Sicoli, Tagarelli) Monovalente (Héctor Elías Gailhac, Alfredo Metraux, Eva Perón, Carlos Pereyra, El Sauce). Los hospitales mencionados se diferencian según su gestión, siendo mayor el número de nosocomios de gestión descentralizada (14) que los de gestión centralizada (9)<sup>59</sup>. En este sentido recordamos la importancia de las reformas de la salud pública, mediante las cuales se concretó la descentralización de los hospitales nacionales a las provincias e incluso en menor medida a los municipios<sup>60</sup>.

Por otro lado cuenta con 377 *centros de atención primaria de la salud* (los que conforman el primer nivel de atención) de los cuales 288 son gestionados desde el ministerio provincial y 89 por los municipios. Del total de prestadores ministeriales, 201 son centros de salud, 58 postas sanitarias y 29 Centros de Integración Comunitaria (CIC)<sup>61</sup>. La diferenciación de gestión es manifiesta, en la medida que desde el ministerio no se cuenta con ningún tipo de información acerca de los centros municipales, excepto su número.

---

<sup>59</sup> Información actualizada, correspondiente al mes de agosto de 2014, otorgada por la Dirección de Hospitales del Ministerio de Salud de la provincia.

<sup>60</sup> La descentralización iniciada en 1957 continuó y se profundizó con la gubernamentalidad neoliberal, tema que abordaremos a lo largo del presente capítulo. Esta misma situación se replicó en los centros de salud.

<sup>61</sup> Información actualizada, correspondiente al mes de agosto de 2014, otorgada por la Dirección de Centros de Salud de la provincia.

La diferencia entre estos tres tipos de efectores que constituyen el primer nivel de atención (posta sanitaria-centro de salud-centro de integración comunitaria) se podría identificar en sus definiciones.

En las páginas oficiales del ministerio de salud de la nación y de la provincia no encontramos definiciones de estos efectores (excepto de los Centros de Integración Comunitaria impulsados por el actual gobierno).

Pero podemos decir que:

*Centro de Salud* es la estructura física y funcional donde se desarrollan las actividades de Atención Primaria de la Salud de manera integral, permanente y continua: promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa, rehabilitación y participación en las tareas de reinserción social, investigación y docencia. (...) Es una institución inserta en una comunidad con el objetivo fundamental de preservar la salud de la población que atiende y brindar atención en caso de enfermedad. Se lo considera *responsable* de la salud de la población ubicada en su área programática o área de cobertura. En este sentido, es la instancia básica del primer nivel de atención<sup>62</sup>.

*Posta sanitaria* se trata de efectores más pequeños que los centros de salud, ubicados en zonas rurales y de difícil acceso. Desarrollan también las actividades de Atención Primaria de la Salud y son parte del primer nivel de atención<sup>63</sup>.

*Centro de Integración Comunitaria (CIC)*<sup>64</sup> según lo definido por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación son “espacios públicos de integración comunitaria, construidos en todo el país, para el encuentro y la participación de diferentes actores que trabajan de modo intersectorial y participativo con el objetivo de promover el desarrollo local en pos de la inclusión social y del mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades”. Éstos espacios se ubican en las zonas más “vulnerables” del país, “representa un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de políticas de atención primaria de la salud y desarrollo social en un ámbito físico común de escala municipal. Allí se llevan a cabo acciones de atención primaria de la salud, integración de instituciones y organizaciones comunitarias, promoción de actividades

---

<sup>62</sup> Definición extraída del cuadernillo de la materia “Atención Primaria de la Salud”, dictada en la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo.

<sup>63</sup> La definición es elaboración propia, debido a no contar con una definición oficial operativa.

<sup>64</sup> <http://www.desarrollosocial.gob.ar/cic/105>. Consultado el 14/10/2014

culturales, recreativas y de educación popular.

El Ministerio de Salud de la provincia adhiere a la estrategia de atención primaria de la salud por lo que cuenta con una dirección específica denominada “Dirección General de Atención Primaria” además de la “Dirección de Centros de Salud”.

## **2.2 Anclaje socio-espacial**

### **2.2.1 La distancia social de la salud. Guaymallén como espacio marginal**

Una de las primeras aproximaciones que hacemos para analizar el centro de salud es pensar críticamente el lugar socio-espacial que le ha sido asignado. En nuestro caso, el Hospital del cual depende el centro de salud que analizamos se encuentra certeramente ubicado en los márgenes.

De acuerdo a la historia del departamento podemos decir que en sus orígenes (y como veremos posteriormente en la actualidad) resultaba una zona periférica a la que se derivaba aquello que se pretendía invisibilizar en el ámbito de la ciudad, en este sentido creemos que la ubicación espacial se relaciona con lo asignado socialmente en términos de clase.

En Guaymallén<sup>65</sup> se fundó la primera Institución sanitaria de Mendoza alrededor de 1790, en la chacra del Capitán Antonio Chacón ubicada en la calle Francisco de la Reta (en la manzana de las actuales calles Montecaseros, Santa Fe, Tucumán y Federico Moreno). La misma se denominó “Hospital San Antonio” (DEIE Sistema Estadístico Municipal, Torres, 2005) y según el relato expuesto en la página oficial del departamento era un hospital de caridad, atendido por “religiosos hospitalarios<sup>66</sup>”. (Torres, 2005; Thomas, 2012). Vemos entonces que desde los inicios de la organización de la salud provincial materializada en los hospitales como “lugar de trabajo” se asignó a este

---

<sup>65</sup> Este departamento lleva el nombre de un cacique, se trató de un lugar donde habitaban los pueblos originarios, los artistas, y actualmente es reconocido como cuna de la cultura de la provincia. No es casual que la sociedad relacione locura y arte, de acuerdo a que lo importante para el “desarrollo” según lo analizado en el primer capítulo es la productividad.

<sup>66</sup> Encontramos en el artículo que estuvo a cargo de los Betlemitas, frailes no profesos cuya congregación fue fundada en Guatemala.

departamento como el destino de los “desviados” enfermos<sup>67</sup>. El lugar está ubicado en las márgenes de la ciudad lo que allanó su devenir como contenedor de lo indeseado, espacio para aislamiento y encierro. Al igual que en la nación, los hospitales estaban a cargo de religiosos.

La creación del departamento fue el 14 de mayo de 1858, durante el gobierno de Juan Cornelio Moyano se firmó el decreto que denominaba a la actual zona de San José y Pedro Molina como departamento Guaymallén. Posteriormente el 31 de Mayo 1896 se proclamó como cabecera del departamento a la Nueva Villa donde tres años después se comenzó la construcción del edificio municipal, constituyendo hoy la ciudad centro del departamento.

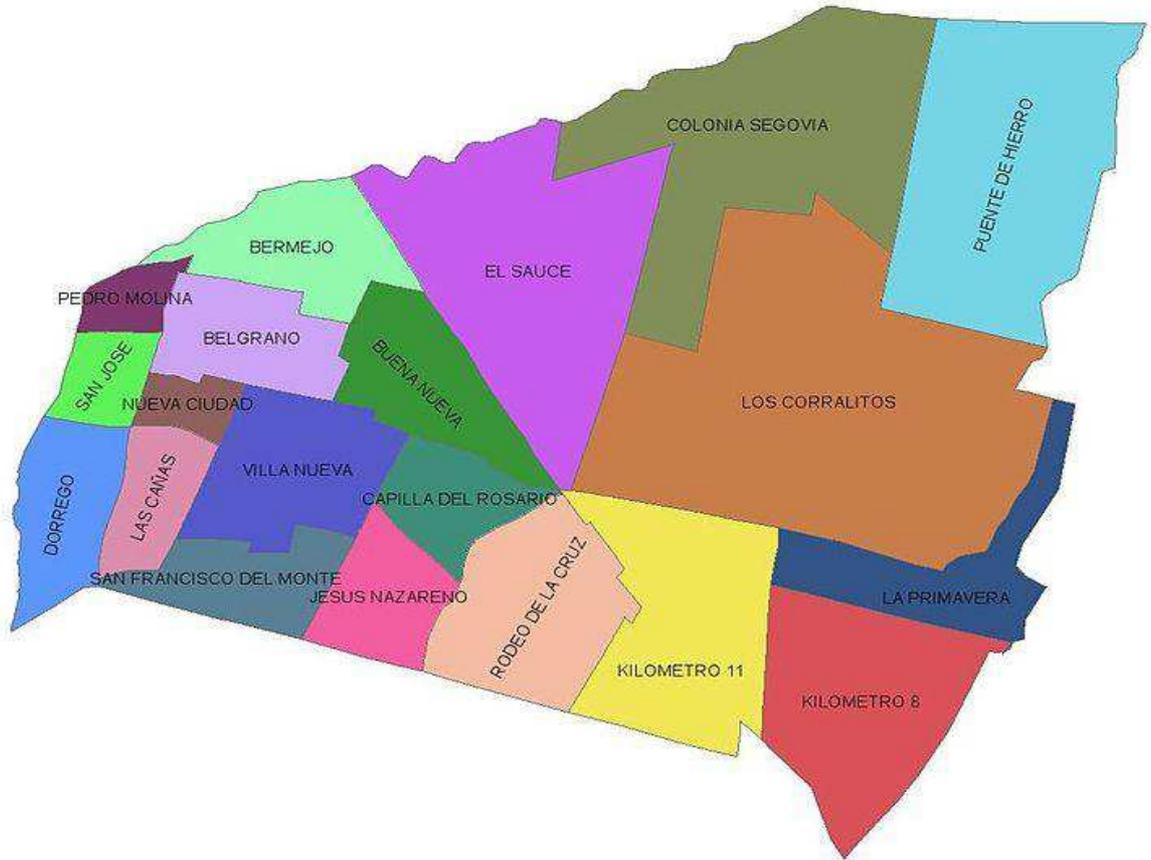
Guaymallén actualmente, es uno de los departamentos que conforma el Gran Mendoza y se ubica a 6 kilómetros de la Ciudad provincial. Respecto a la geografía, es interesante observar que en anteriores eras geológicas el territorio donde se ubica el departamento era recorrido por brazos del río Mendoza. Según los datos del último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, el departamento tenía una población total de 283.803 habitantes, distribuidos en un territorio de 164 km<sup>2</sup>. Debido a esto tiene una alta densidad poblacional.

Políticamente se divide en 20 distritos, de los cuales concentran mayor densidad poblacional los que se ubican en la zona oeste del departamento y a la inversa, los que se localizan en la zona este, cuentan con menor densidad poblacional

---

<sup>67</sup> En la genealogía del Hospital El Sauce se profundizará acerca de lo que se consideraba enfermo en ese momento histórico.

### Mapa Nº 1: Distritos del departamento Guaymallén



**Fuente: Página de la Municipalidad de Guaymallén**

Si observamos el mapa, podemos decir que existe una línea simbólica que divide en dos el territorio departamental. Del lado izquierdo (zona oeste) se encuentran los distritos más poblados y más cercanos a la capital provincial, y del lado derecho (zona este) los menos poblados<sup>68</sup>. Esta línea puede interpretarse como “frontera socio-espacial” en el sentido que “del otro lado” encontramos a los distritos rurales, donde actualmente habitan comunidades de inmigrantes sobre todo bolivianas y en otros momentos históricos fue el destino de los negros y prostitutas<sup>69</sup>. Así en esta división espacial notamos las fuertes cargas sociales.

<sup>68</sup> A saber: El Sauce, Colonia Segovia, Fuente de Hierro, Los Corralitos, La primavera, Kilómetro 11 y Kilómetro 8. También debe tenerse en cuenta que estos últimos distritos son los de mayor extensión territorial

<sup>69</sup> Esto se profundizará en el apartado del distrito El Sauce

En el departamento de Guaymallén desarrollan actividades educativas 213 instituciones de gestión estatal, privada y social, de los niveles inicial, primario y secundario, dependientes de la Dirección General de Escuelas (D.G.E.). Las instituciones educativas del departamento se concentran en los distritos de mayor densidad de población: Villa Nueva, General Belgrano, San José, Rodeo de la Cruz y Dorrego.

En la actualidad existen dos hospitales en el departamento: Hospital de Alta Complejidad Humberto Notti y Hospital Monovalente El Sauce; además se encuentran 22 centros de salud provinciales (en ese total se incluye al ex Centro de Salud N° 308 hoy Micro-hospital Puente de Hierro que depende del municipio pero se encuentra en proceso de transición a la gestión ministerial). El Centro de Salud cabecera N° 16 se ubica en Villa Nueva.

De acuerdo a la información suministrada tanto por la Dirección de Centros de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la provincia como por el Área de coordinación departamental Guaymallén, la mayoría de los distritos cuentan con al menos un centro de atención para la salud. Si nos basamos en dicha información, sumado a lo consultado en el listado disponible en la página oficial del ministerio<sup>70</sup>, solo 6 distritos no cuentan con efectores de salud. Pero dentro de esos 6 distritos se incluye a “El Sauce”, lugar donde se ubica el Centro de Salud N° 174 Ramón Carrillo.

Dicho esto, si nos guiamos por la información otorgada directamente en las áreas de gobierno del ministerio de salud provincial y departamental, deberíamos considerar que el distrito El Sauce no cuenta con ningún centro de salud; sin embargo sabemos de su existencia y funcionamiento como efector que atiende a la población de dicho distrito, más allá de la dependencia del psiquiátrico. En consecuencia si interpelamos al personal que suministró la información y le consultamos específicamente por ese centro asistencial afirman conocerlo pero no tenerlo en cuenta porque no depende del área de gobierno en cuestión.

---

<sup>70</sup> [www.salud.mendoza.gov.ar/](http://www.salud.mendoza.gov.ar/) [https://www.infosalud.mendoza.gov.ar/system/link\\_contents.php?!D=acg](https://www.infosalud.mendoza.gov.ar/system/link_contents.php?!D=acg)

En igual sentido esto se evidencia tanto en las planillas otorgadas por las direcciones como en el siguiente mapa<sup>71</sup>, que presenta la ubicación geográfica de los centros de salud del departamento, donde nuevamente no se registra la existencia de un centro de atención primaria en el distrito El Sauce. Consideramos que esta invisibilización no es casual, ya que su inexistencia en “los papeles” niega el trabajo real de ese centro asistencial, más allá de la dependencia del histórico hospital El Sauce. Dicha situación (que será retomada posteriormente) nos moviliza a pensar la competencia o importancia otorgada a los centros de salud en relación a los hospitales como espacios de trabajo.

### Mapa N° 2: Distribución espacial de los centros de atención primaria ubicados en el departamento Guaymallén



Fuente: Página de la Municipalidad de Guaymallén

<sup>71</sup> Disponible en [https://www.infosalud.mendoza.gov.ar/system/link\\_contents.php?ID=a31](https://www.infosalud.mendoza.gov.ar/system/link_contents.php?ID=a31)

### **2.2.2 El Sauce: el lugar de los locos**

En este distrito se ubica el Hospital que lleva el mismo nombre y en su interior el Centro de Salud N° 174 Ramón Carrillo.

El Sauce a diferencia de la mayoría de los espacios de la provincia áridos y secos, se distingue por la predominancia del color verde que adquiere su gran follaje y vegetación. Estas características dieron su nombre, en la época colonial era llamado El Saucecito. Podemos decir que es un lugar bello por sus dotes naturales. Sin embargo como expresamos anteriormente este distrito se ubica “del otro lado de la frontera” de esa línea divisoria entre lo cercano a la ciudad y lo rural, y carga con un estigma histórico.

“Yo pude ver que ese distrito era un distrito bastante abandonado por el municipio. Todos los distritos del norte de Guaymallén como son poco poblados, pocos servicios de salud, de educación, etcétera. No tenían gas, no tenían agua, habían muchos asentamientos, en fin” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

Si bien mencionamos que en todo el departamento corrían afluentes del Río Mendoza, en esta localidad se profundizaba tal situación por tratarse de una zona baja donde se concentraban los desagües pluviales. Debido a esto se originaron cuerpos lacustres y terrenos anegadizos (Abraham en Torres, 2005). En el Siglo XVII esos afluentes se retiraron hacia el este y comenzó el uso de los terrenos para agricultura y engorde de ganado. En esa época el lugar era conocido como “la ciénaga”, lugar pantanoso, con abundancia de mosquitos e indeseable para habitar (Abraham en Torres, 2005).

“(…) esa zona era conocida porque era el destino de lo malsano, el lugar a donde nadie quería ir a vivir (...) Entonces ¿qué vemos? que se constituyó en el destino de los negros y de los prostíbulos que en el siglo XVII y XVIII habían en Mendoza... todo lo malo iba a parar allí... esta idea de lo malsano es muy clara. Después, en el siglo XIX llegan los mayorquies... y van a parar allí, pero ya empiezan a presionar al

gobierno provincial de que haga mejoras en el lugar, básicamente relacionadas con obras de salubridad. (Abraham en Torres, 2005<sup>72</sup>) Ese bello lugar en términos visuales se enfrenta con una estigmatización histórica, que se consagró con la construcción del Hospital psiquiátrico que lleva su nombre. En este sentido la sociedad relaciona directamente el distrito al loquero.

Según el Censo del año 2001 habitan en El Sauce 8580 personas, y en el año 2010, 9690<sup>73</sup>. En relación a la población del distrito, podemos encontrar también una continuidad con esta carga histórica ya que a medida que avanzó la urbanización, la población rural se mezcló con la población sobrante “pobres” que se trasladaban a vivir a las márgenes de las urbes.

“(…) si bien era una población como rural porque viste que había fincas y que se yo, pero tenía la problemática urbana, tenía lo mismo, el alcoholismo, algunas adicciones, me entiendes. O sea lo mismo se había trasladado, lo de la ciudad a ese lugar” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

“(…) era una población urbano-rural-marginal porque El Sauce era todo eso...haber yo venía de una población rural paso a una población que tiene los tres tipos de poblaciones que son urbano-rural y marginal porque vos tenías la parte de campo de las fincas, que se comportaban como lo de la gallina, te venían a pagar con los zapallos, con las berenjenas y bueno y después vos tenías la urbana que era de los barrios la clase media y la marginal como los hornos, bueno la villa con todo el problema de la marginalidad que tenían ellos” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

## **2.3 Anclaje socio-histórico**

### **2.3.1 Genealogía Hospital El Sauce**

Luego de ubicar el espacio social del hospital y el centro de salud es importante que avancemos en su génesis histórica, esto nos dará pie para pensar cómo se

---

<sup>72</sup> Trabajo de campo realizado por Torres (2005), fragmento de entrevista a Elena María Abraham, investigadora de CONICET que se hallaba abocada al estudio de la zona, desde la perspectiva de la Historia Ambiental.

<sup>73</sup> La D.E.I.E aún no cuenta con los datos del Censo Nacional 2010 por distrito, por lo que se apeló a una estimación.

articulan los modelos de salud que vimos en el primer capítulo, en nuestro caso concreto.

El Hospital El Sauce es un hospital monovalente de referencia, que al igual que el Hospital Carlos Pereyra, centra su atención en enfermos mentales. A pesar de que ambos trabajan sobre la misma población, a lo largo de la historia se distanciaron de acuerdo a las finalidades asignadas a cada uno de ellos.

Hasta mediados del Siglo XX la provincia de Mendoza no contó con un hospital de asistencia psiquiátrica (Torres, 2005). Las instituciones que fueron antecedentes de éstas en siglos anteriores, se focalizaban en los sujetos que la sociedad naciente consideraba desviados: enfermos infecto-contagiosos, aquellos que padecían enfermedades venéreas o los llamados alienados. Así fue que a fines del Siglo XVIII el primer hospital de la provincia “Hospital San Antonio<sup>74</sup>”, según los relatos Dr. Emilio Coni<sup>75</sup>, tuvo una función asilar y de aislamiento de lo que en esa época se denominaba como *alienado*<sup>76</sup>

“El Hospital San Antonio...con toda evidencia fue destinado desde su construcción a casa de detención y corrección, asilo de alienados, imbeciles, cretinos, epilépticos, etc... Hoy mismo no se ha cambiado su destino” (Coni, 1897 en Cano Rossini: 1988: 212 en Torres, 2005)

Es importante analizar la estigmatización del enfermo desde todas las apelaciones en las cuales los ubica el dispositivo higienista de la época. De esas formas de referencias detectamos tanto claseamientos (lugares sociales que se refuerzan y reproducen desde el discurso médico) hasta los lugares en

---

<sup>74</sup> El hospital tenía un pabellón para españoles y otro para mestizos (Cassone, 2005), otra característica que evidencia el auge del positivismo detectando como indeseado en este caso a lo que devenía de lo indio.

<sup>75</sup> Medico Higienista contratado por la provincia en 1895 para elaborar un plan estratégico de salud. Ocupó el cargo de Director de Salubridad.

<sup>76</sup> La alienación generalmente es un concepto que en ciencias sociales remite a Marx y a su concepción sobre el extrañamiento que produce la forma mercancía como dominante de ser social, las que por ejemplo según Marcuse (1972) podría considerarse cinco tipos de alienación. Sin embargo el modelo aquí tomado lo fundamenta en referencia a Morel (1857) en su “Tratado de degeneración de la especie humana” donde sostiene que la alienación es el estado avanzado de la degeneración humana: “Que son los asilos de alienados sino la concentración de las principales degeneraciones de la especie humana? A partir del momento que un enfermo es colocado en ese lugar con un certificado de maniaco, de lipemaniaco, de epiléptico, de demente con parálisis, de idiota o de imbecil, encontramos en la mayor parte de los casos, sino en todos, el producto de una de las causas de degeneración que aquí nos ocupan (Morel en Caponi, 2009, pp. 439).

que la enfermedad por improductiva para el capital despoja a los cuerpos de la potestad de intelecto (imbécil, cretino)

“(...) el cuadro del hospital actual me ha traído a la mente el recuerdo de las leproserías de la edad media. El dolor no debe ser aliviado de esa forma y la higiene y la civilización protestan con toda su energía” (...) “No debe olvidarse que el auxilio que el desgraciado viene a implorar a las puertas del hospital, no es un favor que se le acuerda. La civilización moderna lo ha transformado en un derecho y es deber de los poderes públicos construir un hospital, organizado según los preceptos de la higiene moderna” (Coni, 1897 en Thomas, 2012: 6)

Así la idea del higienista es poner orden no cambiar sustancialmente ese lugar social ni a los sujetos allí depositados sino limpiar y volver el enclaustramiento un 'derecho'. Nuevamente notamos con total claridad la hegemonía del positivismo materializado en el higienismo, sirviéndonos del aporte de Parsons podríamos decir a fin de controlar los desvíos y adaptarlos a la normalidad (definida por quienes detentan el poder).

Un siglo después de la fundación del Hospital San Antonio, fue el turno de los Lazaretos, destinados a enfermos infecto-contagiosos. En la provincia existían 5: Lazareto de Coléricos, Lazareto El Plumerillo, Lazareto Las Heras, Lazareto de Variolosos, Lazareto de calle Ituzaingó o casa de aislamiento (en 1924 el mismo se denominó Hospital Lagomaggiore y en 1952 pasó a ser un hospital psiquiátrico, el actual Hospital Carlos Pereyra).

Las dos marginalizaciones más fuertes de los enfermos son la corrupción del cuerpo (leprosos) y la corrupción de la mente (los alienados). Recordamos a Foucault en el sentido que las disciplinas científicas centradas en lo biológico son las que definen lo “anormal” “patológico” de acuerdo a la lógica productivista imperante, así cobra sentido que lo anormal sea lo improductivo. En principio los sujetos con enfermedades infecto contagiosas, luego los llamados alienados que englobaban a una multiplicidad de agentes en los que según lo descrito en el apartado anterior podían incluir a indios, mestizos, inmigrantes, obreros y prostitutas; y posteriormente el enfermo psiquiátrico

propiamente dicho de la mano del ascenso de la especialidad médica “psiquiatría” como la “dueña de la locura”.

Los cuerpos biológicos improductivos son los que devienen en “anormales”: alienados, enfermos infecto-contagiosos, locos que mediante el higienismo eran “normalizados” en un lugar de encierro “hospitales-lazaretos-psiquiátricos”. Así puede observarse lo que Foucault llama como biopolítica, el cuerpo como espacio y lugar de sometimiento y la medicina como la estrategia fundamental de la biopolítica.

Los orígenes del Hospital El Sauce se remontan a la gestión del primer Ministro de Salud de la Nación, Dr. Ramón Carrillo y su paradigma de la Ciudad-Hospital, integrado al modelo de estatalización positivista que mencionamos en el capítulo I. Referimos al sostenimiento de este paradigma, cuando aun reconociendo derechos, los mismos eran diferenciales según la inserción al mercado de trabajo. Más aún se puede notar en el interés por el aumento de la producción traducido en la concepción de la salud como un medio y no como un fin, y en este sentido la medicina como la encargada de “mejorar el caudal biológico de la nación”.

“La salud no es totalmente nuestra, pertenece a la familia que formamos y al Estado que nos cuida hasta que llegamos a ser una unidad productiva” (Carrillo en Veronelli y Veronelli, 2004: 490 en Campana, 2012)

“La salud pública es una buena inversión, a la larga resulta un gran negocio para la economía” (Carrillo en Veronelli y Veronelli, 2004:502 en Campana, 2012)

Como bien expresó Foucault a mediados del siglo XX la salud se transformó en objeto de preocupación de los Estados alzándose como un nuevo derecho y mostrando el valor económico-político de la vida.

Para Carrillo

“Una Ciudad Hospital integral consta de los siguientes sectores: Hospital policlínico, Hospital de alienados, Hospital de Tuberculosis, Institutos especializados, Centro Administrativo (depósitos, oficinas, talleres, garaje, usina, tanque de agua potable), Centro Cívico (viviendas, hogar-escuela de nurses, escuela, capilla, residencia de solteros, etc.” (Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958 Dr. Ramón Carrillo)

En noviembre de 1951 se puso en funcionamiento el “Hospital Neuro-psiquiátrico de Guaymallén” como parte del proyecto “Ciudad Hospital”. Su inauguración se pospuso al año siguiente debido al estado de salud de Eva Duarte de Perón, quedando inaugurado oficialmente el 5 de febrero de 1952.

El 6 de febrero de ese año, el diario Los Andes publicó:

“La Ciudad Hospital. Con la habilitación del hospital neuro-psiquiátrico se ha dado comienzo a la ejecución del plan de formación de la Ciudad-Hospital de Mendoza, magna obra incluida en el programa estructurado por el Ministerio de Salud Pública de la Nación. En el hospital habilitado se atiende ya a 14 pupilos, todos varones, y en breve, una vez que se termine la construcción del cerco que dividirá los pabellones respectivos podrá darse ingreso a mujeres afectadas por enfermedades mentales<sup>77</sup>. Tal como señalamos en la descripción hecha en nuestra edición de ayer sobre las instalaciones de este hospital modelo, se cuenta con pabellones y dependencias que permiten la atención de 100 enfermos de uno y otro sexo [...] La Ciudad Hospital se destinará para los enfermos de largo tratamiento (alienados, tuberculosos, cancerosos) y el plan de construcciones se irá cumpliendo en diversas etapas en el periodo de 1952 a 1958 (Diario Los Andes 1952 citado por Egea,C;Flores,M; Motuca, M; Velez, I; 2011)

En nuestra provincia el proyecto se proponía alojar a enfermos de largo tratamiento, mediante la construcción paulatina de los diversos espacios. De ese propósito solo se logró concretar la primera etapa destinada a los pacientes psiquiátricos debido a la interrupción del proceso, por lo que la institución se centró de allí en adelante solamente en los enfermos mentales (Torres, 2005; Barandica, s.f; Egea, Flores, Motuca, Vélez, 2011)

---

<sup>77</sup>El ingreso de mujeres se permitió, luego de la construcción de un pabellón exclusivo, por iniciativa del Dr. Julio Herrera y la Asociación Cuyana de Lucha contra las Enfermedades Mentales (ACLEM) (Egea, Flores, Motuca, Velez, 2011)

El Hospital se construyó en un predio de 92 hectáreas, bajo la modalidad de colonia agrícola ganadera. Haciendo uso del terreno, el mismo se autoabastecía a través de la producción de cultivos y la posesión de animales de granja (Torres, 2005). En principio contaba con tres edificios, uno dividido en dos servicios de internación, otro administrativo y el tercero era la vivienda del director (lugar donde posteriormente se construiría el servicio comunitario que analizaremos).

Esta primera etapa según lo narrado por el Dr. Roberto Ángel Guembe<sup>78</sup>, puede denominarse como neurológica, por la modalidad de atención y por el perfil de su primer director neurocirujano (Guembe, s.f.). El hospital contaba con una sala de cirugía y se hacían tratamientos quirúrgicos, prácticas de psicocirugía como lobotomía (Torres, 2005; Guembe, s.f.). Además en la provincia se realizaban paralelamente las primeras capacitaciones de cirugía<sup>79</sup> y llegaban los primeros neurocirujanos (Cassone, 2005).

La década del 60, fue significativa para el Neuropsiquiátrico por varios motivos. En principio se instituyeron las residencias de psiquiatría e ingresaron por primera vez a la provincia los psicofármacos; posteriormente en 1967 durante el gobierno de Onganía, el hospital se transfirió a la jurisdicción provincial mediante las reformas de descentralización. Si recordamos lo detallado en el capítulo anterior, el modelo de organización vigente era el desarrollismo, en este sentido podemos decir que las descentralizaciones eran recomendadas por los organismos internacionales como una de las estrategias para lograr la anhelada modernización.

Asimismo en el contexto nacional y durante la misma gestión militar, acontecieron hechos importantes: luego de la creación del Instituto Nacional de Salud Mental se elaboró el primer Plan de Salud Mental de la Nación y se sancionó la ley 17.132 de “Ejercicio de la medicina, odontología y actividades

---

<sup>78</sup> Director del Hospital en dos gestiones, 1987-1990 y 1994-1996. Documento elaborado por el propio Dr. Guembe, fallecido en el año 2012. Otorgado por su hija.

<sup>79</sup> En 1952 se fundó la Sociedad de Cirugía de Mendoza (Cassone, 2005)

auxiliares” que expresamente buscó delimitar y garantizar la hegemonía médica en un momento donde la psicología y otras disciplinas ingresaban al área, definiendo a éstas como auxiliares de la medicina y marcando su implementación bajo la tutela médica.

Pero lo paradigmático de esta etapa devino de la incorporación de la modalidad “comunidad terapéutica” en las Instituciones psiquiátricas. En sintonía con los planteos que se realizaban a nivel mundial en torno a la desmanicomialización<sup>80</sup>, se trató de la primera ola de propuestas que proponían trabajar de otra manera, modificando las relaciones de poder inherentes a un psiquiátrico y a la relación asimétrica médico-paciente; haciéndose vigente un cambio en la forma de concepción, gestión y atención de las enfermedades mentales.

Maxwell Jones, considerado el fundador de las comunidades terapéuticas (en Carballo, Buyatti, Carballo, 2010) enunció que “la comunidad terapéutica se acompaña de la descentralización de grandes hospitales”. Esto coincide con lo acontecido en nuestro país, descentralización y lanzamiento de tal propuesta en el mismo momento histórico, de la mano de un gobierno dictatorial. Lo que en principio parece paradójico por tratarse de iniciativas de un gobierno militar resulta coherente en la medida que se disfraza y enmascara la descentralización.

Tal como lo expresan algunos investigadores las transformaciones en los procesos de organización del trabajo se inician en la dictadura de Onganía, en este sentido consideramos que las medidas implementadas en el campo de la salud constituyen un elemento más para avalar tales hipótesis

“Los objetivos principales del gobierno de Onganía eran la “reorganización del Estado” y la “implantación del orden” en la sociedad (O’Donnell, 1982:108). El primer objetivo implicaba disminuir el personal estatal y racionalizar la administración y las empresas públicas. Por eso

---

<sup>80</sup> En este periodo se publicó la obra de Goffman (2001) “ Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”

uno de los frentes de lucha que enfrentó el gobierno fue el de los sindicatos estatales. (O' Donnel, 1982)

Las comunidades terapéuticas se plantearon como proyectos pilotos en algunas provincias del país, siendo Mendoza una de ellas. El hospital El Sauce inició su experiencia paulatinamente; a partir de 1964 se incorporó el trabajo interdisciplinario, se dio mayor impulso a las terapias ocupacionales (en este periodo se construyó el pabellón dedicado a tal efecto) y se trabajó mediante asambleas diarias, de las que participaban pacientes, médicos, enfermeros, un coordinador y un registrador de cada encuentro. Las asambleas tuvieron un gran valor simbólico en el hospital, se trataba de la instancia terapéutica clave, ya que en las mismas todos participaban de igual a igual. También se incursionó en la musicoterapia y se retomó el trabajo de los internos en la producción de huerta con acompañamiento de técnicos del INTA (Torres, 2005).

Es importante destacar que el desarrollo de la comunidad terapéutica determinó cambios en la gestión del hospital, según lo expuesto por Carballo, Buyatti y Carballo (2010), se dio un giro hacia formas más “democráticas” u horizontales”. Se organizaron sistemas de departamentalización: atención médica, diagnóstico y tratamiento, servicios técnicos y auxiliares, administrativo, docencia e investigación. Todos los departamentos eran coordinados por el consejo asesor *técnico administrativo* de la dirección, conformado por los jefes de cada departamento. Lo novedoso devino de la conformación del servicio de *estadística*.

Encontramos sentido en la creación de un servicio de estadística, dada la importancia otorgada en esa década a la estadística como el método válido de cuantificación de la realidad, y como la tecnología de gobierno promocionada por los gobiernos desarrollistas<sup>81</sup>. Podemos aplicar esta misma lectura a la denominación de los departamentos en la organización de la gestión del hospital ya que los rótulos dejan ver el tinte desarrollista ligado a lo técnico y a

---

<sup>81</sup> Ver Capítulo 1, apartado “Ciencias Sociales y Salud encuentro infeliz entre sociología y medicina

la administración empresarial como así también y en sintonía con la tesis de los historiadores, los iniciales cambios en la organización del trabajo<sup>82</sup>.

La propuesta de comunidad terapéutica se formalizó en 1970, y tuvo una duración acotada “dejando de funcionar en 1973” (Torres, 2005; Carballo, Buyatti, Carballo, 2010). Sin embargo sus prácticas trascendieron y continuaron hasta el inicio de la dictadura militar en 1976.

El gobierno dictatorial eliminó toda práctica construida en torno a la desmanicomialización, borrando hasta el menor rastro de dicha propuesta. El hospital quedó sin agentes terapéuticos<sup>83</sup>, incluso muchos médicos exiliados o presos.

El disciplinamiento social y laboral que instauró la última dictadura militar operó eficazmente en un sentido político: los temores centralmente se enfocaban en la participación de los trabajadores, la sindicalización, la legitimidad en plantear recursos y demandas.

“... en el 80 había mucho miedo, pero había gente muy interesante... en el servicio de mujeres se volvieron a hacer asambleas en el 80... con muchísimo miedo de las enfermeras porque habían sido muy castigadas por participar de las asambleas... ellas habían hecho antes del proceso asambleas... las que habían participado de asambleas fueron castigadas, sancionadas... con suspensiones, amenazas, se sentían perseguidas en sus casas, les revisaban los bolsos antes de salir... les revisaban los gabinetes... muy avasalladas desde lo personal... y enfermeros expulsados... a las asambleas las enfermeras iban con pánico...” (Torres, 2005)

En la década del 70 se amplió el número de camas, los servicios de internación y aumentó significativamente la cantidad de internos. El proceso se conoció con el nombre de “campaña de las 120 camas” (Torres, 2005). Llevado a cabo durante la dictadura, el aumento de internos fue una clara demostración de la gestión del control social en las instituciones psiquiátricas.

---

<sup>82</sup> Ver Anexo, Organigrama del hospital que si bien muestra los rasgos de las transformaciones implementadas durante el neoliberalismo a través de las “gerencias” muestra la continuidad de los departamentos.

<sup>83</sup> Profesionales dedicados a la terapia ocupacional, artística, de producción de huerta.

Cada vez más lejos de la desmanicomialización, a inicios de 1980 por orden del Ministerio de Gobierno, se determinó que los pacientes judiciales debían internarse en este hospital (Guembe, s.f.; Torres, 2005). Los mismos anteriormente se hospitalizaban en el Hospital Carlos Pereyra. Mediante ese lineamiento se instituyó que “El Sauce” fuera el encargado de custodiar a tal población.

Un año más tarde el Departamento de Salud Mental de Mendoza a cargo de los doctores Constanzo y Fischer elaboró el Plan de Salud Mental en el cual se definía al Hospital Carlos Pereyra como hospital de agudos con intervención en crisis y periodos de corta internación y el Hospital El Sauce “por su distancia de la ciudad” como centro asistencial de pacientes crónicos judiciales (Barandica, s.f.).

Con el retorno de la democracia, y motivado por la remodelación del Hospital Carlos Pereyra se trasladaron, en principio “provisionalmente” (pero resultó luego permanente), los pacientes crónicos y judicializados del Hospital Pereyra al Hospital El Sauce, en camiones del ejército.

Así se materializó una división de tareas entre los hospitales monovalentes de la provincia, asumiendo El Sauce por su ubicación en las márgenes la función de encierro y clausura de la cuestión social. Este hecho marcó y determinó significativamente al Nosocomio de Guaymallén en principio por el combo asignado (Torres, 2005) pero también por su diferenciación con su par regional. Si bien la ubicación del mismo en el ámbito rural era indispensable para el proyecto de ciudad-hospital de Ramón Carrillo, esa condición de distancia de la ciudad, alejado de la “civilización”, fue la excusa perfecta para consagrarlo como Hospital de enfermos crónicos y judiciales de larga internación. En este sentido es válido recordar la vigencia del positivismo criminológico y el dispositivo higienista en el retorno de la democracia, a fines del Siglo XX. De acuerdo a las construcciones sociales de sanos y enfermos, normales o patológicos; el loco-anormal-enfermo y en este caso crónico, era inutilizable como fuerza de trabajo, aquel judicializado atentaba contra el orden social y

devenía en un enfermo peligroso, por lo que se debía aislar y recluir del conjunto social. El aislamiento se materializó no solo en una institución de encierro como bien podía ser el Hospital Carlos Pereyra, sino exclusivamente en aquellas que se encontraran alejadas de las urbes, en este caso el Hospital El Sauce.

Según la cronología explicitada, la historia de tal Institución estuvo signada por tratarse básicamente de un lugar de encierro ubicado en una zona periférica, a la que se le asignó lo indeseable para la sociedad de principios de siglo y posteriormente para la sociedad contemporánea a fines del mismo.

El retorno de la democracia mostró entonces una continuidad en el rol asumido por este hospital.

Si bien se reactivaron las diversas escuelas psicoterapéuticas censuradas en dictadura: psicoanálisis, corriente antropológico-existencial, corriente sistémica, logoterapia (Torres, 2005), según la fuente elaborada por el propio Dr. Guembe:

“La rehabilitación, en parte por las mismas razones de escasez del personal terapéutico, estaba estáticamente localizada en un servicio (Servicio de Rehabilitación), que atiende a unos pocos pacientes derivados de los servicios de internación, que son precisamente los más movilizados e inactivos en los servicios y es inoperante en su función de darle mayor autonomía al paciente” (Guembe, s.f.).

Las palabras del Dr. Guembe atribuyen la centralización del servicio de rehabilitación al escaso personal y a su función “inoperante”, sin embargo hasta la actualidad las actividades terapéuticas se limitan a un pabellón y no todos los pacientes acceden a tal servicio, en este sentido una de las entrevistadas relata cómo funcionaba en la década del 90`.

“Después estuve en terapia ocupacional que también es lindo la actividad que hacen viste, pero bueno seleccionaban los pacientes, había una terapeuta ocupacional que hacía una entrevista, tenía que ser derivado por el médico y un poco seleccionaban al paciente que iba a estar en terapia, *no era para todos, no era general*, entonces bueno. Ahí también como yo decía, era muy selectivo viste, porque todos los pacientes algo pueden hacer, en algo se pueden entretener porque si no

te imaginas que es una abulia total para el mismo paciente” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

En este punto nos preguntamos si con la crisis del modo de producción emergieron teorías que anunciaban el fin de la sociedad salarial (Gorz, 1998) en un contexto de creciente desocupación y generalización del trabajo precario, qué salida cabría para los “anormales” si para los “normales” no existía lugar en la sociedad salarial. Referimos a las terapias ocupacionales como forma de reinserción social, en una sociedad salarial en crisis.

Cuando nos centramos en la década de 1990 observamos que el Hospital El Sauce no fue ajeno a la implementación de la gubernamentalidad neoliberal. Por segunda vez en la historia de la institución se concretaron acciones de descronificación, pero signadas principalmente por la variable económica, ya que en momentos de recortes presupuestarios disminuir el número de internaciones resultaba más “barato”.

El mismo Dr. Guembe director en dos gestiones distintas durante la década del 90 explicitaba

“se inicia la etapa de des-hospitalización con disminución progresiva y marcada del número de internados, se profundiza la integración ideológica y se da más importancia a los *aspectos administrativos*, producto esto último de las modificaciones que en el manejo presupuestario se manifiesta en el gobierno provincial” (Guembe, s.f.).

En nuestro trabajo de campo también sale a la luz, la notoriedad de tal situación

“(…) había una gestión muy alineada en esa posición con un discurso de la racionalización de los recursos, achicamiento del gasto público....que era impresionante (...) la lógica en ese momento era que el Hospital estaba administrado por el Director y el Contador ¿no? Y bueno por fuera de eso estaba el Comité de Bioética, el Comité de Docencia e Investigación pero la administración, las cabezas pensantes en todo caso, eran el Director y el Contador, te diría que casi en igualdad de jerarquía” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

“(…) en esa época estaba de director el Dr. Guembe, y luego estuvo el Dr. Vera que respondían a esta administración que yo te cuento bien de... una lógica económica muy fuerte” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

En Noviembre de 1998 se creó el primer “Hogar de Externación de Pacientes Crónicos” claramente por la búsqueda de abaratamiento de costos

“(…) porque si se pudo llevar a cabo esto de los hogares en donde realmente, por ahí había una mirada de los que no estaban de acuerdo diciendo que el hospital estaba despilfarrando y demás, pero en el análisis de costos que habían hecho, una oportunidad el contador me lo explicó, en realidad se ahorraba muchísimo dinero con los hogares” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Como se detalla en el siguiente apartado no solo se apeló al recorte del gasto público sino también al paso de un modelo de financiamiento de la oferta a otro de financiamiento de la demanda.

En nuestra provincia, previo a la nación, se habilitó a los hospitales al cobro de aranceles por los servicios de salud prestados a los sujetos con obras sociales. Esta normativa tomó forma diferenciada en los dos hospitales monovalentes de enfermos mentales, según el relato de un ex director del hospital

“(…) la Ley 5578 del 92 se planteó esta situación de que además de los crónicos y judiciales acá iban a venir *los pobres*, y la gente con capacidad de pago y cobertura social iban a ir al Pereyra. En el Pereyra se comprometieron a limitar la internación de pacientes con Obras Sociales a un máximo del 40% de las camas, pero en poco tiempo llegaron al 80%, en conclusión todos los pacientes pobres tenían que venir acá; hoy de todos los pacientes sin cobertura internados en la provincia más del 60% están acá en el Sauce... en realidad es más debe llegar al 80%, el resto están repartidos en el Pereyra y en el Shestakov; acá tenemos sin cobertura de seguridad social a más de 160 pacientes.” (Torres, 2005)

Sin embargo, más allá de la distancia acentuada con el otro hospital de salud mental, El Sauce posee un pabellón para la población con obras sociales, creado durante esa misma etapa

“... el C, el servicio bip del hospital y eso fue cuando estaba el directorio, la misma época, claro, le dijeron a la médica vaya doctora y compre los muebles a su gusto, amoblaron, pusieron cortinas, que se yo que porque era el servicio para los mutualizados” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Entonces claro había como una cosa de bueno este paciente no tiene obra social entonces (ruido con los dedos) “Hay que apurar”. Este paciente tiene obra social, entonces está en un servicio diferente, está mejor atendido, está más protegido. Como una cosa de asignación de derechos diferenciales de acuerdo a la posición social” (Entrevista miembro del equipo de salud)

De acuerdo a la reconstrucción de la historia de la institución el Hospital El Sauce desde sus orígenes hasta la actualidad fue el lugar asignado para la clausura y encierro de la cuestión social. Así se fue anexando cronicidad-peligrosidad-pobreza y posteriormente como para consagrar su rol de contenedor de lo indeseado, recibió a los penitenciarios

“Entonces por eso te digo en lugar de estar cada vez mas de puertas abiertas, mas rotas las cadenas, cada día están más encerrados, cada día están más enclaustrados” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Así la lógica positivista se encuentra más vigente que nunca, aún más que en sus inicios, a pesar de los cambios de modelos de salud o regímenes sociales de acumulación comprobamos una continuidad; en nuestro caso “el hospital” como un sostenido lugar de depósito de sujetos improductivos (alienados, enfermos, peligrosos, pobres)

El trasfondo del positivismo higienista no fue ni es no atacar la raíz causante del problema sino por el contrario identificar para aislar, recluir, encerrar. Detrás de todas las etiquetas impuestas a los “anormales” se encuentra la pobreza, la cuestión social negada y enmascarada por la ciencia biológica.

Como materialización de esto notamos que los trabajadores detectan con mayor énfasis los recambios de la población interna que los propios cambios organizacionales de su trabajo.

“cuando yo empecé en el 86, nuestros pacientes tenían las patologías típicas esquizofrenia, depresión y a lo mejor cada diez o veinte pacientes con estas patologías tradicionales ingresaba un adicto o un alcohólico, y ahí decías ¡uh mirá! Cuando entraba un adicto era como ay entró un adicto ¡era el caso! En estos momentos todo eso es totalmente diametralmente opuesto, ahora, de diez pacientes entran nueve adictos y una patología tradicional psiquiátrica” (Entrevista miembro del equipo de salud)

De acuerdo a los cambios que se producen en la sociedad, los especialistas biológicos modifican las etiquetas como patologías medicalizables pero el trasfondo social siempre se mantiene oculto.

Para reforzar esta hipótesis podemos mencionar la experiencia vivida a través del grupo de investigación al que pertenecemos<sup>84</sup>. Se trató de una reunión con el personal del Hospital Carlos Pereyra que expuso su frustración ante el fracaso de las disciplinas y sus métodos en relación a la población que actualmente ingresa a los psiquiátricos. Los profesionales encuentran que las patologías no encajan con la realidad de los sujetos y en este sentido las formas de tratamiento tampoco.

“no es el típico paciente psiquiátrico (...) son jóvenes con problemas de consumo (...) jóvenes que podrían ser productivos” (Reunión con personal del hospital Carlos Pereyra)

“no estamos preparados (...) como institución nos quedamos paralizados (...) el espacio de la asistencia nos absorbe” (Reunión con personal del hospital Carlos Pereyra)

---

<sup>84</sup> “Condiciones de trabajo y su vinculación con la vida política-relacional de los trabajadores: hacia su redefinición conceptual/categorial a la luz de las transformaciones actuales”. Directora: Dra. Patricia Collado

Así el médico como agente medicalizador y especialista en “el cuerpo” enfrenta límites, sus métodos fracasan ante una nueva manifestación de lo social. La autonomía del nivel biológico tan defendida por la ciencia médica hoy necesita de otras respuestas. Además los propios trabajadores de la salud hacen mención al modelo de salud vigente hasta la actualidad de tipo “asistencialista” que reproduce históricamente y que hoy se muestra en crisis.

## **2.4 La Gran Transformación Neoliberal**

En este apartado pretendemos caracterizar la gubernamentalidad neoliberal y su materialización en las reformas de la salud pública del país y la provincia para conocer el marco social, histórico y político en el que se encuentra nuestro objeto de estudio que más allá de su dependencia del hospital constituye un centro de atención primaria de la salud que es parte de un sistema de salud regionalizado y descentralizado.

Como mencionamos en el apartado anterior, en la década del 70 el modo de producción capitalista afrontó una crisis estructural.

“Se trató del fin de una época de continuadas tasas altas de rentabilidad, como del acuerdo de posguerra entre capital y trabajo sobre el que se basaban las políticas keynesianas” (Ianni, 2011:123)

Los métodos taylorianos y fordianos evidenciaron sus grietas y su agotamiento como soporte de valorización<sup>85</sup>. De acuerdo a la tensión fundante del capitalismo (capital-trabajo), fueron los trabajadores quienes sufrieron los mecanismos de salida de la crisis. Una nueva metamorfosis del capital que apeló entre otras medidas a relocalizar las cadenas de producción para aprovechar las diferencias en la explotación del trabajo a escala global, impuso nuevos disciplinamientos en los espacios de trabajo para reducir costos y

---

<sup>85</sup> En la bibliografía argentina centrada en el campo de la salud este tipo de lecturas es inexistente o escasa, la crisis de 1970 se explica por fenómenos aislados como caída de los precios del petróleo.

aumentó la productividad mediante intensificación y flexibilización del trabajo, fragmentación y debilitamiento de las organizaciones obreras. Éstos fueron algunos de los cambios introducidos en el mundo del trabajo a nivel mundial que implicaron una transformación no solo de la relación capital-trabajo sino también de ambos con el Estado.

En el marco de la crisis global, y sus mecanismos de salida se dio inicio a la fase neoliberal, y en esta sintonía varió la posición de la región latinoamericana y de la Argentina. (Ianni, 2011)

Sin dudas, las estrategias políticas para salir de la crisis penetraron los dispositivos de gobierno de las poblaciones (Foucault, 2007), en cuyo marco los organismos internacionales jugaron un papel central.

El Neoliberalismo se propuso generalizar la forma económica del mercado en la totalidad del cuerpo social, de manera que todas las relaciones -aun las netamente sociales- puedan ser analizadas y abordadas en términos económicos. Las intervenciones estatales mediante el Estado de Bienestar, la política keynesiana o los seguros sociales de posguerra, a partir de la aparición de la teoría del capital humano constituyeron los puntos de ataque, y las relaciones sociales comenzaron a identificarse como inversión económica.

“El capital humano (...) es el sostén de la transformación en la que se basan las relaciones sociales (no comunitarias) en que se despliega la gubernamentalidad del neoliberalismo” (Collado, 2014: 98)

La forma económica permitió dominar la lógica gubernamental. De acuerdo al momento de desarrollo del capital se apeló a los gobiernos frugales<sup>86</sup> y, al nivel de las formaciones sociales, al “homo economicus” anteriormente considerado sujeto de derecho.

---

<sup>86</sup>Sobre el Estado frugal ver Foucault (2006 a,b)

“El capital humano (...) debe tornar a cada individuo una unidad empresaria al servicio de sus intereses particulares. Intereses que gestionará políticamente en el Estado frugal” (Collado, 2014:99)

Los sujetos en tanto humanos devenidos en capitales, fueron colocados como auto responsables de su subsistencia, los mismos debían “invertir” en educación y salud, para incrementar su “capital” y constituir una mercancía atractiva hacia aquellos que los emplearan (compraran)(Foucault, 2007 ).

Acordamos con Foucault en que

“los trazos biológicos de una población se convierten en elementos pertinentes para una gestión económica y es necesario organizar en torno a ellos un dispositivo que asegure su sometimiento y sobre todo el incremento constante de su utilidad” (Foucault, sf. 95-96<sup>87</sup>)

En las formaciones sociales latinoamericanas el neoliberalismo se materializó bajo los regímenes sociales de acumulación iniciados con las dictaduras militares a partir de 1976<sup>88</sup>. Argentina dio inicio a la fase neoliberal de la mano de éstos gobiernos, que garantizaron un disciplinamiento económico, político y social. El Estado se erigió como el garante de la implementación de medidas que favorecían el pleno desarrollo del capital financiero, cuya síntesis se puede enunciar como: apertura comercial, desregulación económica, disminución de salarios, represión masiva, intervención de organizaciones de defensa de los trabajadores; contracción del gasto público y reforma del estado. Fue en esta etapa que la Argentina generó la mayor deuda externa de su historia, la crisis mundial se transfería a américa del sur mediante el financiamiento, que ataría a nuestras economías a la dependencia del sistema financiero internacional (Fleury, 1997)

---

<sup>87</sup> El artículo recuperado a través de internet no posee fecha de publicación [http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Foucault\\_Michel-Saber\\_y\\_verdad.pdf](http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Foucault_Michel-Saber_y_verdad.pdf) Foucault, Michel “Saber y Verdad”, recuperado en el 16 de agosto de 2014

<sup>88</sup>No desconocemos que los impactos de tal metamorfosis comenzaron antes del golpe de Estado, pero consideramos que se desarrolló durante el proceso militar, continuando en democracia (en los años 80 y fuertemente en los 90'). Esta aclaración se debe a que acordamos con Juan Grigera (2011) en el riesgo de establecer periodizaciones estancas que no tengan en cuenta el desarrollo del sistema capitalista a nivel mundial.

El modelo neoliberal se consumó en nuestro país con el gobierno menemista en los años 90, durante el cual se continuó con el endeudamiento externo (anteriormente el régimen dictatorial había nacionalizado la deuda externa contraída por el sector privado), se concretó la “Reforma del Estado”<sup>89</sup>; basada en el acelerado e intenso proceso de privatización de las empresas estatales<sup>90</sup> y la implementación del régimen de convertibilidad. (Arceo y Basualdo, 2006). Los empresarios por su necesidad de bajar los costos del trabajo se servían de la apertura económica garantizada por el gobierno (Pierbattisti, 2008) Las reformas a las legislaciones laborales (Ley Nacional de Empleo) normatizaron la flexibilización y precarización del trabajo (Pierbattisti, 2008; Bonnet, 2008). Una de las modificaciones fundamentales que introdujo la Ley Nacional de Empleo fue desplazar al ámbito de los Convenios Colectivos de Trabajo la posibilidad de estipular nuevas modalidades contractuales, una descentralización de las negociaciones que posibilitaba la negociación sin intervención de los sindicatos.

“El objetivo de las reformas de la legislación laboral apuntaba a la individualización de las relaciones laborales mediante el juego combinado de una deslegalización o desregulación normativa del Derecho individual del trabajo y una acción legislativa limitadora de los derechos colectivos...” (Pierbattisti, 2008)

#### **2.4.1 Tecnologías de la gubernamentalidad neoliberal**

Fueron nuevamente protagonistas en esta coyuntura, organismos internacionales: Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo a través de los lineamientos impuestos mediante otorgamiento de créditos. (Laurell, 2011) Años anteriores, con la vigencia del desarrollismo se iniciaron reformas paulatinas y “maquilladas” que constituyeron la antesala de la batería de medidas neoliberales; impulsadas también por tales organismos, erigiéndose en agentes principales de la bio-política.

---

<sup>89</sup>Durante el primer año de gobierno se aprobaron la Ley 23.696 de Reforma del Estado y la Ley 23.697 de Emergencia Económica.

<sup>90</sup>Según el propio Banco Mundial “El programa de privatizaciones de la Argentina iniciado en 1989 fue único en su alcance, ya que incluyó a todas las empresas importantes y en su ritmo, puesto que fue realizado en lo esencial en cuatro años” (World Bank 1996 en Bonnet, 2008)

Si bien las mutaciones del capital se materializaban en los cambios de la organización del trabajo y el propio proceso de trabajo, por otra parte el dispositivo neoliberal se aplicó mediante los gobiernos “frugales” en las reformas de las políticas sociales vigentes hasta ese momento. Tales reformas apuntaron sobre todo al campo de la salud y la educación. Entonces trabajo, salud y educación eran los espacios privilegiados por las nuevas medidas para achicar el gasto y facilitar el avance de la “mercantilización”; así devenían en ámbitos vapuleados por las mismas.

El discurso que se tornaba hegemónico se servía de categorías propias de la administración de empresas que introducían valores mercantiles, tales como competencia, eficiencia, equidad, calidad, sustentabilidad.

Alejándonos de aquellas teorías que refieren a un “estado ausente” o “estado mínimo”, consideramos que durante el neoliberalismo el Estado fue protagonista inminente de la reconfiguración del capitalismo internacional al nivel de las naciones. Se trató de una metamorfosis del Estado hacia uno de tipo neoliberal. Acordamos con Bonnet en que tales apreciaciones se fundan en una concepción de oposición entre Estado y mercado. No concebimos las relaciones entre Estado y mercado como dicotómicas y opuestas, sino como formas diferenciadas de relaciones sociales mediadas por el antagonismo capital-trabajo. Nos servimos de las categorías elaboradas por Alberto Bonnet para decir que en la década de los 90 con la “hegemonía menemista” asistimos a una mercantilización con desestatalización de las relaciones sociales (Bonnet, 2008, 2011)

“Las propias políticas neoliberales pueden definirse en su conjunto como una intervención política de la burguesía en la lucha de clases que apunta “a una recomposición de la acumulación y la dominación capitalista a través de la imposición de la disciplina de mercado sobre la clase trabajadora mediante mecanismos monetarios-financieros” (Bonnet, 2008)

Podemos sintetizar algunas de las tecnologías implementadas por la gubernamentalidad neoliberal a través de los estados nacionales y sus gobiernos frugales:

*La descentralización* del subsistema público (como bien dijimos “maquillada” pero iniciada en la dictadura de Onganía) constituía una de las recetas explícitas para abaratar costos. Así se traspasaban funciones sin distribuir recursos. En los informes sobre Desarrollo Mundial del Banco Mundial se sugería:

“(…) reducir los subsidios a la educación, a la salud, dirigiendo los esfuerzos hacia los grupos más pobres y no orientándolos en general (….) descentralizar el Estado, tendiendo a desligar a éste de los gobiernos locales y de las empresas públicas” (BM, 1988 en Campana, 2012)

Unida a la descentralización se aplicó la *regionalización*, división de los territorios en áreas de intervención que delimitaban el trabajo descentralizado.

“La regionalización es un mecanismo de descentralización de la administración técnica y de servicios” (OPS, 2003)

Otra de las medidas paradigmáticas fue la *focalización*. Si bien como explicitamos anteriormente el Estado-nación históricamente se centró en los pobres o solamente en aquellos excluidos del circuito productivo, en esta coyuntura no solo que se hacía explícita la medida como forma de abaratamiento, sino que restringía exhaustivamente los aportes del estado.

“Para el neoliberalismo, una política social, debe dejar actuar la desigualdad, garantizando un mínimo vital a quienes, de modo definitivo, no puedan asegurar su propia existencia” (Campana, 2012)

Entonces la intervención del Estado no solo era sumamente focalizada sino que la asistencia era “mínima” y “esencial”.

Por otra parte se apelaba a la *participación* de los sujetos en la resolución de sus problemáticas y a su *autoresponsabilización*

Para los Organismos Internacionales

“La autorresponsabilidad permite a las personas desarrollar libremente su propio destino” (OPS, 2003)

#### **2.4.2 Organismos Internacionales y Atención Primaria de la Salud: la estrella de la retórica neoliberal en salud**

Como sabemos nuestro interés está centrado en un centro de salud o centro de atención primaria de la salud.

Si de acuerdo a la reconstrucción histórica de la organización de la salud en Argentina, nos interrogamos acerca de cuando aparecen en escena tales efectores, encontramos que la primera vez que se hace referencia a los mismos es durante la gestión de Ramón Carrillo para quien la base del sistema de salud pública (medicina asistencial, medicina sanitaria y medicina social) se hallaba en la noción de centro de salud. (Campana, 2012) para el sanitarista argentino el centro sanitario

“es el hospital ambulatorio que, incluso, puede ser a domicilio, es decir, enviar un médico al domicilio del vecino que se ha enfermado. Eso nos permite no atomizar la medicina, sino estar en cualquier aspecto de la población (...) buscando no solo la curación clínica en forma especial, sino la curación social” (Carrillo, 1974:360 en Campana, 2012)

Sin embargo esto no trascendió el plano discursivo ya que durante la gestión peronista se avanzó en la construcción de hospitales pero no así en centros de salud.

Estos centros de atención toman verdadero protagonismo luego del gran impacto provocado por las recetas de los organismos internacionales coronadas con la Declaración de Alma-Ata en 1978 que dio fuerte impulso a la

construcción de los llamados CAPS- Centros de Atención Primaria de la Salud con la impronta de la descentralización y regionalización.

Consideramos que la estrategia planteada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud forma parte de las tecnologías de gobierno neoliberal, que marcó un hito en organización de la salud a nivel mundial pero principalmente para las “en desarrollo”.

Atención Primaria de la Salud (APS) según lo detallado en la Declaración de la Conferencia Internacional celebrada en Alma Ata, U.R.S.S en septiembre de 1978, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), constituía la clave para alcanzar la meta que los pueblos del mundo se proponían para el año 2000 “Salud para todos”, “un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”. En éste documento se definía a la misma en el artículo VI como:

“la asistencia sanitaria *esencial* basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena *participación* y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de *autorresponsabilidad* y *autodeterminación*. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la *función central y el núcleo principal*, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (OMS, 1978, resaltado nuestro)

De manera manifiesta en el punto VII expresa:

“la atención primaria exige y fomenta en grado máximo la *autorresponsabilidad* y la *participación de la comunidad y del individuo* en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin

desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar” (OMS, 1978, resaltado nuestro)<sup>91</sup>

Inherente a la propuesta era el planteo de “niveles de atención de la salud”, que en su antecedente “Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de Atención Primaria y participación de la comunidad” (1977) establecía:

“el de menor complejidad, denominado primer nivel de atención, comprende las acciones más *elementales* del sistema y constituye el punto de contacto con la vía de acceso de esta al sistema institucional. Los otros niveles corresponden a servicios más especializados, de mayor complejidad, que funcionan en general sobre la base de la referencia de individuos” (...) (OPS, 1977, resaltado nuestro)

Luego del lanzamiento de la atención primaria, en la década del 80 los Organismos Internacionales centrados en la salud promovieron los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para los países considerados en desarrollo, como otra estrategia que colaboraría con el cumplimiento del objetivo “salud para todos en el año 2000”. Si bien hacían énfasis en que no se trataba de un lugar físico, material, establecían que debía concretarse en algo operativo para planificar y monitorear el desarrollo de la *capacidad gerencial* constituyendo un nuevo perfil de actuación en salud.

Y establecían lineamientos para el funcionamiento de los mismos

“Cuatro factores pueden asumirse como los determinantes y de mayor fuerza en la cohesión del sistema en el nivel local: la *autonomía* alcanzada por los organismos mediante la *descentralización*, el grado de coordinación institucional que se logre desarrollar, la amplitud de la *participación social* que se obtenga, y la capacidad de orientar los modelos de organización de gestión de recursos vigentes”

Apelamos a dichas citas para dar cuenta que en el discurso planteado por los organismos internacionales se puede identificar las tecnologías del dispositivo neoliberal anteriormente descriptas, en este caso aplicadas a la salud: la

---

<sup>91</sup> Luego de 25 años, en el Seminario Taller Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (2003) se redefinió: “El espíritu de **autorresponsabilidad** –individual, familiar, comunitario y nacional– es requisito indispensable de toda estrategia orientada al logro de la “salud para todos”. La autorresponsabilidad permite a las personas desarrollar libremente su propio destino. Tal noción es la esencia de la atención primaria de la salud”. (O.P.S., 2003)

descentralización y regionalización del sistema público de salud, la atención mínima y esencial, el propio gerenciamiento en la forma de organización del trabajo, y la interpelación a la participación de los sujetos devenidos en responsables de su salud. Como dijimos anteriormente, el sujeto se tornaba empresario de sí mismo, no solo debía responsabilizarse por ser excluido del mercado de trabajo y buscar los medios para subsistir, sino también debía volverse activo, participativo y garante de su salud. Asimismo de la mano de tal estrategia se impulsó el desarrollo de los sujetos proveedores de atención primaria, que en sintonía con las reformas del mundo del trabajo devino en trabajador multifuncional: fue el caso del médico de familia<sup>92</sup>.

La estrategia APS se tornó el eje principal de la política pública de salud en Argentina y en Mendoza a partir de 1979<sup>93</sup> y se sostuvo desde allí hasta la actualidad. Tanto gobiernos militares como gobiernos democráticos apelaron a dicha estrategia por lo menos a nivel retórico desde hace cuatro décadas.

Así los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) cobraron protagonismo como “trincheras de contención” de la población sobrante recientemente excluida del mercado de trabajo, clase media empobrecida, nuevos pobres, pobres estructurales, signados como los responsables de su propia salud.

Colocados como la “puerta de entrada” al sistema de salud los centros de salud vieron su demanda incrementada en la medida que la población sin cobertura creció abismal y abruptamente.

Algunos autores argentinos coincidieron en la crítica al auge de la APS; Mario Testa la denominó como atención primitiva de la salud y consideró que “la atención primaria se diseña como forma de disminuir el gasto social para la salud...” (Testa, 1997), por su parte Hugo Spinelli afirmó que se trata de una

---

<sup>92</sup> Tema que se abordará en el siguiente capítulo.

<sup>93</sup> En este capítulo detallamos que el primer objetivo establecido por el Plan de Salud publicado por la dictadura militar en 1979 fue la organización de un nivel de atención primaria (Campana, 2012)

medicina para pobres que “se oculta bajo la progresista denominación de Atención Primaria de la Salud” (Spinelli, 2010).

### **2.4.3 Las Mutaciones en salud: De la salud como un derecho a la conversión en bien de consumo**

Las reformas se alzaron en torno a la conversión del campo de la salud en un verdadero mercado, mediante la implementación de una racionalidad económica, que ponía en quiebre las anteriores concepciones de salud y de atención de la salud, y concebía a los sujetos “pacientes” como usuarios-clientes.

Tal como lo especifican distintos investigadores (Iriart, Merhy, Waitzkin, 2000; Campana, 2012; Yañez, David, 2000) se digitaba el pasaje de un modelo de financiamiento de la oferta a otro de financiamiento de la demanda, del principio de solidaridad a la rentabilidad empresarial. Se trataba de la construcción de un mercado, en el que los usuarios (paso de pacientes a clientes), activos y responsables de su salud, pagaran por la prestación de un servicio (paso de derecho a mercancía), ya sea mediante las obras sociales y pre-pagas o mediante la subvención recibida del Estado, previa demarcación de la pobreza. En este juego las instituciones estatales se convertían en unidades productivas que en la vorágine de crisis (descentralización de tareas sin financiamiento, falta de recursos e insumos, disminución de salarios, precarización laboral y desempleo estructural) debían cobrar por los servicios para lograr administraciones eficientes que otorgaran servicios de “calidad” y tuvieran una buena relación costo-beneficio (paso de la administración a la gestión). En palabras de Iriart et.al. (2000) en la “atención gerenciada”:

“La salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Esto produce un cambio de sentido fundamental, ya que la salud deja de ser un bien público para convertirse en un bien privado” (Iriart, Merhy, Waitzkin, 2000; Laurel, 1995)

Si bien la salud en Argentina ya se encontraba fragmentada y dividida, durante el neoliberalismo se consuma la segmentación: sector público, sector de seguridad social y con el ingreso de las empresas, sector de la medicina prepaga privada.

Este modelo claramente “claseaba” a la población: medicina privada para los sectores de altos ingresos; medicina prepaga y sindical para los sectores de trabajadores (segmentando a los tipos de trabajadores por nivel de ingresos al interior de este subconjunto) y finalmente una medicina descentralizada, desfinanciada de carácter público que se focalizaba en los pobres.

Las primeras reformas en el campo de la salud se implementaron con el traspaso de los Hospitales a la órbita de las provincias<sup>94</sup> ; continuaron de manera explícita en la dictadura de 1976 y se profundizaron durante la década de 1990

La *descentralización* de los hospitales iniciada en 1957, que apuntaba justamente a la *reducción del gasto* y a la transferencia a las gestiones locales para la resolución de la coyuntura, continuó bajo el régimen dictatorial de Onganía y Videla. Por otra parte el gasto en salud disminuyó aceleradamente y en el Plan de Salud publicado por la dictadura militar en 1979 se determinó como primer objetivo la organización de un *nivel de atención primaria* (Campana,2012).

Paralelamente se dio lugar al avance, expansión y consolidación del sistema de obras sociales a través de la generalización de la afiliación obligatoria a toda la población trabajadora, jubilada y pensionada (Ley 18610) desde el año 1970<sup>95</sup>. (Belmartino, 2005; Danani, s.f. ) En dicha ley se encomendaba a las asociaciones profesionales de trabajadores con personería gremial el otorgamiento de *prestaciones asistenciales “mínimas”* a sus afiliados. Como parte del gobierno del disciplinamiento vía represión, torturas y desapariciones

---

<sup>94</sup> El Hospital El Sauce fue nacional desde su creación, pero: “En 1967 el gobierno de la “revolución argentina” – Onganía – transfirió a la provincia en un programa de descentralización, y desinversión, sugerido por OPS” (Barandica, s.f)

<sup>95</sup> Para profundizar en el proceso que resultó en la aprobación de dicha Ley ver Belmartino (2005)

para eliminar el poder de las bases, se aprobó la Ley de Asociaciones Profesionales (12.105/77) que tenía como objetivo debilitar y desmembrar el poder sindical<sup>96</sup> (Belmartino, 1984)

También se dio entrada libre al poder del mercado en la salud, mediante el ingreso de las empresas privadas. Con una estratégica acusación hacia el Estado de ineficiente, se facilitó el abandono en el cumplimiento del derecho a la salud de las poblaciones y como dijimos, una intervención en favor del funcionamiento del sistema financiero. Este fenómeno aconteció en toda la región en nombre de la modernización y desburocratización de los estados. Claudia Danani (s.f.) afirma que el sector de clínicas y sanatorios se convirtió en el principal prestador de las obras sociales

“Pese a escasos datos disponibles, una proyección estadística del Censo Nacional de Población (1980) muestra que entre 1965-1980 las instalaciones privadas para ambulatorios e internación aumentaron un 62 %, mientras entre 1969-1980 la capacidad instalada del sector público retrocedió un 7 % (Danani, s.f.)

Asimismo ingresaron de forma masiva nuevas tecnologías de alta complejidad bajo el dominio y control exclusivo del sector privado, que centralizó la disposición y uso de entre otros, los servicios de diagnóstico. Comenzó un proceso de tecnologización que el Estado facilitó, no solo mediante la apertura de la economía sino también otorgando créditos a empresas privadas para la compra de aparatología de alta complejidad. (Danani, s.f.)

En la década menemista, se profundizaron las medidas iniciadas en los 70 y continuadas en los 80, y se ahondó la retórica anti Estado para facilitar la configuración del modelo empresarial.

---

<sup>96</sup> “Las entidades sindicales pueden realizar lo que se denomina una tarea gremial pura: solo pueden actuar cuando se encuentren en juego cuestiones meramente reivindicativas, no pueden realizar actividades políticas ni tampoco económicas(...) Además la Ley de Asociaciones profesionales retira a los sindicatos de la administración de los fondos pertenecientes a las obras sociales, estatuyendo que no intervendrán en la conducción o administración de las mismas(Belmartino y Bloch 1984:271)

En este proceso de metamorfosis de la salud pública en mercado se plantearon dos grandes reformas, la reforma del subsector de la seguridad social y reforma del subsector público.

#### **2.4.3.1 Desregulación y financiarización de las obras sociales**

En nombre de la “eficiencia” y garantía de “calidad” para terminar con la “población cautiva” (Belmartino, 2005) de las obras sociales y en favor de la “competencia” en un mercado abierto, se avanzó en la implantación de la “atención gerenciada” (Iriart, Merhy, Waitzkin, 2000), permitiendo el ingreso de empresas privadas que administren bajo el concepto de “riesgo compartido” o en palabras de Belmartino (2005) mediante el logro de un adecuado “pool de riesgo”.

Los sindicatos lograron retrasar la implementación las reformas ya que se resistían centralmente debido a los intereses económico-financieros que tales medidas establecían (Danani, s.f.). Sin embargo mediante el decreto 9 como pionero y fundamental se comenzó el proceso de cambios. El mismo establecía “libre elección” de la entidad que canalizara los aportes de los contribuyentes, y libertad de contratación entre obras sociales y proveedores de atención médica (Campana, 2012; Acuña, 2002; Danani, s.f.; Belmartino, 1999, 2005). Esta supuesta libertad constreñía al beneficiario atenderse solo con aquellos prestadores con quienes la obra social tuviera contrato (Yáñez, David, 2000) Por otra parte afianzaba la tendencia a la contratación del sector privado, a la consolidación de las federaciones de profesionales, clínicas privadas y cámaras empresarias de la industria farmacéutica (Campana, 2012; Fleury Teixeira, 1997; Acuña, 2002)<sup>97</sup>. “Entre 1969 y 1995 la participación del subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó” (Acuña, 2002)

“(…) se vio a varias Obras Sociales haciendo convenios entre sí y con empresas de medicina privada en carácter de "socios" para mejorar sus condiciones de competencia. (...) pensando sistemas de exclusión de los que aparecían como "afiliados indeseables": El paradigma ha sido

---

<sup>97</sup> Sin embargo no entro en vigencia hasta el año 1995, luego del fuerte impulso del Banco Mundial mediante sus dos préstamos (Acuña, 2002) PRESSAL y PROS (Danani, s.f.)

la preocupación por la afiliación de los trabajadores de la construcción, porque "... ganan poco, tienen muchos hijos y se enferman mucho"" (Danani, s.f.:12)

Esta cita muestra el claseamiento de esta nueva organización donde los sujetos son deseables o indeseables de acuerdo a su inserción en el mercado de trabajo y al tipo de trabajo que realizan.

Las pujas del sector sindical en esta "libre competencia", mostraron particularidades en la provincia de Mendoza. Las organizaciones sindicales debatían en torno a la adopción o resistencia de tales reformas. Según lo investigado por Yáñez y David (2000) los referentes sindicales mendocinos que mostraban resistencia decían:

"(...) La pauta es dejar a los sindicatos sin fuerza y otra de las cosas es tratar de darle oxígeno a las privadas (...)" (Yáñez, David; 2000:57)

"En el campo de la salud se está dando una batería de proyectos que en este momento, no son ninguna receta nueva. Son las recetas del Banco Mundial que les da para reformar el sistema de salud en la Argentina, incluido el tema de las obras sociales. En lo que netamente a las obras sociales se refiere, el tema más candente es el de la desregulación." (Yáñez, David; 2000:58)

"Hemos pasado a ser un producto comercial en varias cosas. Eso es la voracidad empresaria. Ya se quedó con nuestros fondos de jubilación, a través de las AFJP, se quedaron con las indemnizaciones o se quedaron con el manejo de lo que significan los accidentes de trabajo, a través de las aseguradoras de riesgo de trabajo donde le pusieron precio a la vida de un trabajador y no vale más de \$55.000 y ahora para cerrar el circuito financiero están quedándose con los dineros del sistema de seguridad social completo, que son los de las obras sociales. Entonces ya no les queda más nada a los muchachos por quedarse" (Yáñez, David; 2000:59)

La crítica de los sindicatos mostraba entonces esa doble faceta: por un lado la intencionalidad cierta de mercantilizar la salud y por otro, su propio recorte de recursos y el cambio de percepción sobre el sindicato como eje de regulación del conflicto con el trabajo. La 'pérdida del poder sindical se mostró claramente en este tipo de "recortes".

En el mismo año se promulgó el decreto 576 reglamentario de las leyes 23.660 y 23.661 como parte de la desregulación, que obligaba a las obras sociales a pagar los servicios que sus beneficiarios demandasen a los Hospitales Públicos.

El decreto 2609/93 estableció la reducción de las contribuciones patronales para actividades determinadas y en porcentajes diferentes (Belmartino, 1999). En 1995, mediante los decretos 292 y 492 se reimplantó la reducción de los aportes, evidenciando la insistencia en el abaratamiento de la fuerza de trabajo mediante la disminución de los aportes de los empleadores, al mismo tiempo que se mostraba la intencionalidad de tornar a los trabajadores responsables por su salud y seguridad

Por otro lado tales decretos establecieron lo que se denominó “cobertura mínima” y reconocieron diferentes “niveles de riesgo”. (Danani s.f; Belmartino, 1999, 2005).

En este sentido nos distanciamos de la lectura de Susana Belmartino, que refiere a los decretos de ese año como destinados a “incrementar la eficacia de la cobertura brindada por las obras sociales y atenuar las desigualdades en el ingreso por beneficiario” (Belmartino, 2005: 207)

El accionar de los sindicatos en búsqueda de rentabilidad apelando a convenios- contratos con empresas de medicina pre paga desdibujó el principio de solidaridad y mostró la conversión de los mismos en sindicatos-empresa.

#### **2.4.3.2 La conversión de los efectores de salud en unidades productivas**

El otro camino tomado por las reformas, bajo una nueva categoría que ocultó su trasfondo mercantil, fue el de los “Hospitales Públicos de Autogestión” con marco normativo en el decreto 578/93. Mediante el mismo se autorizó a las Instituciones a gestionar sus propios recursos, a través de la ampliación de posibilidades de ingresos por el cobro de sus servicios a todos los usuarios; ya sea a las obras sociales, a las empresas pre-pagas o a los sujetos sin

cobertura que serían financiados por el propio Estado con una previa comprobación de su indigencia.

En esta lógica se autorizaba la creación de una estructura de incentivos basada en el reconocimiento de la productividad y eficiencia del personal (Belmartino, 1999) Se trataba de otra forma de modificación de la organización del trabajo la imposición de “incentivos”.

Para implementar tal modelo se solicitó un préstamo del Banco Mundial que financió el Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL) (Acuña, 2002)

#### **2.4.4 Genealogía de las reformas de los 90 en Mendoza**

En Mendoza, tres años antes que en la nación, la ley provincial 5578/90 obligó al pago de aranceles a obras sociales, pre-pagas y compañías de seguros por los servicios que los afiliados recibieran en el sector público (Yáñez, David, 2000). Asimismo en la provincia se dispuso la creación del “carnet de asistencia médica estatal gratuita” como así también de un registro de éstas personas. (Yáñez, David, 2000). El Art. 5º de dicha ley establecía:

“El Poder Ejecutivo Provincial confeccionará un registro personal provincial computado, para detectar en forma inmediata la situación médica asistencial de quien requiera el servicio de atención médica, pensión o internación” (Ley 5578/90)

No solo se dejaba ver el endurecimiento en la demarcación de la pobreza sino también el resurgimiento de la lógica positivista e higienista materializada en el carnet de asistencia médica gratuita que en el siglo anterior marcaba a los pobres de solemnidad o sirviéndonos de la teoría de Foucault podemos decir controlar a la población mejorando los registros.

En 1992 Mendoza lanzó el decreto 90, que establecía que el personal de los centros asistenciales públicos recibiera una retribución proveniente de los fondos producidos por cobro de aranceles en función de la *productividad*. (Yáñez, David; 2000) Esta medida ligada a la forma de hacer, estar y ser en el

trabajo generó un fuerte impacto en los empleados del sistema estatal de salud, situación que analizaremos en el siguiente capítulo.

“Pero había gente muy humilde, date una idea, en aquella época por decirte dos pesos se compraba un kilo de pan y un sachet de leche ¿Qué le vas a pedir dos pesos para que atienda a un niño si con eso le daban la leche? Entonces era como muy loco, a mí, porque además vos conocías a la gente me entendés, por lo menos yo he sido de saber dónde vivían, cómo vivían, en qué condiciones y encima tenían que pasar por un callejón todo oscuro, tres, cuatro de la mañana venirse por esa zona a sacar un turno y vos le vas a pedir dos pesos para atenderlos, o sea” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

En abril del año 1993, Mendoza sancionó la ley 6015 que tenía como tema principal el régimen de descentralización de los hospitales públicos de la provincia. En su segundo artículo reforzó la pretensión de otorgar asistencia gratuita solo a los:

“que no posean cobertura social ni recursos económicos debidamente identificados” (Art. 2 Ley 6015/93)

En el artículo siguiente (Art. 3) se explicitó que la descentralización se realizaría en base al criterio de *regionalización sanitaria*, que como destacamos al inicio de este capítulo formaba parte de las sugerencias de los organismos internacionales.

Consideramos importante detenernos en el artículo 14 del capítulo III de dicha ley, que en estricta sintonía con la implementación de la “atención gerenciada”, disponía la transformación de los hospitales públicos en empresas administradas por “gerentes” de acuerdo a las nuevas formas de organización del trabajo.

Cuando se centra en la cantidad de gerencias, detalla y deja observar claramente la adopción del modelo de la administración de empresas para la organización del trabajo en los Hospitales.

“Cantidad de Gerencias:

- a) Los Hospitales Central, Infantil Dr. Humberto Notti, Dr. Luis C. Lagomaggiore y Dr. Teodoro Schestakow, serán gestionados por tres (3) gerentes, los cuales tendrán a su cargo las áreas asistencial, administrativa y recursos humanos.
- b) El resto de los Hospitales de Mediana Complejidad serán gestionados por dos (2) gerentes, los cuales tendrán a su cargo las áreas asistencial y administrativa, la que incluye recursos humanos.
- c) Los restantes hospitales serán gestionados por un (1) Gerente Asistencial” (Art. 14 Ley 6015/93)

Como materialización de esta normativa de la década del 90, podemos observar el organigrama del Hospital El Sauce que hasta la actualidad mantiene esta disposición en las altas jerarquías “gerencias” y a menor jerarquía “departamentos”<sup>98</sup>. Tal como lo requería la norma, El Sauce como hospital de mediana complejidad dispuso dos gerentes. Sin embargo a pesar de no llamarla como gerencia, el departamento de recursos humanos depende al igual que las dos gerencias de la dirección ejecutiva, por lo que se sobreentiende que tenía igual nivel de importancia.

Los entrevistados recuerdan como se reorganizaron las estructuras jerárquicas devenidas en lo que llaman “el triunvirato”.

Resulta reveladora la lectura realizada por un empleado del hospital que posteriormente ocupó cargos de gobierno del mismo

“yo creería que fue en los 90' hubo un cambio muy grande, sobre todo fue un cambio de tipo administrativo en el área de salud, no fue un cambio relacionado con las políticas de salud fue un cambio administrativo” (Entrevista miembro del equipo de salud)

---

<sup>98</sup> Ver Anexo

Lo significativo de esta frase se encuentra en la separación estanca entre las reformas “administrativas” y las políticas de salud, ya que justamente se trató de una metamorfosis de las políticas para la mercantilización de -en este caso- de la salud pública provincial. Entre otras medidas el cambio implicó reformas de lo que el entrevistado llama pero que conformaba un dispositivo de mercantilización y gerenciamiento de la salud pública.

Tal como lo expresan Yáñez y David (2000) en nuestra provincia se dieron capacitaciones de la mano de un grupo de catalanes que se proponían asesorar en la implementación del gerenciamiento de la salud, la transformación en un mercado donde el paciente devenía en cliente y los efectores en unidades productivas que debían competir

“(...) en la época neoliberal era todo para el lado de gerenciar como si fuéramos una empresa. Esa etapa fue terrible, los directorios y que se yo parece que creían que estaban en el Wall Street viste los tipos” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Uno de los dos diarios de mayor tirada de la provincia de Mendoza publicaba:

“(...) Básicamente la reforma consiste en que los hospitales y centros de salud cobren por el servicio a cada paciente. Si el paciente no tiene obra social, la factura será pagada por el propio Estado. En otras palabras, pagan las obras sociales o paga el Estado pero el hospital cobra. La intención, según el ministro del área, es lograr un gerenciamiento moderno de los efectores de salud, y que el paciente sea tratado como un cliente que paga, tal como en las clínicas privadas, pero con la calidad profesional de los hospitales públicos” (Diario Uno, 3 de julio de 1998 en Yáñez, David, 2000:83)

De acuerdo a la prolijidad en la que se planteó el proceso de reformas, en estricta relación con los modelos sugeridos por organismos internacionales (ya sea OMS, OPS, FMI, BM, BID, Consenso de Washington) no podemos aceptar aquellas hipótesis como la elaborada por Susana Belmartino, que afirma que la reforma de los años 90 “pretendía reemplazar un sistema ordenado según la lógica de actores sociales en pugna por la apropiación de los recursos disponibles en un sistema politizado, por otro regido según la *neutralidad* de un

mercado de oferta y demanda de cobertura, libremente vinculado al de oferta y demanda de servicios de atención” (Belmartino, 2005: 236).

Como ha sido expuesto en el desarrollo de este capítulo creemos que no existe “neutralidad” en el mercado y que la salud fue parte del resto de las reformas que se impusieron y que guardó coherencia con el perfil socio-económico que pretendía el modelo neoliberal

Asimismo tampoco acordamos con aquellos supuestos que dan por sentado que existió un fracaso de las reformas, debido a la “ausencia de una decisión firme por parte del Estado” (Belmartino, 2005: 241). Como explicitamos el Estado fue protagonista de los procesos de reforma en favor del capital y en detrimento de la clase que vive del trabajo<sup>99</sup>. Tal como Anzorena (2008) percibe en el caso de las políticas públicas en términos generales,

“las intervenciones del Estado no son neutrales, ni en cuanto a la clase, ni en cuanto al género” Anzorena (2008:48)

Si pensamos en las consecuencias de las tecnologías de gobierno implementadas durante el neoliberalismo, debemos decir que los objetivos planteados fueron cumplidos, por supuesto que para quienes marcaban el pulso de las mismas. Muy diferente fue el golpe que recibió la clase trabajadora, las familias y en especial las mujeres.

A saber

“El modelo neoliberal al mismo tiempo que busca reducir su responsabilidad en cuanto a la asistencia y la seguridad social, promueve la optimización del rol reproductivo de las mujeres como la actividad que éstas desempeñan con mayor eficiencia. Es decir que la asignación histórica de las mujeres al trabajo reproductivo les exige enmendar las carencias de los servicios públicos y los efectos

---

<sup>99</sup> Valga como ejemplo las negociaciones que llevaba a cabo el gobierno menemista para lograr la aprobación de las leyes de empleo y accidentes de trabajo en el congreso. El estado asumió los pasivos de las obras sociales cancelando las deudas de las mismas, además las mantuvo a cargo de los sindicatos, a cambio del voto de los diputados peronistas de extracción sindical. (Bonnet, 2008)

destructivos del mercado laboral. En definitiva, la responsabilidad del trabajo no remunerado de cuidado y doméstico es de los hogares, y dentro de ellos, de las mujeres (Anzorena, 2010:730)

Este proceso neoliberal iniciado en los 70 y consumado en la década del 90 tuvo como resultado la mayor crisis estructural de la República Argentina. Millones de argentinos excluidos del mercado de trabajo, o aun empleados enfrentados al empobrecimiento. En este periodo la clase media argentina también sufrió la movilidad social descendente, posteriormente englobados en la categoría “nuevos pobres”. El quiebre económico, político, social y cultural se manifestó en un estallido social. Los trabajadores intervinieron las calles, por un lado, mediante piquetes o cacerolazos en diferentes puntos del país para reclamar a ese “estado sin ciudadanos” (Fleury, 1997), y por otro, mediante estrategias de supervivencia colectivas (ollas populares, trueques) para enfrentar la crisis en la misma calle.

### **CAPÍTULO III: El centro de salud como objeto de indagación: trabajo y trabajadores en el 'equipo de salud'**

En este apartado nos aproximaremos al caso sirviéndonos de las herramientas otorgadas por Pierre Bourdieu ya que analizaremos la complejidad de la salud y el trabajo en ese sector social en términos de campo relacional, sin llegar a considerar estrictamente a nuestro caso como un "campo" pero sí contemplando las atribuciones del mismo.

En este sentido entendemos a la salud como un campo social al que pertenece el Hospital El Sauce, el cual forma parte de esa trama especial en la que emergen en su singularidad relaciones de tensión, poder, dominación y resistencia. Bourdieu define al campo social como una esfera de la vida social que se ha ido autonomizando de manera gradual a través de la historia en torno a cierto tipo de relaciones, intereses y recursos propios, diferentes a los de otros campos (Bourdieu, 2002).

El campo de la salud es definido por el bien que allí está en juego (la salud). Tal como sintetiza A. Gutiérrez (2005; 36): "(...) no todo capital conforma un campo...porque debe ser un bien apreciado, buscado, que al ser escaso, produzca interés por su acumulación, que logre establecer cierta división del trabajo entre quienes lo producen y lo consumen, entre quienes lo distribuyen y quienes lo legitiman. En otras palabras, tiene que constituirse un mercado en torno a ese bien para que surja un campo específico".

Las relaciones entre el Hospital El Sauce y el Centro de Salud Ramón Carrillo se materializan al interior del mismo campo respondiendo al 'juego' que los agentes llevan a cabo para ocupar posiciones o disputarlas, tanto al interior como al exterior del mismo.

Es decir que en primer lugar están atravesadas por los lugares asimétricos que detentan los agentes (hospital o centro de salud) y por el bien "salud" pero en dos facetas diferenciadas: la salud física y la salud mental. Cada posicionamiento reconoce una génesis histórica específica y lógicas que se

interrelacionan algunas veces para superponerse y otras para divergir, en relación a los intereses en juego. Las luchas tienen por objetivo cambiar las relaciones de fuerzas que dan estructura a este campo (Bourdieu 1981: 3)

La trama de relaciones, como se dijo en la reconstrucción histórica del hospital ha estado teñida por una fuerte lógica manicomial que a pesar de los momentos en que se intentó revertir, logró ser hegemónica y potenció la gran distancia entre dicho efector y el hospital Carlos Pereyra. Los propios agentes entrevistados refieren entre otras características condenatorias de éste hospital, la población que le ha sido asignada, indeseada y estigmatizada en atributos distintivos: pobres, judiciales, crónicos y posteriormente penitenciarios; por otra parte aducen al perfil biologista<sup>100</sup> sostenido por el hospital en las diferentes gestiones, así como al desinterés de dichas gestiones en la rehabilitación de los internos.

Nuestro interés se centra en el “Centro de Salud N° 174 Ramón Carrillo” dependiente del hospital psiquiátrico El Sauce. Por lo tanto el foco está puesto en las relaciones que se dan en y a través del mismo. Existen relaciones verticales u horizontales que atraviesan a este “recorte” del espacio social; para acotarlas nos referimos a aquellas que se concretan entre el Estado provincial y las políticas de salud en los diferentes momentos históricos. Intentaremos realizar un mapa de dichas relaciones pero nos detendremos específicamente en las relaciones laborales que se entretajan en el propio centro de salud en relación con el Hospital y en vinculación a los distintos lineamientos establecidos por los gobiernos de la salud. Será una constante en este estudio entender la trama relacional en función de los cambios acontecidos en el modo de producción y las formas de organización del trabajo como parte del análisis estructural.

### **3.1 El caso del Centro de Salud N° 174 Ramón Carrillo**

Al predio del hospital El Sauce (92 hectáreas) se accede por un camino asfaltado rodeado de vegetación. El primer edificio que se visualiza es el centro de salud, ubicado a la derecha del camino.

---

<sup>100</sup> Entendemos el perfil biologista, como netamente centrado en lo biológico, en el cuerpo, en este caso la psiquis.

Si bien es la primera construcción que se observa desde la calle, la forma de acceso difiere de acuerdo al vehículo en el que se arribe al lugar. Si se hace utilizando transporte automotor, se debe acceder por la entrada al hospital que deriva en la dirección para luego dirigirse al efector, pero si se traslada caminando -como habitualmente lo hace la comunidad aledaña al efector- se puede cruzar el alambrado de cierre perimetral del hospital y acceder directamente al centro de salud.

Podemos decir que si uno desconoce la existencia de un centro de atención primaria (como sería el caso si nos guiáramos por la información suministrada desde el Ministerio de salud provincial<sup>101</sup>) no imagina encontrarlo en un hospital psiquiátrico.

Consideramos que existe una distancia socio-espacial entre las dependencias del hospital ubicadas en el sector este del predio:

Servicios de internación (A: crónicos, B: judiciales, C: mutualizados, D: mujeres) Servicio de Rehabilitación, Servicio de Guardia, Penitenciaría, Servicio de Nutrición, Consultorios externos, Servicio de Laboratorio, Farmacia, Servicio de Psicología, Servicio de Trabajo Social, Áreas administrativas y/o de Gestión: Dirección, Estadística, Inventario, Depósito, Compras; Servicios Generales: Limpieza, Lavandería, Jardinería.

y el Centro de Salud que se encuentra en sentido opuesto del grueso de la infraestructura en el sector oeste. El tipo de construcción y fachada exterior moderna marca otra distinción respecto de las construcciones del hospital que datan de 1950.

Las diferencias se materializan también desde lo social. Del lado este, predomina la lógica del encierro con los servicios de internación y las áreas de tratamiento de “enfermos psiquiátricos” y del lado oeste un edificio que trabaja

---

<sup>101</sup> Ver capítulo 2 apartado de anclaje socio espacial donde se explicita la invisibilización del Centro de Salud “Ramón Carrillo”

con otra población diversa donde se observan cotidianamente niños, jóvenes, adultos, tanto sanos como “enfermos”<sup>102</sup>.

En la parte lateral del centro asistencial se ubica un gran cartel con el nombre y número del efector.

**Foto N°1: Fachada del Centro de Salud Ramón Carrillo**



Cuando indagamos acerca del origen del Centro de Salud nos preguntamos cómo denominarlo, centro de salud tal como su nombre lo indica, o servicio comunitario del Hospital El Sauce. Este interrogante está relacionado con la particularidad de este centro asistencial.

En los relatos de los entrevistados se detecta una disputa en la narrativa del origen del centro de salud. Algunos manifiestan que la creación del servicio comunitario en el hospital fue resultado de la demanda de la población del distrito; otros consideran que se debió al impulso dado por una trabajadora social de militancia peronista con fuerte impronta en trabajo comunitario y, finalmente, algunos entrevistados atribuyen su creación a un director afín al partido justicialista.

Lo cierto es que aun cuando fuese por iniciativas individuales o compromisos políticos, este distrito de Guaymallén no contaba con centro de atención

---

<sup>102</sup> Esto según los entrevistados también sucedía con el servicio infanto juvenil que al trabajar con niños y jóvenes parecía alejarse de la burbuja manicomial.

primaria de salud, la población debía trasladarse a los centros de salud ubicados en otros distritos como El Bermejo y Colonia Segovia y su instalación vino a servir a una necesidad tangible de la población

“nosotros le presentamos al director, con un par de personas más, compañeros así muy comprometidos una carpeta llena de planillas de demanda insatisfecha para que viera que en el centro de salud, el 12 que está en Bermejo y el 13 que está en Colonia Segovia tenían mucha gente sin atender, no había atención” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Por otra parte este distrito era y es uno de los menos poblados, ubicado en el lado este del departamento en una zona agrícola-ganadera que comenzaba a urbanizarse y diversificar su población<sup>103</sup>.

Los entrevistados recuerdan que reiteradas veces llegaban a la guardia del hospital niños accidentados, urgencias clínicas que no podían ser resueltas debido a que se trataba de una guardia psiquiátrica.

Los relatos se entrecruzan pero no contradicen el sentido que identifica la instalación del centro de salud con la destreza política del directorio del hospital psiquiátrico que- estratégicamente-, respondía a una verdadera necesidad de salud pública en el lugar. Uno de los testimonios muestra la precisión del interés del director del hospital quien expresamente decía que el hospital tenía una “deuda con la comunidad”, había sido un “estigma” para la gente pero que la creación de un “consultorio” “no debía empañar al hospital, sino solo tener una atención mínima para enfermos”<sup>104</sup>. Esto muestra la competencia entre los dos sectores de la salud que cada efector representa y encarna.

El propio Dr. Guembe, director a cargo del hospital cuando se concreta la creación del centro de salud, escribió años más tarde

“Reasume por segunda vez Guembe el 14-3-94 con el fin de preparar el Hospital para su descentralización. Se reestructuran organigramas, se refuncionalizan servicios, se crea un *servicio de medicina de familia* para

---

<sup>103</sup> Ver Capítulo 2, apartado anclaje socio-espacial.

<sup>104</sup> Entrevista miembro del equipo de salud.

atender a la comunidad circundante, se informatizan parcialmente los servicios administrativos, y se mejoran los procesos de recuperación de costos. Hay intentos de ejecutar acciones de salud mental fuera del hospital, pero resultan solo parcialmente fructíferas” (Guembe, resaltado nuestro).

Las palabras del director sirven para ilustrar la implementación de las tecnologías de gobierno neoliberal en un hospital monovalente<sup>105</sup>, nos referimos a la conformación de un servicio de medicina de familia como él lo denomina, (donde la atención es polivalente) así como para identificar la minusvaloración de otro tipo de atención al enfermo mental.

Podemos decir entonces que la creación de este centro asistencial (en medio del espacio manicomial) fue resultado de una multiplicidad de variables, que se entrecruzan y adquieren sentido leídas desde el contexto internacional, nacional y provincial. Su origen sigue la lógica neoliberal que marcó el gobierno justicialista de Carlos Menem (1989-1995 y 1995-1999) cuyas marcas fueron el auge de atención primaria de la salud y de su mano la medicina de familia, las políticas focalizadas, la retórica del trabajo comunitario, el gerenciamiento y arancelamiento de la salud y el cambio en las formas de organización del trabajo que también se implementaron en la salud (la descentralización, precarización y polivalencia entre otros aspectos que serán analizados a lo largo del capítulo).

Transcurría el año 1994 cuando finalmente se habilitó la atención médica en el antiguo chalet donde residían los directores. La visión y misión institucional dada por el hospital a este espacio se imprimió desde los orígenes, postulando “(...) un servicio más que otorgue atención mínima a la comunidad pero que no tape al hospital”, podríamos decir que constituía una especie de “apéndice estratégico”.

---

<sup>105</sup> Hospital destinado a prestar asistencia a la salud en una especialidad. Se diferencia del Hospital Polivalente que presta asistencia en diversas especialidades. (Glosario Servicios de Salud del Mercosur disponible en <http://www.bvs.org.ar/pdf/serviciosdesalud.pdf>)

### 3.2 El trabajo en salud

Una vez presentado el caso, y teniendo en cuenta que el eje de este capítulo gira en torno a la caracterización de las formas de organización del trabajo en el primer nivel de atención de la salud pública, describiremos en principio cómo es el trabajo en este sector

Una de las particularidades del trabajo en salud es que se trata de un *servicio*, de trabajo “improductivo” en términos de Marx ya que no agrega ni valoriza al capital.

Entendemos que en la prestación de un servicio de salud se realiza una producción de tipo *inmaterial* (De la Garza, 2005, 2011). El producto no existe separado de la actividad de producir sino que se realiza en conjunto, unificando las fases tradicionales del proceso productivo en un solo acto. De esta forma en la producción inmaterial se pone en contacto directo al productor (médico, enfermero) con el consumidor (sujeto). (De la Garza, 2005, 2011)

A diferencia de los trabajos considerados clásicos o tradicionales, en la producción de servicios de salud el médico no obtiene como resultado del proceso de trabajo un producto objetivado, sino que al mismo tiempo que realiza su actividad productiva ofrece un producto intangible que se materializa en otro, es decir que es consumido o recibido por los sujetos en el mismo acto. En la práctica de salud lo que constituiría (en términos de análisis de los factores productivos), el objeto de trabajo (sujeto) es al mismo tiempo el consumidor del resultado de la actividad misma de producir. Sin la intervención del sujeto no se concretaría la prestación del servicio de salud.

Podemos decir que el productor de servicios de salud no se relaciona con un objeto material, sino con un sujeto que contribuye a la concreción de la actividad y al mismo tiempo es el consumidor final de la relación establecida. Si

no existiera la presencia y participación de éste sujeto (mal llamado paciente o usuario) no se podría materializar la práctica de salud<sup>106</sup>.

En el encuentro entre personal de salud y sujeto, intervienen componentes objetivos, dados por los medios utilizados para la revisión del paciente así como los conocimientos teóricos y técnicos; y componentes subjetivos aspectos emocionales, morales, estéticos: historias de vida, capacidad de diálogo y escucha, temores. En la interacción todo se pone en juego y se materializa en la relación establecida.

La presencia del sujeto que utiliza el servicio de salud, en el proceso de producción de salud opera como presión simbólica sobre el trabajador. Macdonald y Merrill (2009) reconocen la importancia creciente que tiene la gestión y manipulación de emociones en la creación de valor en los servicios, y las implicaciones que esto tiene en la subjetividad de los trabajadores.

Debido a que las exigencias cada vez mayores en este tipo de trabajo dan lugar a que los mismos sean altamente extenuantes.

Además la prestación del servicio de salud adquiere mayor singularidad porque la práctica de salud, está ligada al valor de la vida y la muerte, a lo normal y lo patológico, al bienestar o al dolor físico, psíquico y social, al proceso salud-enfermedad. Estas nociones cuyos sentidos se enraízan en procesos socio-culturales de larga duración realzan la importancia de la relación establecida, traducida en presión para el trabajador y en una gran expectativa de resolución de la problemática en el sujeto.

---

<sup>106</sup> Ambas categorías remiten a los modelos médicos tratados por nosotros. El "paciente" es la referencia del modelo positivista-biologista y el de usuario es típico del modelo neoliberal. Nosotros denominaremos "sujeto" a la persona que tiene el derecho a ser asistido en los efectores de salud y que sufre algún desequilibrio en su bienestar bio-físico, psíquico y/o social

### **3.2.1 Breve descripción de las transformaciones o cambios de las prácticas de salud**

Tal como fue relatado en el primer capítulo de la tesis, la medicina en sus orígenes (para diferenciarse de la magia y en el afán de producción de expertos) definió, estandarizó su práctica para convertirse en detentadora del saber-poder y delimitar su campo disciplinar (autonomizarse relativamente). En este devenir complejo se configuró la figura del médico artesano y su desarrollo como trabajador independiente,

Cada médico prestaba sus servicios de manera particular, con sus medios y en su espacio de trabajo. La relación se establecía entre el médico y su paciente en el escenario del consultorio médico o excepcionalmente en el domicilio del paciente. Esta primera forma de ejercicio de la práctica médica es llamada por diversos autores (Donnangelo, 1975; Nogueira, 1988) como “medicina liberal”, aquella que se desplegó en los inicios del capitalismo industrial.

Nogueira define medicina liberal como “la que ejerce cada profesional con autonomía técnica y económica en los consultorios particulares”, asimismo Cecilia Donnangelo la concibe como

"Clientela propia, canalizada por medio de procesos informales, con la que establecen directamente las condiciones de tratamiento y de remuneración del trabajo, instrumentos de trabajo propios, en los que se incluye el posible alquiler de equipo, sobre todo cuando su actividad implica utilización de recursos hospitalarios.(...)Por tanto, para la mayoría de esos profesionales, el consultorio constituye el principal centro de actividad". (Donnangelo, 1975 en Nunes, 2008)

Desde la consolidación de la medicina como profesión liberal hasta la configuración del “mercado de la salud” como modo de relación dominante con el cuerpo en la etapa del capitalismo tardío media una importante distancia. En este camino, la conformación del mercado de la salud avanzó vertiginosamente, acompañando el desarrollo del capital como “forma social dominante” (Gandarilla Salgado, 2003) invadiendo todas las esferas de la vida,

incluida la del cuidado y la cura. La prestación del servicio médico se mercantilizó progresivamente. De esta forma se afirmaron toda una serie de instituciones y organizaciones cuyo perfil se tomó de las empresas privadas con fines de lucro, incluyendo en el tejido de dicha red a sanatorios, clínicas, hospitales privados y prestadores de segmentos de salud específicos (laboratorios, rayos, análisis estudios de alta complejidad, etc.)

Así como en el mercado de trabajo mundial la forma salarial dominó, también lo hizo en el campo médico, donde el médico comenzó a ser un asalariado más, dependiente de las mutualidades, del propio Estado o de las empresas privadas. Aquel profesional liberal detentador del poder sobre su trabajo se transformó en un trabajador asalariado que perdió el control sobre el mismo y devino en “empleado”.

En nuestro país tal transformación produjo cierta incomodidad entre los propios médicos quienes identificaban a este proceso como momento de “crisis” para la profesión (Schufer, 2003)

“Por más protestas platónicas, por más que hagamos comentarios, por más que nuestros viejos colegas añoren el tiempo pasado, debemos aceptar como algo *fatal* la evolución de nuestro gremio hacia el proletariado” (Capizzano, 1923 en Schufer, 2003: 5, resaltado nuestro)

La proletarización de los trabajadores de la salud corresponde a la extensión y masificación de la salud bajo el modelo de la fábrica: los hospitales se conformaron en grandes centros de producción integrada de la salud en la que primó la división y segmentación del trabajo. En el caso de la salud, el éxito del modelo taylorista-fordista (punto culmine de la organización científica del trabajo) se verificó en una cada vez mayor división del proceso de trabajo, particionamiento entre trabajo manual e intelectual y (al interior de estas grandes divisiones) la materialización de la fragmentación del saber en múltiples especialidades centradas en cada parte diferenciada del cuerpo y cada problema de salud asociado a la misma.

Así se conformó una plétora de especialistas que en sintonía con el ingreso de nuevas tecnologías se hiperespecializaban en su uso. Al igual que el cuerpo se veía cercenado en partes, el campo médico se diversificaba y la disciplina se dividía según las especialidades.

Del mismo modo como el trabajador perdía el control sobre la totalidad del proceso de trabajo, el médico mediante esta división mecanicista del objeto (cuerpo-sujeto) se alejaba aún más de sus pacientes y de la visión integral de los mismos. Las características de la organización del trabajo taylorista-fordista también fueron aplicadas al trabajo del médico como asalariado prestador de servicios, y el control de tiempos y movimientos en búsqueda de mayor productividad aplicado en las fábricas, fue reproducido en el hospital como gran espacio productor de salud.

Sin embargo, como manifestamos en distintos momentos de este estudio, la crisis del modo de producción y su forma de organización del trabajo devino en una metamorfosis del capital que apeló entre otras estrategias a la implementación de nuevas formas de organización de la producción, a nuevos procesos de racionalización en búsqueda de mayor productividad<sup>107</sup>, nos referimos al cambio cuyo perfil dominó el toyotismo-Ononismo o modelo japonés. Estas transformaciones afectaron del mismo modo al mundo de la salud y sus hacedores.

“es que en vez de proceder por destrucción de los conocimientos obreros complejos y por descomposición en movimientos elementales, la vía japonesa procederá por desespecialización de los profesionales para transformarlos, no en obreros parcelarios, sino en plurioperadores, en profesionales polivalentes, en “trabajadores multifuncionales(....) (Coriat, 1992:66)

De acuerdo a los cambios de modelos productivos y su impacto en la salud, y mediante la construcción de datos realizada, (construcción de categorías que mostraban la predominancia de cierto paradigma productivo) establecimos dos

---

<sup>107</sup>En el capítulo anterior pudimos desarrollar las transformaciones de las tecnologías de gobierno en el campo de la salud y nos acercamos escuetamente a las reformas de las leyes laborales.

grandes periodos en la historia del centro de salud: una primera etapa desde su creación hasta aproximadamente el año 2005 y otra desde allí hasta la actualidad.

En dichas etapas abordaremos las formas que adoptó el trabajo y cómo las transformaciones del mismo afectaron a la fuerza de trabajo del centro de salud, no solo en la propia forma de ser, hacer y estar en el trabajo sino en su propia salud.

A continuación caracterizaremos cada momento del centro de salud en relación a la periodización realizada.

### **3.3 Primer período: Autogestión. Centro de Salud modelo en atención primaria de la salud**

Cuando se dio inicio al “servicio comunitario”, la actividad era casi nula ya que tal como lo demandaba el director “estaba nada más que un médico de familia<sup>108</sup> para consulta” y el odontólogo del hospital que atendía a los internos del mismo.

El centro de salud funcionaba en ese antiguo chalet, contaba con dos consultorios, una sala de espera pequeña y un comedor que actuaba como enfermería, administración y vacunatorio.

“Todo, que era así de chiquitito, lleno de gente, era un desastre, un desastre. O sea al principio hemos trabajado como muy mal me entendes. Ahora está de lujo, ahora es un chiche que vos decís no, yo me quedo a trabajar acá, porque tiene todo (Entrevista miembro del equipo de salud)

El camino de la “autogestión” comenzó con las relaciones que el médico de familia establecía fuera del espacio del hospital, con los organismos de gobierno municipal o provincial que manejaban los programas de atención primaria de la salud. Para lograr derivarlos e implementarlos en el centro de

---

<sup>108</sup> En Mendoza la residencia de medicina de familia se había creado hacía muy pocos años, el medico que ingresó a trabajar era egresado de la segunda camada.

salud fue necesario otorgar un número al “servicio-apéndice”, debido a que el área departamental debía justificar la dirección de los recursos escasos que permitían su funcionamiento.

El modo de asignar partidas vino de la mano de los programas de vacunación, de nutrición, materno infantil, entre otros. En este punto vale recordar la vigencia del modelo neoliberal relativo no solo a que los recursos para la salud pública eran escasos (ya que se había implementado el recorte del gasto público) sino en referencia a que el dispositivo de atención se focalizaba en las poblaciones en riesgo<sup>109</sup>. La imposición del nombre estuvo directamente relacionada con el tinte político del director del hospital (pero a contramano del modelo imperante) que lo denominó como el primer ministro de salud de la nación durante el gobierno de Juan Domingo Perón, Dr. Ramón Carrillo<sup>110</sup>.

En el capítulo anterior explicitamos que se concretó el paso de un modelo de financiamiento de oferta a otro de financiamiento de la demanda, en este capítulo que tiene como eje la organización del trabajo debemos decir que se trata del paso del modo de organización taylorista-fordista centrado en la oferta mediante la producción en serie y estandarizada de cuerpos sanos, al modelo toyotista-ohonista centrado en la demanda, solo a quien esté afectado y reclame a la salud como necesidad.

Así la Autogestión es una característica del modelo japonés en la medida que se abaratan costos descentralizando las funciones que anteriormente se encontraban concentradas, ya que las nuevas unidades productivas (centro de salud) mediante sus trabadores polivalentes se auto-controlan, auto-exigen y se auto-organizan. Las responsabilidades se delegan en los trabajadores alentados a desarrollar su trabajo con mayor “compromiso”

“Ningún dirigente trabaja, probablemente, con tanta fruición y de manera tan eficaz que el que dirige su propia empresa, éste demuestra entusiasmo y determinación (...) Para este valen los resultados no los

---

<sup>109</sup> Ver Capítulo2.

<sup>110</sup> En la provincia existen varios centros asistenciales y hospitales que llevan el nombre del Dr. Ramón Carrillo.

esfuerzos. (...)Las mejores empresas son las que logran este objetivo ubicando a cada cuadro en una situación tal en la que éste sea responsable de sus actos y de sus resultados” (Bower, 1968:106 en Pierbattisti, 2008:120)

Tales formas de organización se concretan en el centro de salud que indagamos. Los testimonios de los trabajadores dan cuenta de estas características ya que ellos mismos organizaban las tareas, y de acuerdo a sus palabras “buscaban” la demanda.

“(...)empecé a salir yo en las mañanas con alguna folletería a ir casa por casa por los barrios para comentarles que estaba un médico de familia (...) me iba sola, me pateaba todo El Sauce.Y bueno y después en la escuela como que había mucha demanda en la escuela también. (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Como te digo la demanda era exagerada y era desordenada, entonces empecé a salir a la comunidad, a ver un poco y pude ver que había barrios desorganizados, barrios organizados, asentamientos, etcétera, etcétera. Entonces empezamos acompañar los procesos de organización de los barrios para así ordenar la demanda (Entrevista miembro del equipo de salud)

En este periodo se implementó *el Programa de promotores de la salud o agentes comunitarios*: nuevamente la gestión fue de los propios trabajadores del centro de salud que se logró mediante la obtención de algunos “Planes Trabajar” para los promotores a través del Ministerio de Trabajo. El equipo de salud diseñaba, armaba y daba capacitaciones a personas de la comunidad, representantes de cada barrio y coordinaba el trabajo en terreno de estos agentes así como su presencia en el centro de salud acompañando al médico en la atención de los pacientes de sus zonas y haciendo consejería en otro consultorio.

“(...) quince planes Trabajar, que eran plata para pagarles a los promotores, y los promotores eran treinta, entonces cuando cobraban se juntaban a la salida y se repartían mitad para cada uno. Fue una tarea inolvidable para mí porque yo digo esa gente en la pobreza que ellos vivían, el esfuerzo, salían de trabajar, se venían al curso, bueno” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

Paralelamente se lanzó el *trabajo en y con la escuela*: se organizó la atención y control de los alumnos de jardín de infantes y séptimo grado en la propia

escuela, ya que la demanda se veía incrementada y el personal “reducido” no podía dar respuesta a la totalidad de niños que en ese momento solicitaban el control para el ingreso al siguiente nivel, ya sea primario o secundario.

En la escuela no solo se atendía a las poblaciones de niños mencionadas, sino que de acuerdo a las problemáticas detectadas, se vinculaba con los profesionales de otras disciplinas que trabajaban en el servicio infanto-juvenil (ubicado en el hospital en ese momento) y se ampliaba el abordaje y atención de los niños. En este proceso intervinieron, psicólogas, psiquiatras, psicopedagogas, fonoaudiólogas, bioquímico. Sumado a esto como respuesta al pedido de las docentes se dictaban talleres para niños, jóvenes, padres y para las propias maestras.

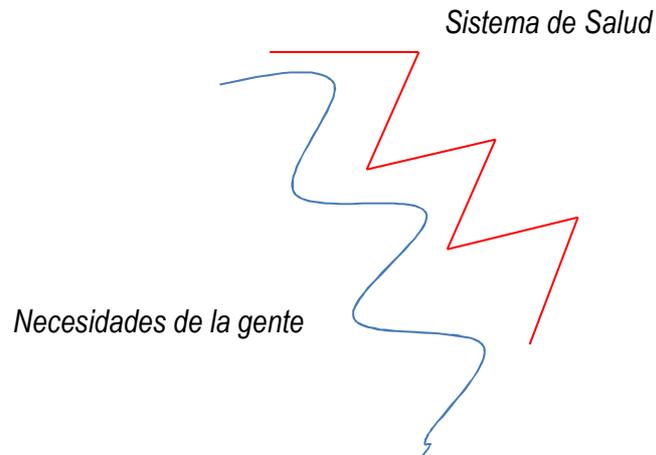
También se lograron implementar todos los programas vigentes y los que aún no existían como fue el caso de salud sexual y reproductiva. A través de recursos conseguidos el personal consiguió otorgar: muestras de anticonceptivos gratuitos, material obtenido por la red de relaciones con profesionales conocidos.

Son las propias palabras de los trabajadores las que designan la clave del trabajo en atención primaria: “la flexibilidad”.

“yo creo que para trabajar salud me parece y atención primaria tenes que ser *flexible*, vos no podes marcarle tanta estructura a la gente porque primero que somos todos diferentes, después que no todos asimilamos los conocimientos de la misma manera, y además porque hay gente que obviamente que la gente no nació cuando te conoció a vos, la gente ya viene, trae su historia y trae su propio conocimiento, me entendes, entonces vos tenes que respetar un poco también eso, quien es el otro” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“El Sistema de salud se presenta así y las necesidades de la gente son así, entonces es imposible que...Eso fue un dibujo que yo vi en atención primaria hace muchísimo y eso me quedó. Entonces como que uno tiene que...la gente no se va a adecuar a vos, entonces como que uno tiene que bombearse (Entrevista miembro del equipo de salud)

**Gráfico N° 1**



“como siempre decía el doctor, él decía tenemos que...si descubrimos un problema tenemos que darle la solución, porque si no ni hagamos tal en descubrir el problema porque qué le vamos a decir tenes anticoncepción o por decirte tiene un problema psicológico pero no tengo turno con la psicopedagoga” (Entrevista miembro del equipo de salud)

A los centros de salud, tal como lo definimos en el inicio de este capítulo, se les endilga la responsabilidad de la salud de la comunidad, entonces los trabajadores que llevan a cabo las tareas cargan con una responsabilidad asignada y resultan fusibles del modelo de salud típicamente toyotista, devenidos en los responsables de buscar la demanda, solucionar problemas de salud y dar respuestas adaptándose a las mismas. A través de la gran importancia asignada a la atención primaria de la salud se vuelven los encargados de aplicar “las estrategias” que salvarán a los sistemas de salud.

Correspondiendo a este cambio de perfil y a las modalidades de atención se desarrollaron las propuestas de esta primera etapa del centro asistencial.

De esta forma se pone en juego la propia subjetividad del trabajador, a través de la implicancia de los prestadores de un servicio que, en el contexto de crisis generalizada, se tornan el sostén del sistema de salud. Mediante el

involucramiento de los sujetos se garantiza la realización de un trabajo muy intenso y desgastante.

“Yo trabajaba, a las siete era mi hora de entrada, llegaba seis y media, y hay épocas que te digo la verdad llegaba a las seis de la mañana, en el primer micro que llegaba al hospital yo llegaba, por la gente que le tenía que dar turnos. Porque qué pasaba la gente se quedaba a dormir en aquella época había como un alero así adelante, como un porche, y ahí se ponían tirados con frazadas, con los niños en los changos, con los fríos. Yo me quería morir cuando abría la puerta y veía esa gente, bueno prendía las estufas, todo para que estén calentitos, yo por mi no se me hubiera quedado a dormir junto con ellos, para darle los turnos” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Yo me involucré mucho con la tarea, con la gente, como con un compromiso tomé con eso, un compromiso personal, ya te digo me dolía que estuvieran ahí... es más cuando llovía en mi casa yo pensaba cómo estarán pasando en tal lugar, en los hornos ponele, se estarán lloviendo enteros, que se yo. No, o sea cosas que vos decís” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Retomamos lo citado anteriormente, para los Organismos Internacionales:

“La autorresponsabilidad permite a las personas desarrollar libremente su propio destino” (OPS, 2003)

Los trabajadores del Centro de salud cumplieron de modo eficaz el desenvolvimiento del modelo flexible, se abocaron a despertar las “demandas” múltiples de la comunidad y lo hicieron autoresponsabilizándose de los costos, tal como marcaban los organismos internacionales.

### **3.3.1 Perfil de los trabajadores: Polivalencia**

Esta primera etapa se encuentra muy ligada a la figura del “Médico de familia” como gestor, impulsor, coordinador y organizador del funcionamiento de un incipiente servicio-apéndice devenido en un verdadero centro de atención primaria de la salud.

En nuestro caso resultó paradigmático y trascendental ya que el médico era uno de los primeros egresados de la especialidad recientemente creada en la provincia pero fuertemente impulsada a nivel mundial y nacional.

Como se describió en el apartado anterior la estrategia de atención primaria de la salud se proponía desarrollar centros asistenciales que “gestionaran” junto con la “participación” de la comunidad la salud de los miembros de la misma. De la mano de tal propuesta apareció la figura del médico que trabajaría en el primer nivel de atención de la salud. En este sentido los organismos internacionales fueron protagonistas en el impulso del médico general y/o familiar como un agente central y fundamental en la *contención de costos* (Bresca, 2013). Este lanzamiento tuvo consecuencias en las políticas diseñadas por los países y provincias que alentaron el desarrollo de dicha especialidad.

No solo (como dijimos en el capítulo 2) notamos la vigencia de las tecnologías de gobierno neoliberal sino que a nivel micro social las mismas se encontraban en concordancia con los cambios en la organización del trabajo.

El relanzamiento de la figura del médico general y/o médico de familia resulta coherente con la necesidad del capital de mejorar la productividad en los espacios de trabajo y la puesta en marcha de las nuevas formas de ser-hacer y estar en el trabajo, las que precisan de un trabajador multifuncional, polivalente y flexible, es decir “perfiles ensamblados” y auto-responsables.

Estas características corporizan en un solo médico que puede abordar diversas especialidades como ginecología, pediatría, gerontología y clínica y que al realizar el trabajo de muchos abarata el costo de la fuerza de trabajo

“La figura del médico general/familiar comienza a ser valorada al interior del sistema sanitario como un recurso costo-efectivo satisfactorio” (Ciuffolini, Jure, 2006)

“(...) definición del rol del médico general y/o familiar al otorgarle un lugar central en la contención de costos” (Bresca, 2013)

El médico de familia es su propio equipo, él cumple con todas las especialidades que se requieren a la hora de ejecutar el trabajo que demanda la atención primaria de la salud.

El anhelo toyotista de un retorno al trabajo artesanal se ve materializado en el médico de familia como aquel médico añorado por ser el médico de cabecera, que *intensifica* su productividad en el trabajo y suma la *polivalencia* de su perfil al gestionar su propio trabajo, en definitiva es un médico “empresario de sí mismo” (Zangaro, 2011)

En el libro “Medicina de Familia. Hacia un nuevo modelo de atención de la salud, se detallan nueve principios de la disciplina; uno de ellos expresamente afirma que “El médico de familia es el primer gerente del sistema” (Morosini, Roa, Siede, 1997)

Entonces así como los obreros en la fábrica durante el taylorismo-fordismo vieron sus oficios fragmentados, el trabajo médico fue desmenuzado y fraccionado en especialidades. Posteriormente así como los obreros pasaron de ser obreros parciales a plurioperadores con el paradigma ohonista, el médico de familia encarna el cambio actual (en la medicina) deviniendo en trabajador multifuncional, un “especialista flexible”.

“La Medicina familiar-general se puede definir como el cuidado médico primario de la salud y como parte del proceso por el cual la medicina misma se ajusta a las necesidades cambiantes de la sociedad” (Morosini, Roa, Siede, 1997)

Si bien el médico de familia es aquel que representa el nuevo perfil de trabajador multifuncional en el sector médico, la enfermería como disciplina prestadora de servicios de salud al igual que el profesional médico (solo que subordinada al mismo en tanto es la materialización de la división del trabajo en este ámbito) atraviesa los mismos cambios. Consideramos que todo el

personal que se desempeña en el primer nivel de atención (inclusive el trabajo social) enfrenta los cambios y/o la implementación de los perfiles de trabajo que impone la forma flexible.

Sin embargo la polivalencia del trabajo es identificada por el personal solamente en el médico.

“(...) el doctor era médico de familia entonces vino...cayó como anillo al dedo porque el atendía adultos, pediatría, adolescentes, mujeres embarazadas, todo. Era todólogo y un solo médico me entendes. Entonces era una papa para el hospital” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

“(...) estaba el Dr. solo para todo, o sea para revisar los niños, para controlar peso y talla, para las embarazadas, para el adulto, el diabético, el hipertenso para todo” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

Aun no siendo reconocida por los otros prestadores de salud, se da cuenta de esto en sus relatos

“Si, estaba sola y estaba a cargo de todo, de administrativa, hacía las estadísticas, me las llevaba a mi casa para hacer las estadísticas de vacunas, de las atenciones del médico, de las atenciones del odontólogo y me llevaba trabajo a mi casa directamente porque no me alcanzaba el tiempo ahí en el centro de salud. (...)” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

“Claro porque no había nadie que me reemplace, si yo me iba afuera ponete cuando yo iba a vacunar en la mañana, cuando yo venía tenía no sé.... treinta esperándome por decirte, diez esperándome para que lo cure, le haga un inyectable, le tome la presión, entonces era volverte loca, loca, loca” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

Como sabemos la estrategia del capital para abaratar costos mediante un trabajador que realiza las tareas de múltiples operarios le significa al sujeto una *intensificación de la carga de trabajo*.

En esta primera etapa la rutina de trabajo comenzaba muy temprano con la entrega de turnos continuaba con la atención, consejería y en medio de la actividad se preparaban diversas tareas con la comunidad, según el

cronograma se cortaba la atención a media mañana y se hacía el trabajo en terreno. Posteriormente el trabajo continuaba al medio día y fuera de horario.

“Se trabajaba mucho, eran las 6 de la tarde y yo seguía acá colocando DIU, haciendo control de embarazo. Yo hacía todo, estaba solo con la enfermera, los dos solos. Con la promoción, capacitación, controles ginecológicos, controles de niño sano, planificación familiar. Todo. Te digo que llegamos a tener tasa de mortalidad cero” (Entrevista a miembro del equipo de salud)

Todos los profesionales que ejercían tareas en el centro de salud (tanto enfermera, médico y trabajadora social) se quedaban fuera del horario de trabajo.

Otro de los fundamentos sobre los que se asienta el modelo japonés es el trabajo en equipo, que marca el cambio de la productividad individual a la productividad cooperativa del equipo, lo cual amplifica el rendimiento de los trabajadores.

El este caso el trabajo en equipo daba el soporte sobre el que se apoyaban los trabajadores para sobrellevar y resistir al exceso de trabajo y la carga de éste. Equipo mínimo considerado modelo en APS: Médico de familia, Enfermera y Trabajadora Social

Los entrevistados aducen que sin ese grupo de trabajo nada hubiera sido posible

Finalmente los testimonios dan cuenta de la colonización del trabajo en todas las esferas de la vida, en la medida que todos los trabajadores continuaban el trabajo en sus respectivos hogares. La necesidad de mayor cantidad de trabajo traspasa la frontera de la jornada laboral para llevarla a la “vida privada”.

### **3.3.2 Relación Hospital Centro de Salud: a propósito del apéndice estratégico**

Hasta aquí hemos detallado la forma de autogestión del centro de salud y su materialización en el arquetipo del modelo puesto en marcha y en ese camino las relaciones que se establecían por fuera del espacio para lograrlo.

Nos detendremos ahora en las relaciones con el hospital para dar cuenta de la configuración que se entretejió a lo largo de la historia entre el centro de salud y el hospital psiquiátrico.

En esta primera etapa de formación del centro, las relaciones giraban en torno a la demanda de personal para el trabajo. Si bien el médico de familia solo cumplía funciones para el centro de salud, el resto del personal lo hacía en ambos lugares. Este canal de relación con el hospital deviene en tensiones, luchas y resistencias que dan cuenta de los intereses que se juegan en un ámbito centrado en “enfermedades” “psiquiátricas” siendo éstos los dominantes teniendo en cuenta que se trata de un hospital monovalente. En este sentido aquellos intereses que se alejan de la “enfermedad” y se centran en la “salud”, (y que abordan una diversidad de problemáticas sociales y clínicas como son las tratadas en un centro de atención primaria), resultan subordinadas, sometidas a esa posición hegemónica.

El personal que cumplía funciones en ambos espacios afrontaba no solo una carga ligada a la cantidad del trabajo sino un exceso de trabajo ya que el trabajo real superaba ampliamente al trabajo prescripto. Referimos a que debían cumplir funciones en dos espacios de trabajo totalmente diferentes para los que se les exigía tareas diversas y que ponía en tensión a los jefes de cada servicio o sector.

“sacar el laburo en la mañana en el servicio y después voy y saco el laburo allá en el centro de salud, me dejan de joder. O me dejan en el centro de salud o me dejan en el servicio y chau y me planteo en esa viste” (Entrevista miembro del equipo de salud)

El tipo de trabajo realizado en cada uno de estos espacios es diametralmente opuesto y se traduce en una resistencia del personal del centro de salud al

trabajo en el psiquiátrico. Para el personal el trabajo en los servicios es hostil relacionado con una rutina pasiva y agobiante que no se modifica y a la larga enferma.

“El Sauce es así, viste es como muy pasivo y si vos no le pones un poco de onda o de que se yo de impulso, no sé, de buenas cosas creativas eso se te va para atrás porque se te hace una rutina que te come la cabeza” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Yo decía “ahh, trabajar así como un caballo con anteojeras dentro de los servicios” (...) “Yo estaba todos los días en el centro de salud, era mi lugar en el mundo, yo les decía mira, miraba para el hospital y cuando me llamaban me quería morir, me quería morir” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Los testimonios dan cuenta de la problemática compleja del trabajo en el espacio psiquiátrico

De acuerdo a la organización de las jerarquías hospitalarias y en departamentos, aquellos que debían derivar trabajadores al centro de salud manifestaban un control y tensión mayor respecto al trabajo en ese espacio, en principio para ceder parte del personal y posteriormente a través del control del trabajo siempre exigido desde y para el hospital

“(…) desde el servicio social a mí me reclamaban que yo hiciera más tarea para el hospital que para el centro de salud (...) No, nunca les gustó, nunca me lo perdonaron, siempre dijeron que era un curro, que no era algo...que en realidad yo me tenía que sintonizar más con la salud mental (Entrevista miembro del equipo de salud)

“(…) cuando saltó que yo estaba sola, priorizaban las cosas para el hospital, entraba una enfermera y la mandaban al hospital. Yo hablaba con supervisión, hemos pasado por nota, lo he discutido personalmente con supervisión, le he dicho escúchame los centros de salud hacen concurso para que entre personal de enfermería a trabajar en centros de salud, por qué no podes mandar una enfermera para acá, una enfermera, sino un personal administrativo, que siempre había pasantes y todos quedaban por allá, por contaduría, por consultorio externo, por no sé, por cualquier lado, menos al centro de salud” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Si bien es evidente que la balanza se inclina del lado de la especialidad del hospital, debemos traspasar esa primera lectura para decir que detrás de la organización del sistema de salud en hospitales y centros de salud se

encuentra un modelo de salud vigente, que como dijimos en ese momento se trataba del neoliberalismo.

Así lo que predominaba era la escasez de recursos en todo el sistema de salud. Recordemos que los centros de salud se proponen como modo de abaratar costos. En este sentido debe comprenderse la disputa entre ambos efectores en relación al personal: la dotación del mismo es una interminable batalla que en general se resuelve a favor de la institución manicomial y que reconoce el traslado de la “competencia” a los efectores, como si la disyuntiva pasara por elegir entre lo urgente (enfermedad mental) o lo importante (la salud de la comunidad).

Tal como expresamos el trabajo era muy diferente en cada uno de los espacios, encontramos coherencia en la resistencia de los propios trabajadores del hospital a ceder personal. Nos referimos a que los cambios en la organización del trabajo atravesaban a todo el sistema de salud, entonces los trabajadores quedaban presos del modelo y las carencias se arreglaban con “voluntarismos”.

Lo que estaba en juego siguiendo a Bourdieu es la lógica dominante del modelo de salud. Había que elegir entre la monovalencia o la polivalencia en la prestación de la salud, todo ello con los mismos “recursos” para el trabajo.

### **3.4 Segundo período: Retracción del Centro de Salud “puertas adentro”**

En esta segunda etapa se producen cambios y continuidades respecto a la anterior.

En el marco internacional observamos una continuidad sin rupturas en las tecnologías de gobierno neoliberal aplicadas al campo de la salud como la “atención primaria de la salud”. Las recetas de los Organismos Internacionales de salud hasta la actualidad sostienen el anhelo del “desarrollo” de los países “atrasados” a través de estrategias de atención esencial y mínima.

En lo que respecta a los trabajadores de la salud vemos otra continuidad en tanto asalariados que afrontan los cambios de paradigmas productivos. Aun siendo disciplinas estratégicas en la implementación de la biopolítica nacional

e internacional, sufren los mecanismos de normalización de los cuerpos. Podemos mencionar la creación del “Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud<sup>111</sup>” promovido por la Organización Panamericana de la Salud con participación de la CEPAL y OIT<sup>112</sup>; y en esta sintonía el lanzamiento del “Observatorio de los recursos humanos en salud de Argentina” en el año 2000 como muestra de la importancia que se da al “capital humano”, tanto como la necesidad de seguimiento de las líneas de acción establecidas mundialmente para alcanzar los estándares mínimos de salud.

En la misma dirección, en el año 2007 se elaboraron las “metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015” también por los Organismos Internacionales<sup>113</sup>, a las que nuestro país adhirió sin ningún tipo de críticas. En su primer apartado encontramos claridad respecto a la concepción y uso de los trabajadores como recursos moldeables.

“Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se *adapte* a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente.” (OMS-OPS, 2007, resaltado nuestro)

A nivel país notamos que también existe una continuidad con el modelo neoliberal respecto a que el sistema de salud público actúa de manera focalizada. Tal como lo identificó Titmus (1958 en Fleury, 1997) “modelo residual de política social<sup>114</sup>” y como lo afirmó Fleury “El Estado como protector de la parcela más pobre” (Fleury 1997:310) sosteniendo la organización del sistema de salud fragmentado y claseado. Sin embargo a diferencia de la mercantilización con desestatalización acontecida en la década de 1990, se dio un giro hacia la re estatalización evidenciada en el relanzamiento de múltiples programas de salud, centrados sobre todo en la atención primaria de la salud y en los ya mencionados “grupos de riesgo”.

En nuestro caso de estudio la característica que marcó esta etapa fue la retracción de los trabajadores que en el periodo anterior se involucraron con el

---

<sup>111</sup> <http://www.observatoriorh.org/>

<sup>112</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Organización Internacional del Trabajo.

<sup>113</sup> En este caso nos referimos a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Panamericana de la Salud

<sup>114</sup> Entendemos el concepto como un tipo ideal.

modelo, abrieron la puerta del centro de salud a las necesidades de la comunidad y se encontraron con un rebasamiento de lo que ellos denominan “demanda” conformada por las necesidades reales y tangibles de 'salud' de la comunidad.

Fueron múltiples las variables que influyeron en la configuración del trabajo atrincherado, en principio y como causa determinante consideramos que el trípode de profesionales (“equipo modelo”) que dio sustento a esa primera etapa se vio quebrado, y mostró su resistencia de diversos modos, algunos saliendo del juego (enfermedades laborales) y otros adaptándose a las nuevas formas pero cargando con agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Esto implicó el abandono de la forma toyotista de búsqueda de la “demanda” para recluirse en el propio centro de salud y en este sentido centrarse en la oferta. La lógica de la oferta se reforzó mediante la propia reestatalización y el acercamiento al modelo hospitalario. En este sentido se materializa lo que podemos llamar una refordización, siendo el hospital el espacio típicamente taylorista fordita centrado en la oferta, con la impronta de especialización, en este caso “monovalente”.

El apego al hospital se potenció porque el jefe del centro de salud comenzó a cumplir funciones también en el hospital. De acuerdo a las normativas provinciales, en el año 2003 los trabajadores estatales no podían tener más de dos cargos en el estado y ante la sospecha de renuncia del médico para cumplir con la normativa se le ofrece hacerse cargo de la atención clínica de los internos del hospital. A partir de ese momento el médico prestó servicios para ambos lugares: centro de salud y hospital.

Otra de las pautas de re estatalización estuvo dada por la proliferación de programas. En el marco del Plan Federal de Salud (2004-2007) el gobierno nacional lanzó programas que se proponían dar mayor impulso a la atención primaria de la salud y específicamente al personal que se desempeñara en el primer nivel de atención, tal fue el caso del Programa Médicos Comunitarios que otorgaba título de Posgrado en Salud Social y Comunitaria y durante la

formación beca al personal para que desarrollara el trabajo en centros de salud de todo el país privilegiando zonas rurales y marginales.

Estos programas permitieron contar con nuevos profesionales pero también potenciaron la dependencia hacia los mismos., lo cual remarca la dependencia de las relaciones laborales a la efectivización de programas y partidas presupuestarias nacionales.

Mediante este programa llegó por primera vez una especialidad distinta a la medicina de familia al lugar. Tiempo después mediante el mismo, inició su trabajo otra médica de familia. Ambas becadas por “Médicos Comunitarios”.

Si bien la llegada de médicas mediante la propia gestión del centro de salud se vivió como una conquista, no sucedió lo mismo con el resto de las disciplinas.

Por otra parte, la “gestión” de recursos humanos en este período se hace más problemática entre el centro de salud y el hospital. Esto se vive como rotación interna entre ambos efectores (cambios de personal entre puestos diferentes de trabajo) y como castigo (ciertos trabajadores derivados al centro de salud para purgar un mal desempeño)

Los trabajadores que el hospital “cedía” “permitía” u “otorgaba” al centro de salud era aquel no deseado por el nosocomio en términos de productividad: trabajadores con problemas de salud como consecuencia del propio trabajo o que habían atravesado conflictos laborales. Además luego del retiro de la primer trabajadora social que trabajó en el efector, no se volvió a contar con una profesional de su rama que cumpliera funciones todos los días. El hospital permitió que solo una vez por semana una de las profesionales del servicio de trabajo social del hospital lo hiciera en el centro de salud. Es importante destacar que la propia trabajadora social que llegó al servicio “comunitario” identifica su llegada como un “castigo” de parte de la dirección del hospital por la obtención de su mayor dedicación, debido a que en su propuesta además de las múltiples tareas en un anexo sugería solamente “colaborar” con el servicio comunitario y no cumplir funciones en el mismo.

Otro de los hechos que marcó esta segunda etapa fue la “remodelación y ampliación del efector”. Al igual que el origen del centro asistencial cuando nos centramos en la remodelación del mismo los relatos se entrecruzan en dos sentidos por un lado se aduce que se trataba del proyecto de un director del hospital para trasladar el servicio de “infanto-juvenil” de los consultorios externos al lugar donde se ubica el centro de salud y movilizarlo al fondo del hospital pero por otro lado, se afirma que fue un proyecto de ampliación del centro de salud.

Podemos decir que existió una lucha librada desde el centro de salud en defensa del espacio de trabajo a través del médico de familia que se negó al traslado. De acuerdo a esta tensión el proyecto se paralizó y varios años después, con una gestión diferente, resurgió materializado en ampliación del espacio del centro de salud.

Tal situación se vivió como una nueva manifestación de los intereses dominantes del hospital siempre ligado a lo psiquiátrico y en este sentido como una lucha del centro de salud por ocupar espacios necesarios para su funcionamiento. Además de constituir un nuevo ejemplo de la disputa entre efectores por apropiarse de los recursos escasos.

### **3.4.1 Relación Hospital-Centro de Salud: psiquiátrico como nicho de continuidad de la organización científica del trabajo**

Podemos decir que el hospital como espacio privilegiado de medicalización y reunión de enfermos, presenta formas de organización tales como las que se implementaban en la gran industria: en este caso el espacio de encierro reúne a las diversas especialidades ligadas a la psiquiatría para la atención del enfermo mental

En el organigrama del Hospital, así como en el organigrama fordista, notamos que proliferan escaños jerárquicos (escalones o niveles) porque aumentan los controles en el puesto de trabajo. A diferencia del modelo toyotista donde el

control lo ejerce el propio trabajador como auto-control, y por tanto las jerarquías disminuyen y/o la pirámide jerárquica se achata.

Por otra parte el organigrama vigente muestra las continuidades del modelo neoliberal, en el sentido que adoptó el gerenciamiento de la salud pública, (tal como lo expresamos en el capítulo 2). En la cúspide se encuentra un director ejecutivo y dos “gerencias” (asistencial y administrativa) y en el mismo rango que éstas (dependiendo también de la mayor jerarquía) encontramos el departamento de recursos humanos e infraestructura (las personas administradas como cosas, las cosas en el lugar de las personas).. No solo podemos identificar dicho gerenciamiento sino también el tinte otorgado por la administración de empresas. Se trata de una organización estrictamente jerárquica determinada por un fuerte control de los puestos de trabajo.

En la estructura hospitalaria existen múltiples departamentos y servicios que cuentan con un jefe de manera excluyente, por lo que el personal responde a variados administradores. Podemos considerar esta situación como la antítesis del organigrama propuesto por Fayol, ya que según sus lineamientos (y según lo que se observa en el organigrama mismo) el poder se concentra en la “Dirección general” siendo su función esencial concentrada en la cúspide jerárquica de la administración. En nuestro y como expresión de las disputas entre modelos, se advierte el poder administrativo diseminado en múltiples jefaturas y niveles de mando.

“(…) en el hospital hay una verticalidad espantosa, yo en un momento conté que tenía como ocho jefes. Tenía el jefe del centro de salud, mi jefa de servicio social (...) si tenías que trabajar en los servicios, en cada servicio había un jefe más, el jefe de consultorio externo más el jefe de servicio de infanto juvenil, mas dependíamos como servicio social del gerente(...) Y a todos tenías que responder, no te puedes mover un dedo sin que el jefe lo sepa, y eso es espantoso para poder trabajar, no digo que uno tenga que no respetar a la autoridad, pero...”(Entrevista miembro del equipo de salud)

Al interior de cada departamento o servicio se debía cumplir con las formas establecidas por el hospital debiendo existir un jefe de servicio o sector. En el

caso del centro de salud la disposición de jerarquías era la siguiente: un jefe del servicio, un jefe de enfermería, un jefe de odontología aun cuando se contara tan solo con un representante de cada disciplina.

“Trajeron una resolución interna, por supuesto sin derecho a reclamo, porque son así en el hospital de que yo estaba encargada del centro de salud, era como la jefa del centro de salud, ¿qué jefa si era la única? Era jefa, cacique e indio ¿jefa de qué? Era jefa para firmar el inventario, que si se perdió una pinza yo iba a ser la responsable” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Consideramos que la configuración que adopta la organización del trabajo representa el anclaje de un momento de transición, donde se mezclan, cruzan y enfrentan dos lógicas: la verticalidad y jerarquía típicamente taylorista-fordista-fayolista (predominante en el hospital) y la descentralización autónoma del toyotismo (predominante en el centro de salud).

El centro de salud como lugar típicamente toyotista, con atención polivalente, deviene en apéndice del Hospital monovalente.

“(..).la bronca que nos dio viste, que la directora por supuesto se hecho todos los laureles encima, “que hemos inaugurado este centro de salud, que hemos puesto”, no sabía si había ginecóloga, no sabía nada. Y al doctor no le dieron la oportunidad de decir una palabra, siendo que él ha sido el fundador y el que sigue trabajando en ese lugar me entendes, no tendría que haber hablado la directora solamente, ponele que hubiese dicho unas palabras pero el que tenía que darle la palabra era al doctor. Nos quedamos re asadas nosotros me entendes, porque el que más sabe de la historia, de la trayectoria y de todo lo que se ha hecho en el centro de salud es él, porque es como el fundador él, él ha trabajado tanto por la comunidad” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“inaugurar el centro de salud y no saber quién es, nombrar mal quien era el jefe del centro de salud, hasta quienes trabajaban en el centro de salud, no saber quiénes trabajan para vos. Era como que el centro de salud era nada, estaba ahí y bueno y cuando puedo.....aparte el que les salvaba las papas muchas veces al hospital pero nunca tuvieron noción de lo que era atención primaria” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Cuando se inaugura la ampliación del centro de salud, no se me hace ni un mínimo reportaje, habla todo el mundo, la directora, todo el

mundo y yo no hablo, nadie me pregunta nada, la directora dos días antes me pide a mí que le diga qué lo que se hacía que lo que teníamos que lo que no teníamos para hablar en el discurso, no tenía idea, nunca han tenido idea de lo que se ha hecho y no se ha hecho” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Así solo lo mental (psiquiátrico-monovalente) se vuelve visible y lo corporal invisible (centro de salud-polivalente). Dos lógicas que disputan la yuxtaposición incoherente de transformaciones en el proceso de 'producir' salud. Aquí la “desespecialización flexible” (medicina de familia) resulta subestimada, negada e invisibilizada por la “ultraespecialización” (psiquiatría). En este caso lo que se pretende mostrar es el efector psiquiátrico, aun cuando la reinauguración es del propio centro de salud y la producción no es la salud mental sino por el contrario es la propia de un centro de atención polivalente de salud-enfermedad.

Así como en la etapa taylorista-fordista se buscaba racionalizar mediante el control de tiempos y movimientos para obtener la producción en serie, en el escenario analizado el control del trabajo se realiza mediante cuantificación de la tarea. El cronómetro fordista se ve alzado y resignificado por la gestión del hospital. La refordización se impuso a través de diversas tecnologías como el *reloj* con estipulación estricta de horarios de entrada y salida y (a pesar de no aparecer en el organigrama desactualizado pero vigente) el servicio de *estadística* como forma de cuantificar y medir el rendimiento del personal.

Si bien el control se ejerce sobre todos los trabajadores del hospital, esto es vivenciado de manera diferente por los prestadores de atención primaria de la salud debido a que su perfil flexible y autónomo se contradice con este control netamente cuantitativo. Como dijimos en la etapa anterior el modelo toyotista garantizó mayor productividad mediante al autocontrol del trabajador y además incorporó la calidad del producto, en contraposición del taylorismo-fordismo que busca incrementar la productividad mediante producción estandarizada y en serie.

“El control que hacen ahora es ver el trabajo específicamente, tus horarios de entrada y salida, y ver tus estadísticas, tus informes diarios,

de la gente que vos atiendes o no atiendes nada más. No es que vayan ahí y vean si faltan médicos, si la gente está conforme o no está conforme, se manejan con lo que les llega en papeles(...) pero no hay un seguimiento, es decir es como un control autoritario” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Yo le llame a supervisión de enfermería y me quejé. Ellas dijeron que no sabían nada. Pero le dije evalúame en el terreno no con la estadística. Se evalúa por la tarea por como sacamos la tarea, que vea los carnet de vacunación, lo nuestro es la atención primaria” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Todo el tiempo estaban...pero no control un control para mejor, sino que era control de persecuimiento, es mejor, haber mejor me expreso, control de seguimiento hubiera sido mejor porque vos haces un control de seguimiento para mejorar la calidad de atención pero no un control de persecuimiento, ese era el control que hacían de persecuimiento. Porque haber no me gustó lo que haces y vamos a ver que estás haciendo, si estas cumpliendo” (Entrevista miembro del equipo de salud)

La estadística es utilizada para controlar y no para mejorar los estándares de atención. Debido a ello cuando el centro de salud las solicitaba se les negaba el acceso a las mismas. Esto es otra muestra del desconocimiento del trabajo en atención primaria tanto como del enfrentamiento de los perfiles de trabajo “competitivos entre sí”, en la medida que el trabajador flexible de atención primaria según el trabajo que le es prescripto debe no solo buscar la demanda sino adaptarse a la misma. En sentido opuesto, en el hospital la estadística es usada centralmente como herramienta de control y no para la gestión de salud por parte de los trabajadores.

“no podía armar ningún proyecto, ningún programa, eso es lo otro que no pudimos hacer, porque vos entendes de esto, un proyecto vos no lo podes hacer sino tenes la base, el fundamento, en que me voy a basar, entonces si yo no tengo en que basarme cómo voy hacer un proyecto, como voy a trabajar, ¿qué voy a trabajar lo que a mí me parece y no lo que es la necesidad del otro? Voy a decir, voy hacer talleres de planificación familiar, eso es lo que yo creo `pero no la necesidad del otro” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Así también se medía la *productividad* que en el caso de la medicina deviene en la exigencia de un número de pacientes atendidos por hora. Esto provocaba un efecto normalizador ya que si un trabajador atendía más resultaba

perjudicial para el resto que debía adaptarse a ese ritmo productivo para la lente del control.

“pero en el Estado siempre lo que vi que se medía cantidad y no calidad, pero vos dale calidad también a la gente, a la persona que trabaja, entonces termina cansando, es como si te estuvieran poniendo palos en la rueda, vos decís yo hago, estoy haciendo tal cosa y me están diciendo que...” (Entrevista miembro del equipo de salud)

El número de pacientes atendidos siempre excede al pautado por las direcciones

“si aparte te imaginas vos atendes 50 pacientes por día y los vagos te joden (...) entonces no podes creer viste que te, que los tipos te evalúen por tan poquita cosa, con eso si vos los viste o no los viste, es decir sos más o mejor médico si venís y te llenas unos papeles” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Aparte excederse en el horario (...) el doctor se atendía como 40 por día y no los atendía mal y los conocía, conocía la historia familiar porque esa es una de las premisas que tiene el médico de familia, conocer toda la historia familiar” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“(...) Te lleva tu tiempo, es una consulta (...) si uno tuviera que sumar todo eso, no ve doce ni quince, ve veinte en el día (...)” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Sintéticamente podemos decir que es notable la convivencia de herramientas de ambos paradigmas productivos. Por un lado se prescribe que la atención debe ser de calidad, humanizada con involucramiento en la tarea, así el tiempo de atención debe extenderse; por otro lado se exige cantidad y masividad. Sin embargo en ambos modelos hay una convivencia de las estrategias que garantizan el aumento de productividad y someten a los trabajadores a una mayor extorsión de sus capacidades de trabajo.

“No, no, ese seguimiento, esa cuestión de que los números tienen que dar, que ustedes tienen que hacer lo que yo le digo, eso a mi es lo que más me agotó ...en realidad el que nunca entendieran de que uno estaba trabajando, nunca lo entendieron, eso, lo que me terminó de rebalsar y dije hasta acá” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Finalmente la incompatibilidad de modelos se manifiesta también en la relación del centro de salud con el servicio de farmacia del hospital. Como dijimos

anteriormente el modo anti-fayoliano es notorio en este caso, en la medida que la jefatura del servicio de farmacia manejaba la medicación del centro de salud de acuerdo a sus propios criterios. Los mecanismos burocráticos impuestos demoraban, obstaculizaban o finalmente coartaban la entrega de medicación. Las tensiones se manifiestan en los entrevistados respecto a los canales de comunicación sobre la medicación existente, y en medio de esto la percepción de los pacientes como rehenes.

“y después hicieron una nota que nosotros no ocupábamos hierro porque el hierro se vencía, pero a ver si vos no sabías, había medicación que vos la mandabas a pedir supuestamente no había y después te mandaban una nota que tenías que sacarlo porque ya se vencía porque ustedes no mandaban, pero si nunca te dijeron. Y para uno saber que la medicación se vence es una puñalada en el medio del pecho cuando vos sabés que hay gente que no tiene para comprarlo y la escasez de recursos que hay en otros lugares, entonces te daban ganas de matarlo, los antiparasitarios, yo creo que una vez inclusive en la parte de adultos hasta medicación para la diabetes” (Entrevista miembro del equipo de salud)

### **3.4.2 Perfil de los trabajadores: Precarización**

Entendemos la precarización laboral como un fenómeno multidimensional que refiere a la intensidad actual del trabajo y la inestabilidad de la relación laboral, que involucra contratos por tiempo determinado, variación de salarios, extensión e intensificación de la jornada laboral y cargas laborales, y múltiples situaciones que de conjunto vulneran la condición de vida de los trabajadores.

En Argentina y Mendoza la precarización se manifiesta sostenidamente en el sector de la salud. La continuidad de los contratos de locación de servicios que generan trabajos inseguros, de bajos salarios y sin beneficios sociales muestra que las reformas neoliberales siguen vigentes.

En nuestro caso, finalizadas las becas otorgadas por el Programa Médicos Comunitarios pudo darse continuidad al trabajo de las nuevas profesionales mediante la aprobación de dos contratos. Sin embargo no fue persistente la duración ya que debido a los bajos salarios que se abonaban mediante estos

contratos, sumado a la propia inestabilidad y a la gran distancia espacial que se debe recorrer para llegar al hospital, la ginecóloga renunció. Contrariamente la médica de familia continuó mediante la obtención de una adscripción de su trabajo anterior para cumplir funciones en el centro de salud. Ante esta posibilidad solicitó mantener medio contrato para ampliar el horario de atención del centro de salud. Sin embargo y a pesar de la gestión realizada por la profesional, el hospital utilizó el contrato para emplear personal para el hospital.

La escasez de recursos se combina con las reformas de las leyes laborales, lo cual incide en el abaratamiento de la fuerza de trabajo mediante contratos precarios. Situación que se agrava porque hasta los mismos contratos son limitados.

Como parte del proceso de precarización del trabajo en el sector de la salud, podemos rescatar diversos testimonios del personal. Tal es el caso de un agente que ingresó al hospital como personal de limpieza a través de un contrato de servicios generales y después de siete años obtuvo el pase a planta. Luego de recibirse de enfermera y cumplir funciones en el centro de salud como tal, cobró durante siete años como personal de limpieza, pudiendo ejercer su trabajo mediante un “convenio interno”.

Este caso muestra que los contratos se sostienen a lo largo del tiempo, y la promesa de asalarización y vínculo formal mantiene a los trabajadores por años en situación de precariedad.

El reclutamiento de personal, por otra parte se torna otro dilema, debido a que no resulta fácil que las especialidades “no flexibles” (por llamarlas de algún modo), acepten trabajar en centros de salud y por otra parte, las exigencias laborales hacen más apetecible para los profesionales trabajar en el ámbito privado. Tal fue el caso del contrato de una especialista en ginecología que

prestó servicios durante menos de un año y se retiró debido a la inestabilidad contractual que se le ofrecía<sup>115</sup>.

La precarización también puede ser analizada como vulneración de derechos de los trabajadores. Uno de los miembros del equipo permaneció varios años sin tomar licencia debido a que el hospital no la autorizaba en tanto y en cuanto el mismo no garantizara un reemplazo para su cargo, pretendiendo que el resto del personal médico que trabajaba en el centro de salud se hiciera cargo del trabajo hospitalario.

“yo soy un tipo muy estructurado con respecto a mis compromisos y mis responsabilidades, no te lo tengo que decir a vos, me has visto, entonces esto como que es muy desestructurante para mí, para mi psiquis. Porque te imaginas un tipo que siempre hace las cosas con responsabilidad, hace dos años que no me he tomado licencia por el tema esto de que no tengo a quien me ponga” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Así el trabajador asalariado debe autoresponsabilizarse de la resolución de un reemplazo para la toma de su licencia. Por otra parte se trasladaba el conflicto a los trabajadores que debían solucionar el problema entre pares, esto se traducía en enfrentamientos ya que al personal que debía reemplazarlo le significaba una sobrecarga de trabajo y además trabajo no pago.

“(…) no les importaba lo que pasaba con el centro de salud, entonces yo nunca me voy a olvidar que el doctor se podía ir de vacaciones si yo me quedaba con los pacientes a cargo de los pacientes y a veces vos tenías el centro de salud lleno y ellos llamaban porque había una urgencia en el hospital porque vos dependías del hospital entonces vos no podías decir no tu jefe es la dirección y manda la dirección sino esta tu jefe menos” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“(…) el máximo fue cuando vino el director, que lo que sería, el gerente administrativo, vino a decirme que si se iba el doctor como íbamos a organizarnos. Le dije que yo no me hacía cargo del hospital y le dije soy médico de atención primaria y veo más que nada niños y no entendía. Entonces me dice hagamos una cosa si usted piensa que es

---

<sup>115</sup> Pudimos observar el enfrentamiento que se produce entre las especialidades típicas como la ginecología y las especialidades flexibles como la medicina de familia, evidenciadas en el proceso de trabajo, el involucramiento con los sujetos que solicitan prestaciones de salud, la hegemonía médica. Diferencias estructurales que muestran los perfiles de trabajo opuestos.

así, entonces yo me hago cargo de que usted acá nada más vea tres pacientes por día ¿tres pacientes? ¿tres pacientes? Te juro que lo tendría que haber grabado ¿tres pacientes le digo yo acá en el centro de salud pidiéndomelo en junio cuando estamos en emergencia sanitaria? ¿Usted va a poner la cara para dar turnos para tres pacientes nada más? A cambio de que yo me hiciera cargo del hospital, todo por qué, porque no pagan un médico para hacer las prestaciones que tenía que hacer porque se iba el médico clínico y con la misma mano de obra que ellos tenían hacete cargo de todo, y mientras tanto como esto es un servicio (asi bien pronunciado) porque lo tomaban como un servicio no como un centro de salud (Entrevista miembro del equipo de salud)

Esta situación vuelve a marcarnos la convivencia tensionante de paradigmas productivos y formas contrarias de organizar el trabajo. Para el fordismo, el propósito era mantener “un hombre una tarea”, combinados con la flexibilidad de los lineamientos post fordistas de autoresponsabilidad de los trabajadores.

En este sentido es notoria la exigencia de la dirección del hospital sobre enfermería para que realice las tareas administrativas complementado con la negociación sistemática a ceder personal para ese puesto.

“Entonces agarra el Licenciado y empieza a decir y bueno en realidad te queríamos decir una cosa, los que podrían hacer el trabajo administrativo tendrían que ser los enfermeros si vos viste que no hacen nada” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Nuestra llegada al centro de salud también se dio a través de una forma de contratación precaria, las denominadas “pasantías”; y justamente el trabajo prescripto por el hospital era desempeñar tareas administrativas.

Finalmente podemos destacar la rotación del personal entre servicios como característica de inestabilidad en el trabajo y del requerimiento de un tipo de trabajador flexible

“Nosotros dependemos y somos personal del hospital. Yo hoy puedo trabajar en el centro de salud mañana puedo trabajar en la parte de internaciones, porque soy un personal que soy movable y puedo estar en otro lugar” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Al fin de esta segunda etapa se coronó la imposición de la lógica hospitalaria, como la forma que detentó mayor poder en esta relación entre efectores.

Ante la renuncia de las dos ginecólogas que pasaron por el centro de salud, los contratos fueron inmediatamente absorbidos por el hospital, sumado a que como dijimos el contrato que tenía la médica de familia solicitado para extender el horario de atención del centro de salud también fue negado, retirado y nuevamente absorbido por el hospital

Por otra parte nunca se volvió a conseguir que una trabajadora social prestara servicios todos los días; durante siete años solo hubo un día de atención semanal y en la actualidad ya no se presta atención de trabajo social, debido a que la trabajadora social no cumplió más funciones en el lugar y el hospital no cedió otro personal. A esto se suma la política provincial de congelamiento de contratos que afecta directamente al trabajo social. Una de las entrevistadas refirió que se evidencia un detrimento de la presencia de trabajadores sociales en el sistema de salud, sobre todo en los centros de atención primaria

“en el último año ocho cargos de trabajo social que se han jubilado no han sido reemplazados” (Entrevista trabajadora de la salud)

A la inversa que en el periodo anterior donde el lugar de trabajo era pequeño y los recursos mínimos, en este segundo momento el espacio fue ampliado y se dotó de recursos (esterilizador, aire acondicionado, computadora, entre otros) a través de los programas nacionales como Plan Nacer (posteriormente Plan Sumar). Sin embargo las infraestructuras y recursos aportados carecen de un uso efectivo debido a que el centro de salud vuelve a encontrarse sin personal. La reactivación de la salud mediante estatalización muestra el avance de planes y programas centrados en las poblaciones excluidas, pero las lógicas neoliberales de precarización del trabajo no cambian<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup> Podemos destacar que los recursos obtenidos a través de Plan Nacer se obtienen mediante el registro de las tareas realizadas por los médicos, pero el dinero recaudado mediante el trabajo no puede ser invertido en contratación de mayor personal por expresa imposición del programa.

“Porque no hay más profesionales. Vos puedes tener un terrible centro de salud pero siguen siendo dos, o sea humanamente no es posible” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Los centros de salud atraviesan la falta de personal de manera sistemática y el perfil polivalente de los trabajadores se refuerza.

Aquellos que resisten en las trincheras del sistema de salud ven su trabajo sobrecargado por la reestatalización que mediante las políticas focalizadas en los pobres requieren de la medicina como estrategia biopolítica. Entonces el personal de atención primaria es el “especialista” en legitimar (mediante controles) el estado de salud de los pobres que los habilita al cobro de lo que puede ser Asignación Universal por Hijo y/o la Asignación por Embarazo. Esto se traduce en mayor cantidad de trabajo.

“Entonces es un árbol que se llena de ramas pero la base, el tronco, siempre seguimos siendo los mismos” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Si más cantidad por menos recursos, más cantidad con menos recursos, mucho más trabajo, más trabajo con menos recursos (...)y tenes mucho más trabajo mecánico, entonces como que cansa” (Entrevista miembro del equipo de salud)

### **3.5 Distinto camino el mismo final**

Describimos los distintos procesos acontecidos en cada una de las etapas del efector seleccionado, pero consideramos que ambas arriban a un resultado común: el deterioro vital de los trabajadores.

En la primera etapa debemos decir que el Centros de Salud conforma lo que el Ohonismo definió como “fábrica mínima, así el perfil asumido por los trabajadores les significó sobrecarga de trabajo y colonización de todas las

esferas de la vida. La implicación de los sujetos con el trabajo y la autoresponsabilización sostenida provocó daños irreparables en los trabajadores

En el trabajo de campo se revela de forma unánime que ninguno de los trabajadores identificaba cansancio con la actividad mientras la realizaba. Encontramos coherencia debido que claramente apelaban a “ideologías defensivas” (Neffa, 2001).

El arquetipo del modelo, fábrica mínima del sistema de salud, mediante las formas de organización impuestas se cumplió a costa de la enajenación, la enfermedad y pérdida de los trabajadores.

“Mira fue tanto, tanto, que el último año que ya me tocaba jubilarme, vos sabes que la gente me hablaba y yo no sé ni lo que me decía. Y ya cuando vienen y me cuentan que han violado a su hija, es como que no me pasa nada, como que ni me emociona, ni me da bronca, ni me pasa nada, porque era todos los días” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“(…) yo lo que empecé a sentir fue eso, como que rechazaba al paciente me entendés, no lo maltrataba, lo rechazaba (…) no quería que me hagan más preguntas, no quería saber de la presión. Porque viste que vos vas y le tomas la presión y no es tomarle la presión, es que te empiezan a contar su historia, “que el niño que se me murió, que no sé qué lo que paso, que no tengo plata, que el remedio, que internaron a mi marido, que mi hijo no sé qué bueno”, y yo siempre he sido muy receptiva, esas es una de las cosas que creo que me ha jugado en contra, si yo hubiera sido más fría, hubiera puesto un límite me entendés, porque yo no era psicóloga, no era psiquiatra, para poner la oreja mi cabeza no estaba preparada para eso, me parece, me entendés. Entonces si yo a lo mejor hubiera podido poner un límite de decir, bueno nada, tomar la presión tanto y hasta luego, chau, cortar ahí, me entendés, pero yo nada es como que conocía a la familia...Yo me involucré mucho con la tarea, con la gente, como con un compromiso tomé con eso, un compromiso personal, ya te digo me dolía que estuvieran a ... , es más cuando llovía en mi casa yo pensaba cómo estarán pasando en tal lugar, en los hornos ponele, se estarán lloviendo enteros, que se yo. No, o sea cosas que vos decís” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Así identificamos en los relatos los síntomas típicos de lo que se conoce como “respuesta del sujeto al estrés laboral crónico” o Burnout (Bosqued, 2008; Gil

Monte 2005; Maslach, 1982b, 2001). En las narraciones sobre su vida laboral se manifiesta la *despersonalización* de los trabajadores, definida como el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas destinatarias de la tarea, actitudes distantes, indiferentes e insensibles además de un marcado endurecimiento afectivo. Asimismo *reducida realización personal y agotamiento emocional*:

“(...) el tema que sí, el que claudiqué fui yo, ahí me di cuenta que los recursos humanos son finitos, como que no puedes terminar haciendo todo y querer dar respuesta a todo y solo. Si el que claudique fui yo (...)...aunque vos seas muy comprometido, creas en los principio del APS, logres resultados.....pero te encontras a las 18 todavía trabajando solo, descuidas tu familia, tu vida personal (...)” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Y ahí como que también ya me empecé a descreer de mis propios ideales, de mis cuestiones de la atención primaria, seguí laburando, nunca se dejaron de hacer trabajos preventivos y toda esa historia pero no con aquella idea me entendés” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Y bueno nada y después por ejemplo, me cambiaron de lugar y me costaba mucho ir al centro de salud, me costaba entrar, me costaba entrar un montón me entendés, porque era un lugar muy querido para mí, porque yo había vivido muchísimas cosas con mis compañeros” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Los responsables de prestar servicios de salud devienen en sujetos enfermos por sus condiciones de trabajo, siendo otra característica de ello, el *envejecimiento prematuro*

“(...) yo ahora me jubilo por incapacidad por el tema psiquiátrico digamos, ya renuncié al hospital todo, porque directamente no puedo volver, vos no sabes la fobia que me daba el hospital (...) Pero viste lo que yo te digo, como que en ese momento, como vos me preguntas yo lo he hecho bien, lo he hecho con ganas, le he puesto toda la pila, toda mi energía lo he puesto en eso y lo he hecho bien pero bueno nada es como que te implica un desgaste a la larga digamos” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Si bien en la primera etapa se ve el resultado de la autogestión, autoresponsabilización, polivalencia y trabajo flexible; en la segunda etapa se manifiestan los resultados de otras formas de disciplinamiento laboral como la

precarización del trabajo y la combinación de los métodos que garantizan el aumento de productividad a costa de la pérdida (renuncia) de los trabajadores.

Podemos dar cuenta de esto para la segunda etapa a través de la “retirada” de los profesionales que estuvieron en el centro de salud (dos ginecólogas, una trabajadora social, una médica de familia y pasantes de sociología)

“Y yo lo lamento en el alma porque yo te juro que yo estaba *adaptada*, si yo tuviera todo lo que estoy haciendo acá, lo hiciera en el centro de salud como estaba acostumbrada con la comunidad, y estaría feliz, seguiría en el centro de salud, no me importaría viajar los 25 kilómetros, ni gastar la nafta pero lo principal fue el desgaste de esa persecuta sin sentido y de ese mal manejo del personal” (Entrevista miembro del equipo de salud, resalta nuestro)

“(…) en realidad el que nunca entendieron de que uno estaba trabajando, nunca lo entendieron, eso, lo que me terminó de rebalsar y dije hasta acá y que no sabía ya si me iba cuando me reintegrara, si es que me reintegraba, tener fuerzas para seguir peleando contra eso” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“(…) los que están como pilares de la salud mental deberían generar salud mental, empezando por sus empleados y no ser generadores de enfermedad mental porque yo lamentablemente me voy a retirar con ese concepto que no quisiera pero es lamentable pero es así” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“Si tuve una licencia psiquiátrica de cinco meses y medios incluso te digo que quería volver porque soy loca del trabajo, en abril fui al psiquiatra le decía que quería volver y estaba llorando entonces me dice no” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Consideramos que aquello que los sujetos trabajadores marcan como responsabilidad individual, es justamente lo contrario, se trata de un modelo que marca el pulso de las reformas para el incremento sostenido de la productividad. En el periodo tomado vemos una continuidad de las políticas neoliberales y si bien es evidente la reestatalización, la situación de los propios trabajadores sigue en deterioro, es decir que más allá del modelo la variable de ajuste se realiza siempre sobre los trabajadores.

En el segundo periodo las consecuencias de las formas de trabajo se relacionan más con el hospital y en este sentido podemos decir que los trabajadores del psiquiátrico padecen también dichas formas de organización del trabajo.

“Este Hospital te enferma, te quema. Yo también estuve con licencia pero ahora se me cumple el tiempo y no sé qué voy hacer, yo trabajo acá ahora estoy en la Guardia antes fui enfermera, pero esta gente te enferma” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Nos propusimos mostrar cómo trabajan los profesionales del primer nivel de atención y cuál es el destino de sus cuerpos como agentes responsables de la biopolítica. Así comprobamos que el sector de la salud pública también atraviesa los cambios de la organización del trabajo, las mutaciones del capital y en esta sintonía los trabajadores de la salud se tornan también cuerpos flexibles, precarizados. Entonces debemos decir que el Estado manteniendo su función “residual” garantiza las mutaciones del capital y se alza en empleador que “usa” a los trabajadores como fusibles del sistema.

“Por otro lado esto que yo te digo va en contra de lo que el sistema busca, bueno vos me entendés a que me refiero, al capitalismo no le interesa la salud para todos, todo lo contrario, le interesa el negocio de los medicamentos que se pague cada vez más por el acceso a la Salud. Entonces es muy difícil cuando te encontras luchando solo, dejando todo. Y el sistema va hacia otra parte” (Entrevista miembro del equipo de salud)

Para finalizar consideramos importante destacar otra continuidad que es la insistencia del Estado en la formación de médicos de familia y personal de atención primaria de la salud. Así en la metas número 2 y 3 del primer apartado de las Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la salud 2007-2015” se declara

“Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total” (OMS-OPS, 2007)

“Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad” (OMS-OPS, 2007)

Sin embargo el número de médicos que eligen la especialidad de medicina de familia es cada vez más deficiente sumado a que los pocos que la eligen abandonan en mitad de la especialidad (Daverio, Kremer, Pisani, 2013).

Finalmente y para dar cuenta que la problemática que abordamos trasciende nuestro caso de estudio, anexamos un artículo del diario de mayor tirada provincial que describe la situación de algunos centros de salud y la forma de gestión del gobierno provincial sobre los trabajadores de atención primaria. Así el ministro de salud explicitó:

“Para poder cambiar esta realidad de los centros de salud hay dos cosas fundamentales. La primera es seguir *modernizando* para hacer más *eficiente* la atención. Y la otra, lamentablemente, es seguir *controlando*” (Diario Los Andes, 27 de julio de 2014, resaltado nuestro)

“Vamos a tomar medidas con los que no cumplen. Ya está todo listo para poner en marcha la *remodelación estratégica* que va a consistir en empezar a *pagar por lo que hacen*, por sus prestaciones, en lugar de hacerlo porque están en el lugar y cumplen un horario” (Diario Los Andes, 27 de julio de 2014, resaltado nuestro)

Consideramos esto como una forma de comprobar el maltrato, desvalorización y uso de los trabajadores de atención primaria, que a nivel retórico resultan la piedra fundamental del sistema pero a nivel práctico devienen en asalariados explotados y vapuleado por las viejas y nuevas formas de organización del trabajo.

## **CAPÍTULO IV: Breve excursus sobre ciencias sociales en la salud pública mendocina**

Cuando abordamos el problema de investigación debido a las búsquedas de teorías y categorías que lo estudiaran de modo complejo, un punto especial se sumó al establecer la escasa producción de la sociología hacia el campo de la salud. Ese interés se había suscitado por nuestra pertenencia a un equipo de salud, en calidad de pasante en el último trayecto de la formación de grado.

En este sentido planteamos en el primer capítulo, reconstruir cómo y cuándo se concretó el vínculo entre las disciplinas sociales y el sector de la salud como tema-objeto de interés. Allí pudimos conocer la historia de este (des) encuentro con especial detenimiento en la región latinoamericana y nuestro país. Si bien ese primer apartado parecía tornarse introductorio en un estudio que se originaba desde la sociología para avanzar desde allí al campo de la salud pública de la provincia de Mendoza, a medida que recorríamos el proceso investigativo se complejizó y potenció nuestro problema inicial.

Ahora y a modo de síntesis final buscamos evidenciar los hallazgos que encontramos en el trabajo de campo realizado y que esclarecen el vínculo problemático entre estos campos disciplinares

Tal como fue detallado en el primer capítulo, en el proceso de organización nacional, en los inicios del Estado Moderno, los propios médicos dieron impulso a la inserción de las “visitadoras de higiene social” en el campo de la salud. En este sentido se marcó la división de tareas dentro del campo de la salud entre lo social y lo estrictamente médico. Como su nombre lo indica constituían un canal de medicalización en la profilaxis de la incipiente sociedad moderna, asociadas a la cuestión social separada de la salud.

Con los gobiernos peronistas el rol de la disciplina vuelve a entrar en escena logrando institucionalizar su presencia como “servicio social” sosteniendo ese rol asignado y acercándose a un perfil asistencialista. Ya en 1960 (como mencionamos en la cronología del hospital El Sauce), la nación sancionó la ley

17.132 de “Ejercicio de la medicina, odontología y *actividades auxiliares*” que expresamente buscó afirmar y delimitar la hegemonía médica, definiendo a las disciplinas sociales como auxiliares de la medicina y marcando su implementación bajo la tutela médica.

#### 4.1 Trabajo Social: disciplina inserta en el campo

Si nos preguntamos cual es el campo disciplinar de las ciencias sociales con mayor inserción en el ámbito de la salud pública de la provincia en la actualidad, podemos decir que se trata del trabajo social<sup>117</sup>.

Existe una trayectoria transitada desde esa disciplina con logros concretos, tales como la residencia de trabajo social en salud mental y con el advenimiento de la democracia, la residencia interdisciplinaria en salud mental (RISAM) que involucra a trabajadores sociales, psicólogos, médicos y enfermeros. Posteriormente en el año 2012 se creó la residencia de Salud Pública. Según la información otorgada por el Departamento Provincial de Trabajo Social actualmente el Ministerio de Salud tiene 27 plazas de residencias de trabajo social (RISAM en los dos hospitales de salud mental “El Sauce” y “Carlos Pereyra” y Salud Pública en el hospital “Luis Lagomaggiore”)<sup>118</sup>. Por otra parte cuentan con un programa de capacitación continua de trabajo social en salud (PROCCATS). La propia existencia de un Departamento en el Ministerio de Salud da cuenta de la presencia de esta disciplina en dicho ámbito.

En la página del Ministerio de Salud, el departamento de Trabajo Social detalla las tareas de los/as profesionales

“La valorización del especialista en Trabajo Social en salud como integrante del equipo profesional aporta por su formación disciplinar en ciencias sociales las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, *identifica las redes familiares, sociales, y*

<sup>117</sup> Este dato se puede comprobar mediante el número de Lic. en trabajo social que forman parte de la planta de trabajadores del estado provincial.

<sup>118</sup> <http://www.salud.mendoza.gov.ar/index.php/equipo-salud-home/trabajo-social>. Consultado el 25 de noviembre de 2014

*promueve la utilización de recursos disponibles con la participación activa y responsable de los actores sociales (...)* Como integrante del equipo de salud *articula y coordina recursos*, acciones y relaciones intra e interinstitucionales sustentado en valores éticos, en los que se manifiesta el compromiso, responsabilidad y equidad consolidando el espíritu de la plena vigencia de los derechos humanos” (Página web Departamento de Trabajo Social, Ministerio de Salud de Mendoza, resaltado nuestro<sup>119</sup>)

Si bien hablamos de una disciplina inserta en el campo, debemos decir que fue resultado de un proceso de luchas (posicionamientos y reposicionamientos) durante el proceso de conformación del espacio. Según lo relatado por los entrevistados las primeras trabajadoras sociales no contaban con formación en salud ni mucho menos en salud mental por lo que refieren a un derrotero “muy duro” en el que no existía claridad respecto a la forma de ser y actuar en ese ámbito de trabajo en el que imperaba un poder médico dominante.

“Y es una de las grandes luchas, ellos esperan que vos, ellos creen que pueden mandar y como que el trabajo social tuviera un status inferior a la profesión médica y no es así, yo eso se los demostré” (Entrevista Trabajadora Social)

“Porque ellos siempre nos han tenido como una disciplina auxiliar nunca lo ven como a todo lo que serían las ciencias sociales como algo así homogéneo o igualitario, que tenemos las mismas condiciones, que tenemos las mismas posibilidades de confrontar entonces ese es un camino que yo creo que se va haciendo con estar y con lucharla *cada uno desde su lugar*” (Entrevista Trabajadora Social)

Resulta llamativa la referencia e identificación de la lucha como una cuestión individual, y no como un reclamo colectivo.

“Siempre se negó, se ninguneó a los servicios de nuestra profesión a situaciones de pobreza, a población vulnerable” (Entrevista Trabajadora social)

“Yo de eso me cansé, de la hegemonía de los médicos, de esa superioridad, y del poco estatus que ellos creen que tenemos las ciencias sociales, eso...aparte es doloroso porque vos decís miércoles

---

<sup>119</sup> <http://www.salud.mendoza.gov.ar/index.php/equipo-salud-home/trabajo-social>. Consultado el 25 de noviembre de 2014

estoy haciendo prácticamente el 70 % del trabajo porque ellos diagnostican, hacen la receta y se van y uno hace la visita domiciliaria, atiendes a los familiares, haces gestiones para que tengan su jubilación, para *protegerlos* cuando salen del hospital” (Entrevista Trabajadora Social)

En estos dos fragmentos se muestra cómo el trabajo social históricamente se centró en las poblaciones excluidas mediante una intervención asistencialista. En el primer relato se identifica esa situación como algo endilgado desde el propio campo médico, pero en el segundo, eso está claramente internalizado, si bien se destaca la hegemonía médica, aduce a la protección como la tarea propia del trabajo social.

Las luchas libradas muestran la concepción e ideología de las propias trabajadoras sociales respecto a la profesión en el ámbito específico de la salud pública y salud mental, donde las relaciones se establecen con el médico psiquiatra y las jerarquías las colocan debajo de la profesión médica, en la periferia del “saber” médico, aun cuando la misma Organización de la Salud define a la salud como un proceso de bienestar bio-físico-psíquico y social<sup>120</sup>.

En nuestro caso la forma de insertarse en el ámbito de la salud mental muestra diversas estrategias. Una de ellas es aprender el lenguaje médico, para que el mismo funcione como habilitante. Es decir la estrategia es adaptativa en términos de relacionarse con aquellos que detentaban el saber-poder de ese campo, sin disputar una mirada alterna sobre el campo en cuestión.

“(…) me acuerdo que en esa época el doctor Baez, que era como uno de los médicos que hacía docencia y yo le pedí si él no me podía preparar como para por lo menos tener el mínimo conocimiento así que yo me acuerdo que una vez a la semana él como que nos daba un tipo de....que incluso se prendieron mis otras colegas, porque en realidad

---

<sup>120</sup> “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud) La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Consultado en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

ninguna tenía otra especialidad, todo era en base a la experiencia”  
(Entrevista Trabajadora Social)

Identificamos a través de este relato la devaluación de la experiencia en relación al alzamiento del conocimiento “científico”, solamente detentado por el “médico” “especialista” en psiquiatría. No solo se ve la hegemonía positivista en tanto solo lo biológico es “científico”, sino también la división del trabajo manual e intelectual y la especialización propia del taylorismo-fordismo.

“Son complicadas las trabajadoras sociales fundamentalmente en esos lugares, atrapantes y con tanta verticalidad que es como que es la obediencia debida, ellas responden a los mandos naturales o sea al jefe del servicio, al director del hospital” (Entrevista Trabajadora Social)

Aquí la entrevistada refiere a las trabajadoras sociales como algo ajeno, siendo ella parte de ese colectivo. Además marca el problema como algo relacionado con el perfil de las trabajadoras sociales, y no se identifica a la configuración de este espacio social singular en donde los profesionales de disciplinas sociales se insertan en posiciones subalternas o residuales, subsumidas al saber médico.

Así como algunas trabajadoras sociales desarrollan estrategias para insertarse en el campo mediante formación médica psiquiátrica, otras dan batalla “de sentido” e intentan cambiar las reglas del juego del campo, con escasos resultados.

“el médico quiere que vos te subordines y yo no me subordiné jamás, jamás, jamás. Por eso te digo no soy una persona muy apreciada” (Entrevista Trabajadora Social)

“Cada vez que el trabajador social cuestionaba el poder médico y decía no este paciente se tiene que quedar, suponte, porque no se le puede dar el alta a vivir debajo de un puente, el hospital se tiene que poder hacer cargo de que este paciente se va a empeorar y va a volver y se va a deteriorar....Toda vez que el trabajador social decía eso, había un enfrentamiento que bordeaba los contornos de lo violento, violento explícito. O sea no te estoy diciendo “Ay, me miraron mal” No. Pasaban

cosas, había persecución de algunos profesionales que pensaban diferente” (Entrevista Trabajadora Social)

## **4.2 El trabajo social durante el gobierno neoliberal**

Tal como lo pautaba la ley 5578/90 el *arancelamiento encubierto* de la salud pública se aplicó en todos los efectores ya sean hospitales o centros de salud. Lo que se presentaba como bono contribución “voluntario” se tornaba obligatorio en la práctica por lo cual devenía en arancel.

En el caso que nos ocupa los testimonios dan cuenta de la carga depositada en el trabajador como el “cobrador” de prestaciones realizadas en un efector de salud público<sup>121</sup>, ya que debía asumir tareas que no tenían que ver con su trabajo y con las que en la mayoría de los casos no estaban de acuerdo. Particularmente la carga se manifiesta en el personal de enfermería, que es el agente que mayor vínculo establece con el paciente y en las trabajadoras sociales que se ven exigidas en ese rol.

“Entonces el Hospital les cobraba a los pacientes con esta cosa te digo ya cercana a lo miserable, cobrarle dos pesos y que se vuelva caminando, así” (Entrevista Trabajadora Social)

“De hecho las trabajadoras sociales en esa época no quedaba claro para que estábamos ahí. O sea era casi para cobrarle a la gente. Una historia así” (Entrevista Trabajadora Social)

El cobro de un “bono contribución” se entrecruzaba con el otorgamiento del certificado de pobreza para aquel que no podía abonar, entonces el trabajador social se volvía estratégico, como extensión del Estado, por su función ligada a la biopolítica neoliberal, siendo el “especialista” en definir quién paga y quién no, o a quien se restringe la atención “mínima” en relación con lo que se definía como población en riesgo, que en el caso de los niños se limitaba a aquellos que estaban desnutridos.

“Y en esos años con un modelo de Estado con políticas focalizadas la tarea era muy puntual en relación a la tarea de entrega de determinados... ya sea de leche (...) Todo vinculado a partir del riesgo,

---

<sup>121</sup> Referimos al Hospital y Centro de Salud objeto de este estudio, pero también a testimonios de entrevistas que refieren a otros centros de atención.

no de los derechos sino fundamentalmente focalizada en una población de alto riesgo y esa era la conceptualización por la cual algunos podían acceder y el resto quedaba afuera. (...)“La persona tenía que llegar a mostrar su peor miseria para poder ser atendida” (Entrevista Trabajadora Social)

Tal como lo expresó Laurrell (1975), fue en momentos de crisis cuando se dio lugar al surgimiento o resurgimiento de las ciencias sociales en el campo hegemónico médico. Así los servicios de trabajo social durante la etapa neoliberal se veían desbordados.

Podemos decir que existe una continuidad respecto al objetivo asignado a la disciplina por el campo médico desde los inicios como “visitadoras de higiene social”, a cargo del control y la asistencia de las poblaciones “pobres”. Sin embargo, en las coyunturas de crisis (y en esta última en especial) su rol se vuelve preponderante en la medida que se las asigna como agentes facilitadores de la mercantilización de la salud pública, agentes representantes y responsables de la implementación de las tecnologías de gobierno neoliberal.

En este proceso se libraban batallas al interior de la profesión respecto a adoptar o no las formas de trabajo impuestas. Por una parte aparece la resistencia a convertirse en agentes de cobro y vectores de la mercantilización de la salud; por otra parte, emerge el poder de la nominación al constituirse estos agentes en la voz autorizada para definir la partición de la población entre quién era pobre o no y a partir de esto la determinación de quienes eran los potenciales destinatarios de los cada vez más escasos recursos de la salud pública. Detrás de esto se encontraba la fuerte lógica económica materializada en el poder de los “Contadores” en las gestiones de las instituciones cuyo papel se vuelve predominante en el “organigrama” neoliberal que adoptan los efectores de salud.

“Entonces bueno a partir de eso toda la discusión, yo llego al servicio de trabajadores sociales y les digo a ver ¿cómo es esto? Si las que en teoría tenemos título somos nosotras, o sea como nosotras no vamos a poder definir cuando una persona puede o no puede pagar. Es horrible pero es mejor asumirlo nosotras que delegarlo en la secretaria del contador” (Entrevista Trabajadora Social)

En lo que respecta al trabajo social en un hospital psiquiátrico, sumado a todo lo asignado a la disciplina se agregaba la presión por mantener el “giro-cama”. Encontramos coherencia entre estas exigencias y el modelo dominante que pretendía abaratar costos en medio de la mercantilización de la salud.

“Entonces que era ser una buena trabajadora social, mantener el “giro-cama”. Porque era beneficioso para el hospital, beneficioso para el médico, beneficioso para el servicio, porque te sacas a los pacientes rápido y son agudos, agudos, agudos. Mantener la dinámica aguda. Entonces esto asignaba a los trabajadores sociales al lugar de ayudar al psiquiatra en sacar al paciente. De terror” (Entrevista Trabajadora Social)

A pesar del avance del trabajo social en este campo, y de las conquistas como la creación de la residencia *interdisciplinaria* en salud mental (RISAM), la hegemonía de lo médico se encuentra actualmente muy vigente. Por tanto la retórica del trabajo en equipo y la interdisciplina aparecen como interpelaciones al modelo hegemónico actuante, centrado en la figura, accionar y saber excluyente del médico:

“El médico tiene una concepción lo que él sabe o lo que él ha estudiado puede resolverlo dentro de su espacio de consultorio y solamente en algunas aristas en donde necesita a lo mejor no de la interdisciplina sino de la interconsulta, o la derivación porque no te incluyen” (Entrevista Trabajadora Social)

La importancia de la *interconsulta* o *derivación* en este proceso de trabajo, nos parece significativa, porque da cuenta del vacío de la interdisciplina ya que todo es reducido a una derivación mediante un papel en el cual el médico decide a quien deriva al paciente. Sumado a esto el contacto y trabajo con otras disciplinas es nulo ya que solo se concreta a través del papel. Esto se ve potenciado en el médico psiquiatra:

“Y con estos tipos, es una relación típica de las instituciones no de trabajo en equipo, vos vas haces el laburo, por ahí como que laburas mucho capaz con las enfermeras, con el paciente, pero vos al médico nunca lo ves. Me pasa años, mas así cuando van al medio día pero años que no sé quiénes son los médicos” (Entrevista miembro del equipo de salud)

En lo que refiere específicamente al trabajo social y sus estrategias para insertarse en el campo de institución psiquiátrica, aconteció un hecho significativo en torno al proceso y lugar de trabajo. Las trabajadoras sociales en principio desempeñaban su actividad al interior de los servicios de internación dependiendo del jefe de cada uno de tales pabellones, que se trataba en la mayoría de los casos de un psiquiatra. Con el transcurso de los años las profesionales se propusieron conformar un servicio de trabajo social que entre otras cosas proponía no trabajar en el mismo pabellón sino en consultorios separados. Este suceso mostró nuevamente las aristas de la profesión, sus cargas y búsquedas. Por un lado proponían separarse del médico, del sometimiento a sus formas y decisiones, por otra parte mostraban la necesidad de marcar un espacio propio de lo social distinto de lo médico. Pasada la década del 90 esto se concretó, y el servicio de trabajo social lo vivió como una conquista<sup>122</sup>.

Sin embargo las lógicas del modelo son tan férreas que el nuevo proceso de trabajo “separado del médico” se ve asignado por éste, en el sentido de que es el médico el que percibe y decide cuándo un paciente necesita del aporte de un trabajador social. Así lo que se vivió como una conquista terminó siendo una nueva forma de reproducción del modelo.

Una de las entrevistadas que se desempeña en otro ámbito distinto de la salud mental manifiesta que el médico en sus diversas especialidades muestra la misma resistencia al trabajo en equipo, a excepción del médico de familia, que como describimos constituye un perfil de médico preparado para el trabajo en equipo como soporte del modelo toyotista.

Aquí resulta válido detenernos en la hegemonía psiquiátrica, centrada en la patología y en la “evolución” de la propia enfermedad, y en este sentido repensar desde que lugar deriva a otras especialidades.

---

<sup>122</sup> Es complejo el proceso pero en algún sentido podemos decir que el mismo reafirma la partición entre lo social y la salud.

“Que vos fueras eficiente como trabajadora social por ayudar bien al médico, que tu eficiencia pasara por no meterte en los diagnósticos, o que tu eficiencia pasara por mantener el “giro-cama” me entendes. Y que no cuestionaras prácticas de violencia institucionalizada, digo, de las más brutales como rociarle desodorante a un boliviano, esto pasa” (Entrevista Trabajadora Social)

Si bien existe una subordinación de todas las disciplinas insertas en el ámbito de la salud a lo médico, cuando se trata de la especialidad del psiquiatra esta situación se profundiza ya que en la posición subordinada entran los médicos generales y de familia marginados dentro del campo propiamente médico, que como dijimos anteriormente son considerados inferiores. Recordemos que se trata de un tipo de (des) especialización flexible y polivalente.

“el psiquiatra es una raza aparte (se ríe) aparte de la soberbia que tienen, miran por un tubo, no sé para mi están más enfermos ellos que los psiquiátricos. Son psiquiatras, no son médicos y ya les enseñan eso desde la residencia, vos ellos desde la residencia vos ves la mente, vos sos psiquiatra, en la residencia los mismos chicos te dicen, no les permiten, pedir por ejemplo una radiografía, por qué si vos no sos el clínico, pero es médico, es un acto médico (...) Pero sos médico no podes negar, para algo tuviste una formación, serás traumatólogo tenes que ver eso” (Entrevista miembro del equipo de salud)

“el psiquiatra allá arriba y la enfermera allá abajo, es mas a veces ni te creen a vos en un informe y le creen al paciente que es psiquiátrico lo que está diciendo me entendes, es terrible en psiquiatría” (Entrevista miembro del equipo de salud)

A través de la técnica de observación participante pudimos observar tal conflicto de jerarquías no solo entre diversos saberes profesionales sino también al interior del saber médico.

Como ejemplo puede servir la descripción siguiente, realizada en una de las observaciones efectuadas al equipo de salud y en la cual constan las competencias entre saberes profesionales e incumbencias prácticas de los miembros del equipo de salud:

“Al inicio de la semana se solicita al médico de familia para firmar el acta de defunción de un interno del hospital fallecido el día viernes, como el centro de salud estaba desbordado de gente y ambos médicos

se encontraban dando respuesta a la demanda se alega que no va a ser posible asistir y que sea resuelto por otro médico ya sea de los servicios, de la guardia o incluso el propio médico presente cuando se produce la defunción. Sin embargo se insiste en la petición lo que resulta en la manifestación del médico en disidencia con la hegemonía psiquiátrica ya que se mantiene en la postura de que los psiquiatras solo quieren deslindar responsabilidades “médicas”. Este episodio da como resultado la decisión de no recorrer los servicios de internación luego de años de realizarlo prestando atención en medio de los pabellones, sin espacio destinado a clínica. A partir de ese momento se exige que los internos sean trasladados hasta el lugar de trabajo del médico de familia” (Cuaderno de notas, Setiembre de 2010)

Aquí es palpable la crisis que se manifiesta en los límites o bordes de los campos disciplinares:

“Bueno, esto, el trabajador social como un sujeto de auxilio del médico pero que no piense lo social, pero que no piense lo social” (Entrevista Trabajadora Social)

“el médico tiende a depositar las respuestas en el trabajador social, todo aquello que no se da es porque el trabajador social no lo hizo” (Entrevista Trabajadora Social)

“el médico espera que el trabajador social haga magia, que resuelva todo lo que el sistema no pudo resolver” (Entrevista Trabajadora Social)

En un marco de sociedad globalizada rehén de los patrones de consumo, las problemáticas de salud mental mantienen un decrecimiento en relación a las problemáticas sociales (tales como las adicciones) o en la jerga actual, frente al aumento de pacientes con “consumos problemáticos”<sup>123</sup>.

Tanto las disciplinas sociales insertas en el campo como las hegemónicas médicas se ven inmersas en ese umbral de “extrañamiento” en el que como “disciplinas” no pueden dar respuesta. Podemos decir que se trata de un umbral en el que el sujeto paciente se vuelve víctima o rehén de la crisis de los compartimentos estancos de las disciplinas científicas.

---

<sup>123</sup>Paradójicamente el concepto cuida no involucrar al consumo como tal dentro de lo “patológico”, resguardando así la impronta del capital. Sobre el consumo y sus efectos en la sociedad actual ver: Veraza (2008)

“me dicen el paciente esta acá porque no se le solucionó el tema social, y el tema social es un adicto sumamente trasgresor que cuando va a la casa el roba a toda la familia para salir, entonces yo muchas veces le he dado vuelta la pelota bueno entonces vos solucioname el tema médico para que la familia lo acepte, porque no es que es social, no es que yo no lo puedo solucionar lo social a la paciente porque no tengo varita mágica, hay algunos casos que no hay posibilidad de solucionarle”(Entrevista miembro del equipo de salud)

Las disciplinas sociales de las cuales el trabajo social forma parte se ven imbuidas en esta mirada medicalizada que presenta dificultades en asimilar lo social a la salud y cuya mirada dominante asume como centro al individuo (que padece) o al individuo que cura (el médico) ambos cosificados, alienados de la trama social que los envuelve y de la que son productores y producto.

### **4.3 ¿Y la sociología dónde está?**

En principio a modo introductorio es importante mencionar que en el plan de estudios de la carrera Licenciatura en Sociología de la Universidad Nacional de Cuyo hay un vacío total de materias que aborden la salud como una problemática social, referimos a que no se cuenta con materias teóricas ni tampoco prácticas relacionadas a este campo.

De acuerdo a lo expuesto por Ernestina Rosendo (2009) en la Universidad de Buenos Aires se observa una situación semejante a la verificada en la carrera de Sociología de la UNCuyo

“la carrera de sociología pareciera no incluir formación específica en lo que atañe a Salud Pública, a la organización de los servicios de salud ni tampoco al desempeño profesional del sociólogo en este ámbito (Rosendo, 2009:24)

Aun en la actualidad en la provincia de Mendoza no se observa un lazo establecido entre esta disciplina y la salud. No solo en lo que refiere a la formación de grado sino también a la formación de posgrado. A modo de ejemplo se puede mencionar que el Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación que se propone formar al personal de atención primaria de forma interdisciplinaria, no está destinado a sociólogos sino solo a

trabajadores sociales. Por otra parte si tratamos de encontrar sociólogos en el sistema de salud podemos lograrlo en un ínfimo número siempre ocupando espacios en los departamentos de estadística, ya sea de los hospitales o en la propia gestión gubernamental.

En la pesquisa realizada pudimos contactar a una socióloga que trabajó en el sector público de la salud a fines de la década del 80. A la luz de esa experiencia podemos confirmar que en la formación social mendocina no existían espacios destinados a los sociólogos y predominaba un desconocimiento absoluto sobre la disciplina.

Este testimonio da cuenta del lugar destinado a la profesión:

“Era un director nombrado por el hospital pero para hacerse cargo de toda la problemática de los centros de salud, y qué es lo que hicieron conmigo, ponerme de administrativa (...) Es más fue tan degradada la actividad mía que cuando venían a mí me pedía que le sirviera el café que digamos que hiciera de alguna manera también como personal administrativo barra de servicios” (Entrevista Socióloga)

Y en relación a esto los tratos ejercidos por los médicos en su posición hegemónica

“hay una resistencia muy grande a aceptar que venga alguien de otra disciplina que para ellos es de segunda todo lo que no es médico es de segunda y que pueda interferir en el tipo de trabajo que ellos hacen” (Entrevista Socióloga)

Aún frente a propuestas elaboradas formalmente y presentadas al médico responsable del área en que se desempeñaba la profesional la negación era explícita.

“desde una mirada sociológica, yo le hice la propuesta, se la hice oral, le hice un pequeño escrito también pero nada de eso sirvió frente a lo que yo llamo la corporación médica que es tan fuerte como la corporación vitivinícola” (Entrevista Socióloga)

Con el cambio de gestión, llegado el peronismo al poder, la entrevistada relata que su posición varió pudiendo realizar algunos estudios, siempre con resistencia del personal médico

“Ellos establecieron claramente una diferencia de poder respecto de mi trabajo, desde burlas a mi trabajo de encuestamiento (sic), uno de ellos me llegó a decir y “esto qué es, esto lo puedo hacer yo, esta encuesta la puedo hacer yo, yo estoy capacitado para hacerlo”, yo le dije si doctor usted está capacitadísimo para hacerla, es más la tendría que hacer, lo que pasa es que como no la hacen y yo soy socióloga a mí me interesa. Bueno desde eso hasta que no te la contestaban por ejemplo, me costó muchísimo recuperar ese material” (Entrevista socióloga)

Si bien nos servimos de este relato para dar cuenta a través de un caso paradigmático de inserción de la sociología en este espacio, de la resistencia al desempeño de la especialidad, por otra parte podemos destacar que otro de los entrevistados refiere a que hubo una época en la que se capacitaba al personal en Salud Pública de forma interdisciplinaria y subraya la formación recibida en Córdoba donde los profesores eran sociólogos. Tal como lo expusimos en el primer capítulo el “sanitarismo” constituyó la forma de incorporación de las herramientas otorgadas por la sociología al campo médico pero como una especialidad propiamente médica. La incorporación de los sociólogos en el ámbito provincial se dio en la formación de los médicos, no como un agente que se insertaría en el campo.

Posteriormente en la etapa neoliberal se reincide en el uso de la sociología como disciplina externa que aporta herramientas claras para las necesidades médicas. Los directores de diversos Hospitales públicos de la provincia demandaron la intervención de la misma mediante estudios de “opinión pública” o “estudios de mercado”. Un equipo de sociólogas a través de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales en el marco de la ley “Eva Duarte” realizó diversos estudios que de acuerdo a las solicitudes de los médicos directores se proponían “medir” la percepción de los usuarios de la “calidad” de los servicios para lograr mayor “eficiencia” por otra parte se buscaba conocer la opinión de los mismos en relación a la atención otorgada en cada nosocomio. Los trabajos citados son:

“Sistema de Salud en la provincia de Mendoza: Percepción de los usuarios<sup>124</sup>”; “Satisfacción del usuario del Hospital Dr. Humberto Notti<sup>125</sup>”; “Satisfacción de las pacientes de la maternidad del hospital Lagomaggiore<sup>126</sup>”

Estos estudios denotan una elaboración desde la sociología enmarcados en las tecnologías de gobierno neoliberal que en medio de una crisis estructural del sistema de salud público centraba el interés en la percepción de calidad, la cobertura y el análisis de mercado.

En el año 2011 en Mendoza parecía abrirse camino a los estudiantes de sociología como futuros sociólogos a través de pasantías en efectores de salud como el Hospital El Sauce. Los cargos asignados eran en el departamento de estadística, como especialistas en la carga de datos y en la cuantificación de variables relativas a la salud o como fue en nuestro caso en puestos administrativos.

Así se demuestra en un caso particular la vigencia del positivismo en la intervención de la sociología posicionada como aquella apta para cuantificar y generalizar las conductas y luego adaptarlas a lo lógica médica. Pero también cercenada a una actividad administrativa.

Hay otro aspecto en el cual no pudimos avanzar aquí y que seguramente potencia el desligamiento de la sociología del campo de la salud y es la formación de los sociólogos. Este interrogante es uno más de los que generó esta investigación y que queda planteado en vista a futuras investigaciones.

---

<sup>124</sup> (Instituto MEGACORP de mediciones y tendencias; 1992)

<sup>125</sup> (Becerra, Bistué, Cardello, Maumene, Poj; 1993)

<sup>126</sup> (Becerra, Bistué, Cardello, García Ocauto, Maumene, Poj; 1994)

## **REFLEXIONES FINALES**

El desventurado encuentro entre sociología y medicina fue una constante a lo largo de la historia reciente de esta aproximación. Aún hoy se continúa reproduciendo ese lugar marginal dado a las ciencias sociales, y el uso de la sociología como herramienta externa al ámbito de la salud que facilita la cuantificación de variables sociales.

En este sentido vemos al campo de la salud como una configuración que requiere fuertemente de lecturas de tipo social, pero sobre todo sociológicas críticas que rompan con las visiones individuales de las problemáticas de los sujetos y que aborden la complejidad de las relaciones sociales, situadas históricamente.

Como resultado de la reconstrucción histórica realizada en el primer capítulo y atendiendo a lo dicho en los párrafos anteriores podemos decir que encontramos una relación mucho más directa y eficaz entre medicina, economía y política.

La medicina desde sus inicios tuvo una funcionalidad determinada por la economía. Cuando se alzó como disciplina científica lo hizo coetáneamente al ascenso del capitalismo y en este sentido estuvo vinculada al entramado de organización socio económica bajo el formato de la "sociedad industrial". Los médicos como agentes de salud resultaron estratégicos para la regulación y administración de la productividad de los cuerpos.

Así como en Europa triunfó lo que Foucault denominó medicina social, en nuestro país desde la etapa de organización nacional el Estado Moderno se asentó en el modo de producción capitalista y apeló a diversas estrategias para garantizar su membrecía de pleno derecho en el concierto económico mundial, paralelamente la medicina se alzó como herramienta fundamental en el cumplimiento de dicho objetivo.

En este sentido la organización del campo de la salud en nuestro país desde sus orígenes hasta la actualidad sostiene una lógica, un hilo conductor que cambia las estrategias, los mecanismos, la retórica pero mantiene su idea fuerza: una visión sesgada del cuerpo y la salud que atiende al mismo como ente parcial, ahistórico y asocial.

Para abordar el maridaje entre ciencias sociales y salud establecimos tres períodos que podemos llamar “origen”, “desarrollo” y “repliegue” de la salud en relación a lo social.

El primer momento (origen) se desarrolla mediante el higienismo y su profilaxis sanitaria, moral y social. De su mano actúa la beneficencia como tecnología estatal de demarcación de lo anormal sobre todo de los sujetos improductivos (inmigrantes, mendigos, pobres). El médico fue el especialista consagrado en ejercer el control, saneamiento y limpieza de los sujetos que la sociedad naciente marcaba como indeseables, “no insertos” socialmente.

El segundo momento (de desarrollo) se da de la mano del Estado de Bienestar. En este período la salud se tornaba un derecho universal de las poblaciones, en el momento de auge de la sociedad salarial y del modo de producción capitalista. Sin embargo el Estado reguló y reconoció derechos diferenciales de acuerdo a la inserción de la población en la estructura productiva. Por lo tanto nuevamente a pesar de los “avances” materializados en la conformación del primer Ministerio de Salud, la lógica diferenciadora se mantuvo. El Estado “asistía” a los excluidos del mercado de trabajo. Dentro de esta etapa pero conformando un momento particular, adviene el desarrollismo. En este singular desarrollo de la acumulación que priorizó al capital trasnacional y la inversión industrial, los pobres fueron señalados como un obstáculo para el “desarrollo” de las sociedades pre-capitalistas o periféricas.

Finalmente (en el momento de repliegue) con la gubernamentalidad neoliberal la fragmentación de la salud en términos de clase consagró: una medicina para ricos mediante empresas privadas, otra para trabajadores diferenciados por empleos y capacidad de compra del servicio (de primera, segunda o tercera

categoría) y otra medicina para los pobres englobados bajo el rótulo de “población en riesgo”, a los que se les otorga atención mínima y esencial en función de garantizar su reproducción.

Así la organización de la salud sostuvo una lógica positivista-asistencialista-productivista que diferenció y diferencia aún hoy a la población en términos de clase, y buscó(a) “adaptar” los cuerpos a los diversos regímenes sociales de acumulación, siempre alineados a la economía capitalista mundial, volviéndolos aptos para el trabajo. El Estado se centró históricamente en aquellos que fueron (son) excluidos del mundo del trabajo, resultando un brazo contenedor de la población que el capital mantiene en los márgenes.

Encontramos así que los “modelos de salud” mencionados se desarrollaron a la par y en función de las formas que el capital asumió en su búsqueda de aumento de productividad. Teniendo en cuenta que son los cuerpos de los trabajadores mediante su fuerza de trabajo los que sirven a los intereses del capital, resulta coherente que los “modelos de salud” palpiten al ritmo marcado por el capital. Asimismo y en este sentido la vigencia del positivismo forma parte del *leit motiv* del modelo capitalista, en la medida que su interés se centra en lo biológico-corporal donde se ancla. Como expresó Foucault en lo somático y en palabras de Marx con eje en el propio organismo (cerebro, nervios, músculos, sentidos) en tanto es éste el que lleva a cabo el trabajo, como “el” anclaje en el cual se asienta la explotación.

Por otra parte a través del estudio de la actividad que realizan los centros de salud detectamos el lanzamiento de la Atención Primaria de la Salud por los Organismos Internacionales abocados a esta temática, como un hito fundamental para el desarrollo del trabajo en estos efectores. En este sentido creemos que dichos Organismos (creados luego de la segunda guerra mundial cuando la salud vivió su consagración en objeto de interés económico-político de los Estados), constituyeron (en) dispositivos fundamentales de la biopolítica planteada por el capitalismo a nivel mundial. Así los centros de salud responden a la necesidad de contener a la población en términos de seguridad y riesgos.

Debemos destacar que los Organismos Multilaterales fueron protagonistas en el diseño e implementación de las reformas neoliberales de los Estados dependientes y de la reorientación de sus políticas públicas. Su intervención fue primordial en la mercantilización y gerenciamiento de la salud, es decir en la metamorfosis de la salud bajo la forma “empresa”.

Así consideramos que la “estrategia de atención primaria de la salud” constituye una herramienta de racionalización del campo de la salud y una tecnología del gobierno neoliberal mediante la cual se concreta un cambio de paradigma en la organización de la salud que se relaciona directamente con las mutaciones del modo de producción y sus formas de organización del trabajo.

Esta tesina pretendió cristalizar a través de un caso, la organización del trabajo en el primer nivel de la salud pública. Identificamos al centro de salud como la “fabrica mínima” de los sistemas de salud y a los trabajadores de estos efectores como los empleados que encarnan las nuevas formas de organización del trabajo: polivalencia, des-especialización flexible, auto-gestión, auto-responsabilización, intensificación del trabajo e involucramiento. Pero paralelamente observamos también que tales efectores atraviesan una reinstalación disciplinar de tipo fordista que se sobreimprime a las formas toyotistas de trabajo, sin tocar la precarización laboral sino trascendiéndola para colocarla en el lugar central de la “gestión de los recursos humanos”.

Esta investigación fue de tipo descriptiva, permitió confirmar el supuesto que afirmamos en relación a que el trabajador de atención primaria empalma con los perfiles toyotistas del trabajo. Asimismo comprobamos la crisis del perfil profesional médico hegemónico en la medida que como asalariados prestadores de un servicio (salud) atraviesan las problemáticas socio-laborales que impactan sobre el conjunto de la fuerza de trabajo, sumadas al deterioro de su singular condición de actividad.

Entonces podemos decir que los proveedores de salud afrontan nuevas y viejas formas de intensificación del trabajo en sus cuerpos con impactos de deterioro en la subjetividad. La implicación de los sujetos (inherente a la

naturaleza del trabajo inmaterial en servicios), se potencia de acuerdo a las nuevas tecnologías que colonizan sus emociones para volverlos agentes facilitadores del aumento de productividad. Así los trabajadores del primer nivel de atención, tal como en la fábrica japonesa, son formados como autogestores de su trabajo pero también auto responsables de la concreción de objetivos, como empresarios de sí mismos deben “ponerse la camiseta de APS”.

Así la forma de padecimiento de los trabajadores de la salud es especial frente a la extorsión que conllevan los cambios en la organización del trabajo de modo conjunto con las transformaciones en el modelo de salud.

En este sentido observamos como resultado de dichos procesos la alarmante emergencia de enfermedades laborales y el desgaste anticipado de la fuerza laboral. Esta problemática nos interpela a continuar con los estudios que desde la lente de la sociología del trabajo contribuyan a comprender y analizar los impactos de las formas de organización del trabajo en la salud de los trabajadores, que como sujetos individuales no detectan las configuraciones macro-sociales que afectan su forma de ser y estar en el trabajo.

Finalmente debemos decir que se abren nuevos interrogantes que nos movilizan a sostener una real y mayor inserción de la sociología en el ámbito de la salud (su ausencia muestra que es una disciplina que “molesta”), para abordar la multiplicidad de tópicos y áreas de vacancia, con la convicción, como dijimos al inicio de este trabajo, que la sociología puede alzarse en herramienta facilitadora del análisis reflexivo dentro del campo y por tanto clave de una propuesta de mayor alcance sobre la necesidad de cambio en el enfoque dominante de la salud.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- ACUÑA, C. y CHUDNOVSKY, M. (2002) "El sistema de salud en Argentina". Documento 60. Sin datos
- ADORNO, T; HORKHEIMER, M (1987) "Dialéctica del Iluminismo". Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
- ANDREATTA, M; CARBONETTI, A y RODRIGUEZ, L (2013) "Prácticas empíricas y medicina académica en Argentina. Aproximaciones para un análisis cuantitativo del Primer Censo Nacional (1869)". Historia Crítica N° 49, Bogotá.
- ANTUNES, R (2003) ¿Adiós al trabajo? Ensayo sobre la metamorfosis y el rol central del mundo del trabajo. Ediciones Herramienta, Buenos Aires
- ANZORENA, C (2008) "Estado y división sexual del trabajo: las relaciones de género en las nuevas condiciones del mercado laboral". Utopía y praxis Latinoamericana. Año 13. N° 41. Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social.
- ANZORENA, C (2010) "Mujeres": destinatarias privilegiadas de los planes sociales de inicios del siglo XXI-Reflexiones desde una perspectiva crítica de género". Estudios Feministas, , 18 (3) Florianópolis.
- AROUCA, S (1982) "Salud en las sociedades en transición". Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, vol. 8, n° 1, pp. 83-89
- BARANDICA, J.(s.f) "Salud Mental en Mendoza". Disponible en <http://historiapsidemendoza.blogspot.com.ar/p/trabajos.html>
- BASUALDO, E. (2006) "La reestructuración de la economía argentina durante las últimas décadas de la sustitución de importaciones a la valorización financiera". En publicación: Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales. CLACSO, Buenos Aires.
- BELMARTINO, S. y BLOCH, C. (1984) "Las políticas de salud y bienestar social en Argentina: un intento de interpretación global". Estudios sociológicos 11:2-3.
- BELMARTINO, S. (1999) "Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro? Lugar Editorial, Buenos Aires.
- BELMARTINO, S. (2005) "La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos". Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires.

- BONNET, A. (2008) "La hegemonía menemista: el neoconservadurismo en Argentina, 1989-2001". Prometeo libros, Buenos Aires.
- BOSQUED, M. (2008). "Quemados. El síndrome de burnout. Qué es y cómo superarlo". Paidós, Buenos Aires.
- BOURDIEU, P. (1981) "La représentation politique – éléments pour une théorie du champ politique" en: Actes de Recherche en Sciences Sociales Nr. 36/37, p. 3-24
- BOURDIEU, P. (2002) "Lección sobre lección. Anagrama, Barcelona.
- BRAVERMAN, H. (1987) "Trabajo y Capital Monopolista. La degradación del trabajo en el siglo XX". Editorial Nuestro Tiempo, S. A. México
- BRESCA, S (2013) "Sistema de salud e historia de la medicina familiar en Argentina". Medwave 13(4). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5661>
- BRICEÑO LEON, R. (2003) "Endemias, Epidemias y modas: la sociología de la salud en América Latina". Revista Española de Sociología, N° 3, pp. 69-85
- CAMPANA, M. (2012) "Medicalizar la asistencia, asistencializar la salud". Editorial Prohistoria, Rosario.
- CAPONI, S. (2009) "Para una genealogía de la anormalidad: La teoría de la degeneración de Morel" Scientiae Studia, Sao Paulo, Vol. 7 N°3, 425-445.
- CARBALLO, E; BUYATTI, D y CARBALLO, J. (2010) "Comunidad Terapéutica en el Hospital El Sauce de Mendoza." Disponible en <http://es.scribd.com/doc/46563131/Comunidad-terapeutica-El-Sauce>
- CASSONE, E. (2005) "Historia de la cirugía en Mendoza". Revista Médica Universitaria, Volumen 1, Número 1
- CIUFFOLINI, M. y JURE, H. (2006) 18 "Evolución histórica de la Medicina General y Familiar en Argentina". Bol. Mex. His Fil Med, 9 (2): 52-58
- COLLADO, P. (2014) "Algunas reflexiones para analizar la gubernamentalidad neoliberal y quienes la impugnan". Revista Chilena de Derecho y Ciencias Políticas, Vol.5, N°1, pp. 83-107.
- CORIAT, B. (1992) "Pensar al revés. Trabajo y organización en la empresa japonesa. Siglo XXI editores, México. (Versión original 1991)
- CORIAT, B. (2000) "El taller y el cronometro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa. " Siglo XXI editores, México.

CUSICANQUI RIVERA, S. (2010) “Violencias (re) encubiertas en Bolivia”. La mirada salvaje. Editorial Piedra Rota. La Paz, Bolivia

DANANI, C (s.f.) “Los procesos que esconde la reforma de la seguridad social argentina: el caso de las obras sociales”. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires.

DAVERIO, D ; KREMER, P y PISANI, O. (2013) “Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la medicina general y familiar como especialidad médica. Estudio multicéntrico en las provincias de Jujuy, Tucumán, Santa Fe y Neuquén para las cohortes 2001 a 2004, y 2012”. Informe final consolidado presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/Dos\\_investigacion/Kremer2013.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/Kremer2013.pdf)

DE LA GARZA, E (2005) “Introducción: Del concepto ampliado de Trabajo al Sujeto laboral ampliado”. Sindicatos y Nuevos Movimientos Sociales en América Latina. CLACSO

DE LA GARZA, E. (2011) “Trabajo no Clásico, Organización y Acción Colectiva” en Trabajo no Clásico, organización y Acción Colectiva. México, D.F.: Plaza Y Valdés-UAM, T. II.

DURKHEIM, E. (1965) “El suicidio” Editorial Shapire, Buenos Aires.

DURKHEIM, E. (1965) “Las reglas del método sociológico”. Editorial Shapire, Buenos Aires

EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD (1974) “Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicados a la medicina”. Educación Médica y Salud, vol 8, nº 4, pp. 354-359.

EGEA, C; FLORES, M; MOTUCA, M; VELEZ, I. (2011) “Inauguración del Hospital Neuropsiquiátrico de Guaymallén, El Sauce, en la provincia de Mendoza. Ramón Carrillo y el concepto de Ciudad Hospital”. Revista Temas, nº 31, p.p. 17-21

ENGELS, F (2007) “La situación de la clase obrera en Inglaterra” (1845; 2007). Versión electrónica del Centro de Estudios Miguel Enríquez, CEME, Chile 13

FEDERICI, S. (2010) “Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria”. Traficantes de sueños, Madrid.

FLEURY TEIXEIRA, S. (1997) "Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina". Lugar Editorial, Buenos Aires.

FOUCAULT, M (1976) "La crisis de la medicina o de la antimedicina". Educación médica y salud. Vol. 10, nº 2.

FOUCAULT, M (1977) "Historia de la medicalización". Educación médica y salud. Vol. 11, nº 1.

FOUCAULT, M (1978) "Incorporación del hospital en la tecnología moderna". Educación médica y salud. Vol. 12, nº 1

FOUCAULT, M (2004) "El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica". Siglo XXI editores Argentina S.A., Buenos Aires

FOUCAULT, M (2006 a) "Defender la sociedad. Curso en el College de France (1975-1976)". Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires

FOUCAULT, M (2006 b) "Seguridad, Territorio y Población. Curso en el College de France (1977-1978)". Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires

FOUCAULT, (2007) "Nacimiento de la biopolítica: Curso en el College de France: (1978-1979). Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires

FOUCAULT, M (s.f.) "Saber y verdad". Ediciones de la Piqueta. Madrid. Disponible en: [http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Foucault\\_Michel-Saber\\_y\\_verdad.pdf](http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Foucault_Michel-Saber_y_verdad.pdf)

GALEANO, TROTTA y SPINELLI (2011) "Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida". Salud Colectiva, 7 (3): 285-315, Buenos Aires

GANDARILLA SALGADO (2003): "Globalización Totalidad e Historia. Ensayos de interpretación crítica", UNAM - Editorial Herramienta, Buenos Aires.

GARCÍA, J. C (1983) "Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud". Educación médica y salud, Vol. 17, nº 4, O.P.S.

GIL MONTE, P. (2005). "El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar". Editorial Pirámide, Madrid

GOFFMAN, E (2001) "Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales". Amorrortu, Buenos Aires.

GORZ, (1998) "Miserias del presente, riqueza de lo posible". Paidós, Madrid.

GRIGERA, J (2011) "La desindustrialización en Argentina. ¿Agresión a la manufactura o reestructuración capitalista? en El país invisible: debates sobre

la Argentina reciente, comp. Alberto Bonnet. Ediciones Continente, Buenos Aires.

GUTIÉRREZ, A (2005) "Las Prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu". Ferreyra Editor, Córdoba

IANNI, V (2011) "Argentina: ¿una totalidad o una parte del todo? Las relaciones entre espacio nacional y mercado mundial" en El país invisible: debates sobre la Argentina reciente, comp. Alberto Bonnet. Ediciones Continente, Buenos Aires.

IRIART, C.; MERHY, E. y WAITZKIN, H. (2000) "La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma". Cad. Saúde Pública, 16(1):95-105, Rio de Janeiro.

LAURELL, A.C. (1975) "Medicina y capitalismo en México". Cuadernos Políticos, nº 5, México

LAURELL, A.C. (1978) "Investigación en sociología médica". Salud problema UAM-Xmo, nº 1.

LAURELL, A.C (1981) "La salud enfermedad como proceso social". Cuadernos Médicos Sociales nº19

LAURELL, A. C. (2011) "Dos décadas de reformas de salud. Una evaluación crítica". Memorias 7º Congreso Internacional de Salud Pública. Políticas Públicas y Sistemas de Salud: Perspectivas para las Américas. Medellín, Colombia. Disponible en

<http://fnsp.udea.edu.co/fnsp/congresosp7/PAsaCristina.pdf>

LICEAGA, G (2013) "El concepto de comunidad en las ciencias sociales latinoamericanas: apuntes para su comprensión". Cuadernos Americanos 145, 3, pp. 57-85. Disponible en: <http://www.cialc.unam.mx/cuadamer/textos/ca145-57.pdf>

MACDONALD, CL y MERRILL, D. (2009) "Intersectionality in the emotional proletariat: a new lens on employment discrimination in service work en KORCZYNSKI & MACDONALD. Service Work. Critical Perspectives, Routledge, NY.

MAINETTI y TEALDI (1990) "Los comités hospitalarios de ética". Sin datos de publicación.

MARCUSE, H (1972) "Marx y el trabajo alienado". Editorial CEPE, Buenos Aires.

- MARRADI, ARCHENTI, PIOVANI ( 2007) "Metodología de las ciencias sociales". Emecé editores, Buenos Aires
- MARX, K. (2009) "El Capital: el proceso de producción del capital." Tomo 1. Vol.2. Siglo XXI editors, Buenos Aires.
- MASLACH, C. (1982b) "Burnout: The cost of caring. Nueva York: Prentice-Hall Press"
- MASLACH, C. (2001). "Burnout". En OIT (Ed). Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- MERA, C Y REBON, J. (Coord.)(2010) "Gino Germani: La sociedad en cuestión: antología comentada". CLACSO, Buenos Aires
- MERCER, H (1975) "Investigación social aplicada a la salud". Educación médica y salud. Vol. 9, nº 4
- MERCER, H (1986) "Las contribuciones de la sociología a la investigación en salud". Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencis y Perspectivas, OPS CIESU, Montevideo.
- MENÉNDEZ (1984) "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología médica crítica". Nueva Antropología, Año VI, Nº 23, México.
- MENÉNDEZ (1985) "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina". Nueva Antropología, Vol VII, Nº 28, México.
- MENÉNDEZ, E (1994) "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades 4(7): 71-83
- MOROSINI, M; ROA, R. y SIEDE, J. (1997) "Medicina Familiar: Hacia un nuevo modelo de Atención de la Salud". Tomo I Principios y Herramientas. AKADIA, Buenos Aires
- NEFFA, J (2001) "Telegestión: su impacto en la salud de los trabajadores". Trabajo y Sociedad-CEIL/PIETTE/CONICET, FOEESITRA
- NUNES DUARTE, E (1997) "Las ciencias sociales en salud en América Latina: una historia singular". Espacio abierto, vol. 6, nº 2.
- NUNES DUARTE, E (2005) "Ciencias Sociais em saúde: uma reflexao sobre sua historia" en Críticas e atuantes: ciencias sociais e humanas em saúde na América Latina. Editora Fiocruz

- NUNES DUARTE, E (2008) "Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde". *Ciencia & Saúde Coletiva*, 13 (3): 909-916
- NOGUEIRA, R (1988) "La medicina liberal y el mercado de trabajo en salud ¿Qué es la medicina liberal?". *Educación Médica y Salud*, Vol. 22, Nº 2
- O`DONNELL, G. (1982) "El estado burocrático autoritario 1966-1973. Triunfos, derrotas y crisis". Editorial de Belgrano, Buenos Aires.
- PARSONS, T. (1966) "El sistema social". Editorial Madrid, Rev. De Occidente
- PARSONS, T. (1967) "Ensayos de teoría sociológica". Paidós, Buenos Aires.
- PÉRGOLA, F (2010) "Inicios del Mutualismo en Argentina". *Hitos y Protagonistas. Revista Argentina Salud Pública*, vol. 1 –nº 4
- PIERBATTISTI, D. (2008) "La privatización de los cuerpos: la construcción de la proactividad neoliberal en el ámbito de las telecomunicaciones, 1991-2001". Prometeo Libros, Buenos Aires.
- ROJO PÉREZ Y GARCÍA GONZÁLEZ, (2000) "Sociología y salud. Reflexiones para la acción" *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 26, nº 2. Sociedad cubana de Administración de la Salud Cuba.
- ROSENDO, E. (2009) "Los olvidos de la salud mental en los procesos de desinstitucionalización. Antecedentes históricos, formación universitaria y abordaje social. La Ley de Salud Mental Nº 448, un ejemplo paradigmático" *Centro de Documentación en Políticas Sociales*, documento 42
- SCRIBANO, A (2013) "Cuerpos y emociones en el Capital". *Nómadas*, nº 39, Bogotá, Colombia
- SCHUFER, PRECE Y NECCHI (1997) "20 años de Sociología de la Salud en la Argentina". *Medicina y Sociedad* 20 (1)
- SCHUFER, M. (2003) "Una breve historia de la profesión médica en la Argentina". *Médicos y Medicinas en la Historia*, volumen 2 (7): 12-23.
- SOUZA MINAYO, M (2009) "La artesanía de la investigación cualitativa" Lugar Editorial, Buenos Aires.
- SPINELLI, H. (2010) "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". *Salud Colectiva* 6 (3) 275-293
- TESTA, M. (1997) "Pensar en Salud". Editorial Lugar, Buenos Aires.

THOMAS, C. (2012) "Mendoza: La salud pública a fines del Siglo XIX, Plan de Saneamiento y sus lecciones para el siglo XXI". Disponible en: <http://www.isg.org.ar/wp-content/uploads/2012/10/Salud-Publica-Mza-XIX-XXI1.pdf>

VALLONE, S (2009) "Los peligros del orden: el discurso positivista en la trama del control social". Editorial de la Universidad Nacional de Cuyo (EDIUNC), Mendoza.

VERAZA, P (2008) "Subsunción real del consumo bajo el capital". Itaca, México.

VILLASEÑOR, S; ROJAS, C; BERGANZA, C (2002) "La enfermedad y la medicina en las culturas precolombinas de América: la cosmovisión nahua". Investigación en Salud, vol. IV, num. 3, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, México.

YAÑEZ, L. y DAVID, D. ( 2000) "Transformaciones del Sistema Sanitario en Mendoza". Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Mendoza

## FUENTES

BECERRA, BISTUÉ, CARDELLO, MAUMENE, POJ (1993) “Satisfacción del usuario del Hospital Dr. Humberto Notti”. Mimeo.

BECERRA, BISTUÉ, CARDELLO, GARCÍA OCAUTO, MAUMENE, POJ (1994) “Satisfacción de las pacientes de la maternidad del hospital Lagomaggiore” Mimeo.

GUEMBE (s.f.) “Hospital El Sauce: proyecto de reseña histórica”. Mimeo.

MEGACORP Instituto de mediciones y tendencias (1992) “Sistema de Salud en la provincia de Mendoza: Percepción de los usuarios” Mimeo.

TORRES, L. (2005) “Violencias minúsculas con mayúsculas”. Universidad de Sevilla, Tesis de doctorado defendida, Mimeo.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978): Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. Disponible en [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1977): “Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de Atención Primaria y participación de la comunidad”, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 83, nro. 6, noviembre de 1977. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Washington, 26 y 27 de septiembre de 1977. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v83n6p477.pdf>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003): “Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata”. Buenos Aires, 2003

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007): “Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015”. 27. a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59. a Sesión del Comité Regional, Washington, D.C, EUA, celebrada del 1 al 5 de octubre de 2007

“Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958. Dr. Ramón Carrillo”. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Secretaría Parlamentaria. Dirección de Información Parlamentaria. Disponible en:

<http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos/dg.109.05.00-1.pdf>

LEY NUMERO 5578/90

Consultado en: <http://www.tribunet.com.ar/tribunet/ley/5578.htm>

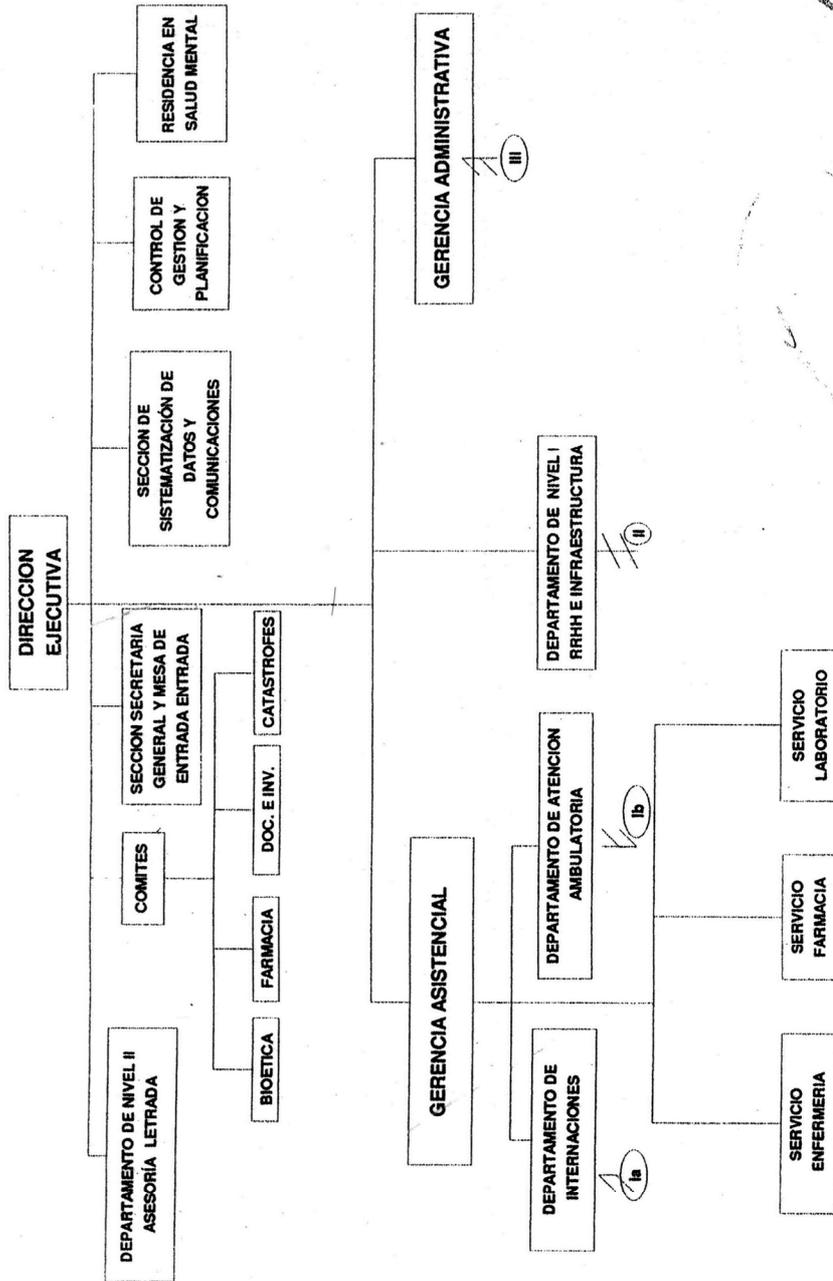
LEY NUMERO 6015/93

Consultado en: <http://www.tribunet.com.ar/tribunet/ley/6015.htm>



GOBIERNO DE MENDOZA  
Ministerio de Salud

# ORGANIGRAMA HOSPITAL "EL SAUCE"



5 COMPAÑIA DEL ORIGINAL  
SECRETARIA GENERAL  
MINISTERIO DE SALUD

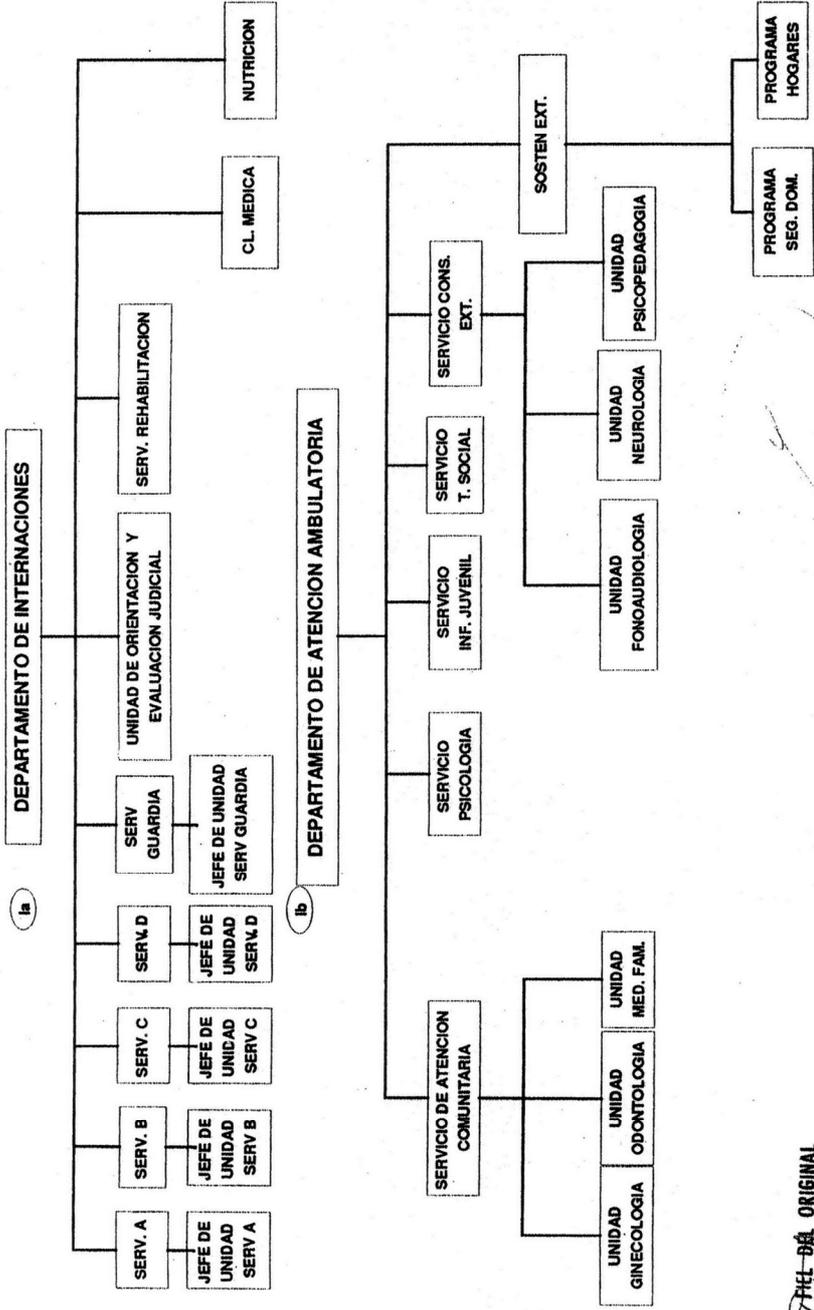
*[Handwritten signature]*  
Dr. ALDO SERGIO SARACCO  
MINISTRO DE SALUD  
Gobierno de la Provincia de Mendoza





GOBIERNO DE MENDOZA  
Ministerio de Salud

# ORGANIGRAMA DEP. DE INTERNACION Y AMBULATORIO HOSPITAL "EL SAUCE"



ES COPIA DEL ORIGINAL

*M. de la Cruz*  
SECRETARIA GENERAL  
MINISTERIO DE SALUD



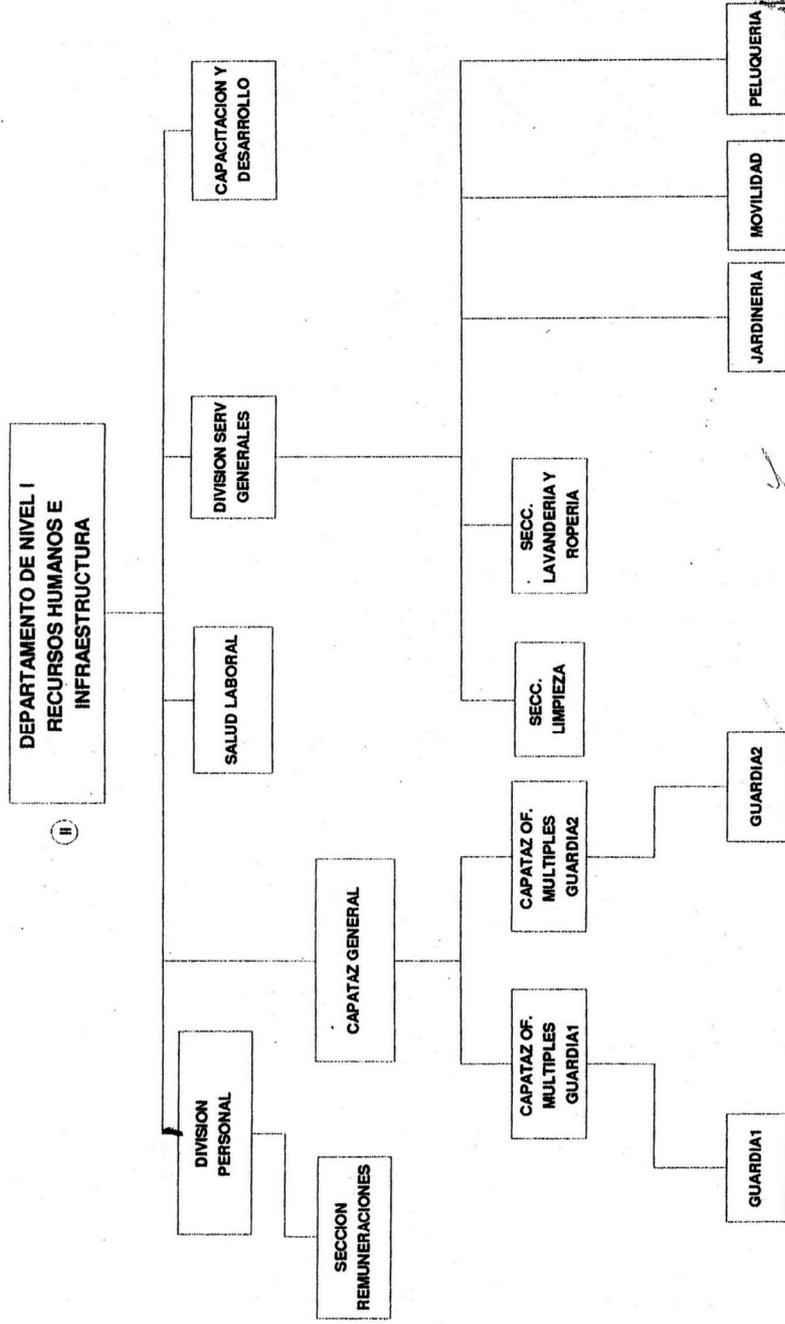
*A. Saraco*  
Dr. ALDO SERGIO SARACO  
MINISTRO DE SALUD  
Gobierno de la Provincia de Mendoza





GOBIERNO DE MENDOZA  
Ministerio de Salud

ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA  
HOSPITAL "EL SAUCE"



EL ORIGINAL  
Dr. E. Córdoba  
SECRETARIA GENERAL  
MINISTERIO DE SALUD

Dr. ALDO SERGIO SARACCO  
MINISTRO DE SALUD



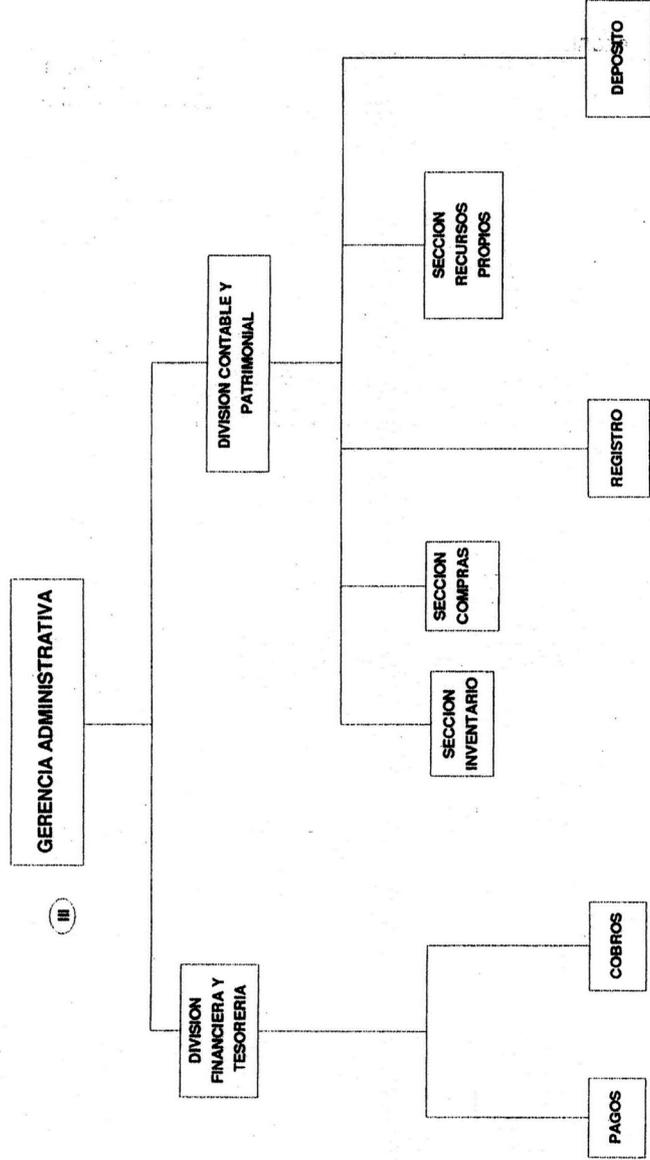


GOBIERNO DE MENDOZA

Ministerio de Salud

RESOLUCION N° 3420

### ORGANIGRAMA DEL AREA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL "EL SAUCE"



FIEL DEL ORIGINAL  
 Dr. Sergio Saracho  
 SECRETARÍA GENERAL  
 MINISTERIO DE SALUD

*S. Saracho*  
 Dr. ALDO SERGIO SARACHO  
 MINISTRO DE SALUD  
 Gobierno de la Provincia de Mendoza



## ANEXO II

# Los Andes

---

Domingo, 27 de julio de 2014

## Centros de salud: pobres y deteriorados

**Ya sea a nivel edilicio o por falta de personal, algunos efectores que funcionan en zonas populosas de la provincia no dan abasto. En medio de la pelea entre el ministro de Salud y el gremio de los médicos, trabajadores y pacientes piden que se optimicen los recursos.**

Ignacio de la Rosa - idelarosa@losandes.com.ar

---

La problemática tomó protagonismo -en forma de polémica- la última semana, luego de que el ministro de Salud, Matías Roby, disparara con munición gruesa contra los médicos y profesionales del centro de salud 39 de Ugarteche (y por elevación contra otros trabajadores del sistema público) a quienes visitó de sorpresa y trató incluso de “vagos e inútiles”. Sin embargo, las dificultades en los centros de salud no empiezan ni terminan con la visita de un ministro, como lo comprobó Los Andes en una recorrida por algunos de estos efectores ubicados en zonas periféricas pero populosas del Gran Mendoza.

Más allá de la repartición de culpas y el fuego cruzado mediático (ver aparte), lo cierto es que -según se pudo verificar- tanto las condiciones de personal como las edificaciones no son precisamente las mejores en la mayoría de los casos y en muchos de ellos la gente ya se ha acostumbrado a tener que esperar eternamente por un turno o atención. “Nosotros no vamos a Ugarteche un solo día y con toda la seguridad a nuestra disposición como fue el ministro. Lo invitamos a que venga acá todos los días, como venimos nosotros o como viene una persona a atenderse”, sintetizó una de las profesionales del centro de salud 18 de El Plumerillo (Las Heras).

“Para poder cambiar esta realidad de los centros de salud hay dos cosas fundamentales. La primera es seguir modernizando para hacer más eficiente la atención. Y la otra, lamentablemente, es seguir controlando. Estamos descontándole a 214 de los 545 profesionales (39%) y a 126 de los 824 no profesionales (15%) que tenemos en planta por incumplimiento en sus tareas, ya sea tardanzas, que se retiran antes o que directamente ni van a trabajar. En total son \$ 448.501 lo que se está descontando”,

indicó Roby, para quien “lamentablemente hay que apretar de esta forma a los que no cumplen”.

### **Buenas y malas**

En Las Heras hay dos centros de salud que, según acusan sus propios empleados -y algunos pacientes-, no están en las mejores condiciones y, pese a esto, los profesionales y no profesionales dicen cumplir de forma intachable con sus trabajos.

“Acá todos cumplimos. Tenemos un reloj en el que marcamos todos los días, no hay forma de que entremos o nos vayamos sin marcar. Claro que no nos da ni siquiera un comprobante, por lo que no tenemos forma de saber cuántas horas nos figuran y si se nos descuenta algo. Al no tener ningún registro de lo que marca el reloj, los descuentos se hacen de forma caprichosa”, resaltó una de las trabajadoras del centro de salud 18, quien aclaró que en el lugar las enfermeras se quedan hasta las 20 y nadie se va antes de tiempo.

“Los médicos también cumplen las horas de prestación. No descartamos que haya trabajadores que lo hacen en algunos, pero no somos todos iguales. Que el ministro haya hecho todo el circo del otro día (por la visita a Ugarteche) es puro circo”, se quejaron las trabajadoras del lugar. Asimismo, resaltaron que en los últimos días -sin justificativo- se les han descontado hasta \$ 2.000 a profesionales que han cumplido con sus funciones.

En cuanto a las características edilicias del lugar, también pidieron al gobierno que se tomen cartas en el asunto. “Es un centro relativamente nuevo, fue inaugurado en 2010. Tiene calefacción y aire acondicionado, pero son cosas que pagamos los propios trabajadores por medio del programa nacional Sumar. Sin embargo, hay un baño de damas que está clausurado y tenemos fallas permanentes en las cloacas o pérdidas de gas en el gabinete. En todas las paredes se están cayendo los azulejos”, agregaron, mostrando cómo en algunos sitios de la enfermería directamente se han resignado y los han pegado con cinta adhesiva.

“La seguridad es otro tema acá también. Hace un tiempo un paciente golpeó a un médico porque era hincha de otro equipo de fútbol. Constantemente recibimos amenazas con armas blancas y de fuego. Y nadie escucha nuestros reclamos”, sentenciaron.

Los pacientes que se atienden en el lugar -consultados por Los Andes- no tuvieron demasiados reparos ni críticas a la hora de evaluar la atención. “Siempre que he venido he encontrado turnos y me han atendido bien, no me puedo quejar de nada”, destacó Julieta Guzmán. “Es buenísimo éste (por el 18). He ido a otros centros de salud y he tenido que esperar por turnos o por los médicos. Pero acá no me pasan esas cosas. Nunca hemos tenido problemas”, destacó por su parte Marisol, otra paciente.

Unos kilómetros más al norte, en la zona del barrio Cinco Mil Lotes, está el centro de salud 226 San Miguel. Funciona en una antigua casa que, de acuerdo a las palabras de vecinos y de quienes allí trabajan, “se está viniendo abajo”.

“Acá todos trabajamos y cumplimos con nuestra tarea, al menos como podemos. Las paredes están todas descascaradas y el frío en invierno es insoportable. No tenemos estufas y no podemos enchufar más de dos calventores porque salta la térmica”, destacaron sus trabajadores.

Las paredes que no están agujereadas o con hongos por la humedad, son de cartón. “Estamos respirando hongos y humedad todo el día. El consultorio ginecológico está en un lugar antihigiénico y acá ya no se hacen PAP, se derivan a otros centros. No puede haber un consultorio ginecológico y uno odontológico en estas condiciones. Todos los años tenemos problemas de cloacas y cuando hacemos un reclamo, nos dicen ‘mañana lo vamos a ver’. Y nunca vienen. El día que haya un terremoto, nos morimos todos”, expresaron con preocupación.

Además, también se quejaron por la inseguridad en el lugar. “Nos han amenazado por adelantar un turno 15 minutos, a ese extremo hemos llegado”, afirmaron.

En el barrio La Estanzuela (Godoy Cruz) la situación es similar. Al menos así lo destaca la pediatra Ana Helning, quien además es delegada de Ampros (justamente el gremio con quien más cruces ha tenido el ministro Roby). “En La Estanzuela no hay medicaciones cardiológicas y los anticonceptivos no llegan hace más de tres meses. El personal se retira y no lo reemplazan”, indicó la profesional, quien resaltó que ante la falta de medicamentos no tienen otra que “manejarse” con las muestras de los visitantes médicos.

“Por día atendemos al menos 16 pacientes en La Estanzuela. En Los Glaciares (centro de salud 4) desde marzo hasta ahora yo llevo una media de 680 pacientes atendidos por mes y la otra pediatra que trabaja conmigo, 602. Y no siempre toma sólo cinco minutos la atención de cada paciente, como nos piden. Los que trabajamos en atención primaria sabemos que lo primero que tenemos que tener es vocación. Es un trabajo que se hace a pulmón y a veces nos encontramos con directores o personal que ponen a dedo y no está preparados”, destacó Helning.

“Indigna un poco que el ministro nos ponga a todos dentro de la misma bolsa. No digo que seamos todos santos, siempre hay algunos que no cumplen. Pero, por desgracia, siempre son ellos los que trascienden”, sentenció.