

La crisis en pandemia, un quiebre para repensar las perspectivas de salud

The crisis on pandemic time, a break to think about others ways to understand the health

Natalia Ferrero, Andrés Ruiz Cazón y Juan Cruz Vidart

Fecha de presentación: 30/10/20

Fecha de aceptación: 01/02/21

Resumen

En este escrito se parte de un análisis de la crisis sanitaria y social que aqueja a nivel mundial, en particular a la Argentina. Es a partir de ello que surgen cuestionamientos que llevan a discutir las lógicas de organización y nuestra acción como sujetos, cuestionar los individualismos en un momento donde lo colectivo/comunitario es imperativo. En ese devenir el concepto de salud no es ajeno a ello y merece ser repensado y resignificado desde otras lógicas a la hegemónica (paradigma biologicista-medicinal), en tanto ha demostrado falencias y debilidades para dar respuestas efectivas frente a la pandemia mundial. En función de ello, proponemos un paradigma teórico-metodológico-político alternativo de la salud, sin embargo hay que tener la claridad de que su efectivización no es tarea fácil, por tanto el análisis y la reflexión de la realidad social y del campo de la salud cobra un papel fundante en la actualidad, donde las responsabilidades deben estar claras y ser (re)pensadas en vías de determinar los desafíos de llevar a cabo una perspectiva de salud que tome como criterio de pensamiento/acción la ética del cuidado. El sujeto debe situarse, historizarse, humanizarse y constituirse(lo) en agente del abordaje colectivo de su salud.

Abstract

In this paper we start talking about the qualities of the social and sanitarium crises on the world, particularly about the consequences in Argentina. Taking it into account, we ask us for the human ways to act, usually individually, when, in fact, the solidarity way is a need for everyone and everything in this time. So, in this way, we ask for health too, as an action, as a concept, as a social policy, as a discipline, and as a popular speech. It is not only lack of sickness, or a body situation, neither is only a biology area. This logic (hegemony) to think and act into the health field, has failed fighting pandemic. Therefore we talk about and propose others and alternative points of view about it, trying to change the most popular way to understand health. But it is not easy. Becomes it real involves, first, red and interprets the total social reality and, in specific, interprets the health field. Knowing the roles and the functions into this is too important if we want to identify the challenges changing its structuring logic for an ethic of care. The subject must be understanding in relation with his life history, his human condition, and also, we must do necessary things to subject become an agent-competitor, when is his health involved.

Palabras clave

Pandemia, salud, paradigma, cuidado, crisis social, desafíos.

Keywords

Pandemic, health, paradigm, care, social crisis, challenges.

Introducción

En tiempos en que la maquinaria de la producción y sus hábitos constitutivos de nuestra cotidianidad se apagan, o al menos dejan de ser acuciantes y ensordecedores, el silencio ocupa ese lugar se vuelve inevitable el encuentro-desencuentro con uno mismo, poniendo en jaque nuestras certezas; entre ellas la más imponente: la capacidad del control absoluto de todo por los humanos, hasta lo más inesperado como el cuerpo (¿qué voy a hacer hoy?), el estado de ánimo, la capacidad de elección (¿qué vamos a comer?), se vuelven incontrolables.

La llegada del silencio y del momento de no hacer nada trae consigo disparadores que nos invitan a pensar(nos), a reflexionar acerca de la imperfección, la finitud, la vulnerabilidad arraigada en los sujetos humanos; y es ahí, en el dar cuenta de ello donde se crea el nicho para la reflexión sobre ¿qué hacer para pervivir? ¿cuándo y de qué manera se vuelve a la tranquilidad de lo predecible y lo seguro, a los trayectos en los que conozco cómo moverme? ¿cuál es el modo de seguir vive?

Todas son preguntas puntapie para poner en discusión nuestras lógicas desde las cuales pensar el mundo, nuestra organización y nuestra acción como sujetos sociales. Estas preguntas traen dentro de sí toda la potencialidad para dar una batalla simbólica acerca de la importancia de lo colectivo, lo comunitario, frente a la afirmación instalada según la cual cada quien se salva por sí mismo. Pero hay un concepto que se expone aún más en la escena para ser problematizado y disputado: el de salud.

A continuación reconstruiremos el panorama que asedia a la Argentina en el abordaje de la pandemia por COVID-19, para desde ahí al exponer la complejidad involucrada, poder reposicionar el concepto de salud que estructura el posicionamiento profesional-teórico-metodológico y ético-político de la medicina social o salud colectiva; siendo ésta perspectiva una manera otra-alternativa de analizar, problematizar, reflexionar y actuar sobre la realidad que nos compete desde la responsabilidad social a todos, pero aún más a gobernantes que disponen de los recursos, el poder y la potestad-responsabilidad para hacerlo; y a profesionales del campo de la salud que son la primera línea de trinchera para el combate más específico y peligroso.

Por último, en tanto dicho modo de comprensión y abordaje no es el único y mucho menos el hegemónico, avanzaremos en la definición de los desafíos que los actores deben transitar en la disputa por instalarlo como criterio de pensamiento y acción de los involucrados con diferentes grados de interferencia real.

La cuestión social subvertida en contexto de pandemia

Un virus se expande por el mundo y llega a la Argentina para reafirmar su carácter pandémico; en consonancia con ello, la reclusión en el ámbito privado y la prohibición de circular con plena libertad se han vuelto condición sine qua non para el desarrollo cotidiano, desde que el Estado central lo decretó el mes de marzo de 2020, para evitar la propagación del Covid-19 de manera abrupta, inconmensurable, e inabordable, ya que el principal mecanismo de contagio se da por contacto humano.

Junto a ello sobreviene el aislamiento social como resultado primero, un estado de situación que genera impactos multidimensionales, tanto en las condiciones materiales, como en el estado emocional y en el plano simbólico. El aislamiento trae consigo una ruptura de lo habitual, inseguridad frente a lo desconocido y desconcierto por no saber cómo actuar. Invita a pensar y repensar otros modos de transitar el día, otros modos de relacionarnos, desdibuja el tiempo hasta volverlo una paradoja y resignifica los espacios obligando a que sean habitados de otra forma. Sin embargo, ello no impacta de igual modo a todos, hay grandes diferencias según el sector social y la ubicación geográfica en la que se encuentre (no es lo mismo vivir en el Norte Argentino, que en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el gran Buenos Aires).

La realidad de los sectores vulnerables se ve fuertemente atravesada por la imposibilidad concreta y material de asegurarse el aprovisionamiento de recursos y, por ende, de los bienes y servicios para la reproducción cotidiana. Y la provisión asume diferentes modos conforme al modo de organización habitual para su obtención. La ausencia o pérdida de trabajo formal y estable, hace que para estos sectores cada nuevo día sea un desafío y una posibilidad (o no) para que mediante diferentes estrategias (realizando changas, caminando calles y solicitando la solidaridad de alguine vecine, concurriendo a espacios comunitarios e institucionales, tomando un empleo informal y esporádico) puedan cubrir sus necesidades, siendo el aislamiento un elemento disruptivo que anula la movilidad de los sujetos, acotando el abanico de herramientas y de capitales que pueden ponerse en marcha para el auto-sustento individual y familiar.

Sumado a esto, las características habitacionales y barriales no permiten cumplir con la cuarentena en condiciones dignas, siendo que la gran mayoría carece de servicios básicos. “En los cuatro mil cuatrocientos barrios populares del país, el 93,5 por ciento no tiene acceso formal a la red de Agua Potable [...] con un solo hospital para 500 mil habitantes” (Vales, 2020, p.1). Lo cual evidencia la mercantilización de la provisión de bienes y servicios. Además una ola de despidos que acecha prioritariamente sobre los precarizados del sistema laboral¹, simultáneo al escalamiento de la curva de violencia policial.

Se está viviendo una crisis sanitaria, que en el intento de ser contenida guarda dentro de sí una intensa crisis social en potencia. La necesidad de definir modos alternativos de cobertura y

¹ “Dánica cerró su planta para no reincorporar despedidos; McDonalds, Starbucks y Burger comunicaron que pagarán solo el 50% de los salarios; y Techint confirmó hoy que despedirá a 1500 trabajadorxs.” (Vales, 2020, p.1).

resolución de las necesidades cotidianas de los sujetos, es uno de los focos de preocupación, planificación, decisión y acción de los diferentes niveles del Estado (municipal, provincial y nacional), así como también de las organizaciones con trabajo territorial-comunitario (movimientos sociales, vecinales, iglesias, partidos políticos). Es así que se barajan diferentes propuestas, todas en carácter de urgencia², y se desarrollan estructuras de articulación para llegar a los territorios donde la militancia social viene jugando un rol clave para cubrir la logística necesaria, para evitar que las familias se queden sin alimentos y elementos de limpieza, entre otros productos; pero también porque son canales transmisores de información de manera directa permitiendo que la previsibilidad y la tranquilidad, en tanto derecho, sea de mayor alcance para todos.

Junto a la insatisfacción material, merecen igual atención problemáticas en el plano de lo simbólico, lo intersubjetivo y lo subjetivo. Es imposible que la necesidad de reestructurar de manera absoluta los modos de organización del hogar, las tareas y responsabilidades, los tiempos y la utilización de los espacios no traigan aparejados procesos de inestabilidad/crisis que implican al sujeto en su completitud (cuerpo, mente, alma). Desesperación, ansiedad, miedo, maltrato, violencia, sensación de soledad, son algunas de las expresiones más claras de ello y no pueden comprenderse al margen del contexto excepcional que se vive. Todo lo conocido, esto es, el terreno en el que sabíamos movernos se derrumba; ese espacio desde donde nos aferramos para sentir seguridad se ve amenazado.

Una de las medidas adoptadas considera a los barrios habitados por sectores vulnerables –y ya no a la unidad doméstica—como una unidad de aislamiento. Ello se ha definido tomando en cuenta las condiciones de las viviendas, la necesidad de movimiento y actividad para acceder a trabajos, a alimentos, a actividades económicas locales que disminuyan los efectos de la caída del trabajo informal (Vales, 2020). Lo cual exige modos de abordaje que tomen en cuenta la multidimensionalidad de las consecuencias del aislamiento. E implica pensar respuestas no solo ante las necesidades materiales, sino considerando también la dimensión subjetiva, la autovaloración, el desarrollo de habilidades personales, el empleo y organización del tiempo, lo vincular colectivo –diversificación de contactos– la recreación, el disfrute y utilización de los distintos espacios.

El Estado nacional viene articulando con los niveles provincial y municipal, interviniendo activamente, intentando priorizar la salud de la población frente a las demandas del mercado, y al mismo tiempo asumiendo el desafío de planificar una estrategia general que contemple los efectos económico-sociales del coronavirus a nivel global, y la cuarentena, a nivel nacional.

² Un ingreso de emergencia familiar, reparto de bolsones, realización de viandas con provisiones del Estado, prohibición de despidos a las empresas, duplicación excepcional del monto de la Asignación Universal por Hijo (AUH), son algunas de las herramientas (focalizadas y urgentes) que se han puesto al alcance de los sectores cuyas condiciones de desarrollo dificultan en mayor grado su vida cotidiana.

La pandemia en clave multidimensional y el concepto de salud en disputa

Presentamos en este ítem una concepción de la salud desde una perspectiva alternativa a la biologicista.

La salud, construida como objeto de conocimiento e intervención, debe entenderse en términos de proceso de salud-enfermedad (no sólo la enfermedad) contemplando la calidad de vida de los agentes y excediendo el ámbito de lo biológico-natural. En función de ello es necesario retomar la idea de 'campo de salud' como marco conceptual de comprensión, ya que habilita teórica y metodológicamente modos otros, partiendo de la idea de totalidad que involucra como componentes la biología humana (salud física y mental que se manifiesta en el organismo), el medio ambiente (factores externos al cuerpo humano y sobre los que el sujeto tiene poco control), el estilo de vida (decisiones que toma la persona y que están atravesadas por la dimensión social) y la organización de la atención de la salud (la relación entre sujetos y recursos de prestación de la salud) (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015). La Medicina Social/Salud Colectiva propone que la salud/enfermedad:

- Es una construcción histórica y situada en un momento determinado y en una población concreta.
- Es un derecho: implica una responsabilidad activa del Estado en el marco de su mayor capacidad económica y técnica. Debe garantizar que las personas puedan vivir lo más saludablemente posible (no es sólo estar sano), por ello va más allá de la asistencia médica y del ámbito de la salud. Su posibilidad de concreción no debe entenderse aislada de la efectividad de los demás derechos. En términos concretos exige:
 - Accesibilidad (económica, física, no discriminatoria e informativa).
 - Disponibilidad: presencia de establecimientos, bienes y servicios públicos.
 - Calidad: científica y tecnológica.
 - Aceptabilidad: respeto por la ética médica, sensibilidad frente a diversas experiencias, respeto por las diferentes culturas.

Recuperamos la idea de Stolkiner (2015), quien afirma que el derecho implica un cumplimiento universal, el eje se pone en lo común y en el sujeto, los derechos aparecen fundamentalmente como los derechos del otro, y míos en cuánto yo soy el otro del otro dado que el sujeto no antecede la relación con el otro, sino que se constituye en ella.

- Es un campo, es decir un espacio en disputa entre diferentes actores que poseen diferentes posiciones y capitales, y que se estructura en función de intereses diversos y hasta contrapuestos.
- No solo se define en una dimensión material, sino también en una simbólica (la idea de derecho, de complejidad dimensional y la interacción inter-espacial y transdisciplinar, de dolor, de resistencia), contradictoriamente a lo que se plantea desde el paradigma hegemónico (biologicista) donde la enfermedad es concebida como si estuviera dotada

de existencia propia, externa y anterior a las alteraciones concretas del cuerpo de les enfermes. “El cuerpo es desvinculado, de esta forma, de todo el conjunto de relaciones que constituyen los significados de la vida” (Mendes Gonçalves, 1994. Citado en Czeresnia, 2006, p.2)

- Es producto de la conjugación de conceptualizaciones, percepciones y vivencias, tanto sociales como individuales y subjetivas, de ahí que debe comprenderse teniendo en cuenta “el concepto de enfermedad -construcción mental- y el enfermar -experiencia de vida-” (2006, p.2). El proceso salud-enfermedad debe concebirse como particularidad entre lo general y lo singular, de ahí la importancia de definir lo propio del objeto y de les sujeto (individual o colectivo). La palabra y la experiencia subjetiva-singular es parte (junto con el conocimiento científico) del proceso dialéctico de constitución, y por ende de comprensión del proceso de salud-enfermedad, y de la formulación y operacionalización de las prácticas de salud.
- No es la mera supervivencia, sino la búsqueda de la salud. Lo cual remite a la dimensión social, existencial y ética, a una trayectoria propia referida a situaciones concretas, al sentimiento de formar parte y compromiso activo de les sujetos, quienes dedican su singularidad a colocar lo conocido al servicio de lo que no es conocido, en la búsqueda de la verdad que emerge en la experiencia vivida. (Badiou, 1995. Citado en Czeresnia, 2006, p.7).

Es por ello que la dimensión del cuidado ocupa un lugar central en el ejercicio del campo de la salud. Desde la medicina social-salud colectiva Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014) propone entender al “cuidado como ética que orienta la práctica en salud” (p.217) en un sentido alternativo a la mercantilización y bio-medicalización, donde le otre se vuelve objeto, en lugar de ser mirado y tratado empáticamente; le sujeto se reduce a un cuerpo físico y se niega su historia, su sentir, su pensar y lo que tiene para decir; de ahí la reivindicación de la dignidad humana desde “el reconocimiento de la presencia del semejante [...]Semejante como un otro que es sujeto de derechos” (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014, p.222).

En tal sentido, plantean les autores, es fundamental una atención integral que se corra desde el sistema sanitario como centro hacia otros sectores (educación, cultura, justicia, etc.), otros saberes, otros actores y otras situaciones de vida cuyo eje no es la enfermedad; al mismo tiempo que deben reorganizarse los servicios tomando como eje para las prácticas en salud (gestión de servicios y organización del trabajo) a les usuaries, dando centralidad a su persona y sus problemas.

El diagnóstico, el trabajo previo, la palabra de le otre, sus necesidades expresadas, deben ser validados y recuperados en cada gesto, acción y planificación. Cuidar implica un modo de hacer y de relacionarnos con le otre, por lo tanto, no sólo se expresa en acciones concretas destinadas a promover o fortalecer el propósito directo, sino que tiñe a la completitud de acciones y los vínculos que en ellas se construyen. Es así que cuando nos posicionamos desde la opción ética

del cuidado lo primero que hay que tener en cuenta es la posibilidad de incorporar a le otre en la definición y ejecución de toda acción. Incorporar a le otre alude a recuperar su mirada, su sentir, su entender, su forma de ser, a las prácticas institucionalizadas, particularizando la planificación y ejecución de las mismas; así también implica vincularse desde el respeto, la escucha atenta y la ternura.

Es importante hacerse de herramientas para poder generar espacios, situaciones, estímulos y dinámicas de relacionamiento que posibiliten el intercambio y la construcción conjunta.

A su vez contempla los siguientes atributos:

- **Multidimensionalidad:** han de contemplarse no sólo los aspectos anatómicos y fisiológicos sino también lo psicológico y lo social-vincular (abordaje múltiple). Desde la OMS, desde el año 1948, se la definió como “el estado completo de bienestar físico, mental, y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (Constitución de la OMS, 1948, citado en Carmody, 2016, p.91).
- **Multicausalidad:** Se corresponde con causales biológicas (agentes microbianos), al mismo tiempo que con causas sociales, políticas, económicas y culturales, es decir, con las posibilidades o condiciones de reproducción en la vida cotidiana (definiciones y acciones de naturaleza diversa que impactan en diferentes campos que interactúan en la conformación de esa totalidad que es el proceso de salud-enfermedad). Si el perfil o la situación de salud/enfermedad está directamente asociada a las condiciones de reproducción de la vida cotidiana, entonces se corresponde a la posición transitada en la organización social del momento. Estas condiciones o circunstancias en las que le sujeto se desarrolla y que condicionan la distribución de los problemas de la salud se denominan determinantes sociales de la salud (económicos, biológicos, ecológicos y psicológicos-culturales) y deben entenderse en su individualidad y lógica interna, así como en sus procesos particulares de interacción y reconstrucción situacional.

Traducir una conquista simbólica en conquista material y viceversa: El desafío

Ahora bien, toda práctica y discurso en torno a la pandemia —más allá del ámbito de la asistencia sanitaria— contiene modos de entender la situación salud-enfermedad (como presencia de un cuerpo externo patógeno/biologicista o como complejo multidimensional socio-históricamente determinado) y en relación con ello, el modo de abordarlo (atomizando/colectivizando, responsabilizando a la persona, asumiendo el Estado un rol protagónico, desde la asistencia sanitaria/ en su complejidad simbólica, económica, socio-organizacional y política). Y es en el aspecto metodológico donde posaremos la atención desde ahora: ¿cómo involucrar toda la complejidad descrita en párrafos anteriores y efectivizarlo de manera pragmática? ¿cómo hacemos para traspasar el plano de lo abstracto y materializarlo? ¿cómo poner todo ello en juego en un proceso de acción y transformación concreto?

La propuesta de Castellanos (1990) puede orientarnos en este sentido, se trata de una metodología dialéctica para identificar y abordar los procesos vinculados a la determinación de una situación de salud concreta, sustentado en una concepción de causas múltiples-efectos múltiples. Este esquema propone, con fines analíticos, una diferenciación entre niveles de determinación social de la salud, niveles que tienen cada uno su lógica interna, pero en una constante relación recursiva y de mutua constitución. Así las características, dinámicas y sucesos de un nivel interfieren en los otros, pero de una manera particular en función de la singularidad que las lógicas propias de cada nivel imprimen. Nivel singular: constituido por el estilo de vida de los sujetos en su individualidad o grupo primario.

- Nivel particular: condiciones de existencia de los grupos sociales.
- Nivel general: modo de vida a nivel sociedad (leyes generales, estructurales, transformables a muy largo plazo).

Es en la relación entre el acontecimiento del fenómeno concreto de enfermar, la palabra del paciente y la del profesional de la salud, donde se produce la tensión, en referencia a la cuestión que aquí se destaca. “Esta se sitúa entre la subjetividad de la experiencia de la enfermedad y la objetividad de los conceptos que le dan sentido y proponen intervenciones para lidiar con semejante experiencia”. (Czeresnia, 2006, p.3)

Siguiendo este esquema no solo se contemplan las particularidades que hacen al qué (características de la pandemia) y al quién (posición que le sujeto ocupa en la estructura social) de la intervención –por lo que el diagnóstico es una herramienta fundamental– sino también las características estructurales del sistema de salud de la Argentina, síntesis del proceso histórico de constitución del mismo.

La focalización del servicio público de la salud, la mercantilización del servicio, la reducción del servicio público a una canasta básica, la desigualdad en la cobertura entre los sectores sociales, responsabilidad de los sujetos, la escasa calidad tecnológica en el sector público, el desabastecimiento, la poca participación en el gasto público, la fragmentación por especializaciones, la yuxtaposición de acciones y servicios ofrecidos, la descentralización en los diferentes niveles de Estado, los organismos multilaterales de créditos en la definición de la conformación y funcionamiento del sistema, y la presencia de grupos corporativos privados con alto grado de poder, son algunos de los resabios del neoliberalismo (1976-2003) que marcan a fuego nuestro sistema de salud actual.

Lo anterior, junto con algunas medidas progresivas como la institucionalización del área de la salud en ministerio, la diferenciación igualitaria en la cobertura económica en función del riesgo por zona (Plan Federal de Salud), la adjudicación de la potestad del Estado (deja de tener incumbencia el poder eclesiástico), se refleja (junto con las condiciones de desestructuración y desigualdad laboral, social y económica) con cierta particularidad en la coyuntura de la pandemia

del Covid-19, y frente a ello un gobierno de tinte nacional y popular que propone un modelo diferente al hegemónico, mercantil.

Finalmente, nos parece fundamental rescatar que la presencia del COVID-19 y sus impactos tan diversos, al evidenciar la complejidad social-estructural-económica-cultural de toda situación del campo de salud, pone en jaque la prevención como modo único y absoluto de abordaje, revalorizando la promoción por su integralidad y capacidad abarcativa. La promoción se trata de la elaboración de decisiones y acciones intersectoriales, orientadas a la mejora de la calidad de la vida de la población, actuando concretamente (desde lo interdisciplinar) sobre los determinantes sociales de la salud (DSS), mencionados anteriormente. Es un tipo de intervención micro-social (sobre los estilos de vida) y macro-social (sobre el ambiente físico, cultural, económico y político) que adopta como principales ejes estratégicos:

- Las políticas públicas.
- Crear los entornos favorables.
- Fortalecer la acción comunitaria.
- Desarrollar aptitudes personales y/o estilos de vida saludables.
- Reorientar los servicios de salud.

Sin embargo, la prevención y promoción no son excluyentes entre sí, por el contrario, se complementan. Toda situación correspondiente al campo de la salud merece intervenciones en un carácter preventivo (prevención primaria) así como también de promoción, es decir que a través del conjunto de acciones tácticas se apunte a “llegar antes de” (Ferreira, 1986, en Czeresnia, 2006) suprimir factores de riesgo (biológicos o estructurales) y brindar medidas de protección específica ante enfermedades reconocidas, a desarrollar una acción anticipada evitando la propagación-transmisión de la enfermedad infecciosa mediante la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambio de hábitos (Czeresnia, 2006, p.5); al mismo tiempo que se busca brindar los medios que le sujete necesita para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma, de modo de facilitar la realización de sus aspiraciones, la satisfacción de sus necesidades y también poder cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La clave está en poder conjugar ambas estrategias de abordaje desde el sistema de salud – incluyendo lo estatal y lo privado– como una totalidad, en tanto la prevención posibilita, en base a estudios epidemiológicos, anticiparse para evitar problemas, mientras que la promoción complejiza la mirada biologicista (lo fisiológico-anatómico) y negativa (el punto es la enfermedad) con una perspectiva histórica, social y cultural, siendo el eje de gravedad el concepto de salud, los determinantes sociales de la salud y la participación activa las personas. “Son medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar en general” (Leavell y Clark, 1976. Citado en Czeresnia, 2006, p.5).

Va más allá de una aplicación técnica y normativa, aceptando que no basta conocer el funcionamiento de las enfermedades y encontrar mecanismos para su control. Esta

concepción se refiere al fortalecimiento de la salud por medio de la construcción de la capacidad de elección, así como de la utilización del conocimiento con el discernimiento de considerar las diferencias y singularidades de los acontecimientos. (Czeresnia, 2006, p.6)

Reflexiones finales

Retomando lo planteado para dar un cierre al presente escrito: la pandemia trae dentro de sí toda la potencialidad para dar una batalla simbólica acerca de la importancia de lo colectivo, lo comunitario; no es real que cada cual se salva por sí solo. Se ha abierto la posibilidad de resignificar el lugar del Estado, de los lazos colectivos, de la organización de la comunidad, de la sociedad como un todo, de la lógica de solidaridad frente a la competencia y el sálvese quien pueda, de la estructura de funcionamiento del Sistema de Salud. ¿Será posible que el Estado, los movimientos sociales, los partidos políticos, los referentes barriales, los intelectuales, aprovechen la oportunidad para posicionar este discurso-otro como discurso hegemónico?

La pandemia evidenció la inequidad –evitable– de la efectividad del derecho a la salud. En función de ello tenemos una ardua tarea de disputa y reconstrucción conceptual descriptiva e interpretativa, o lo que Castellano (1990) llama construcción de una nueva hegemonía. Al mismo tiempo que debemos asumir la responsabilidad de generar planificaciones estratégicas en lo técnico (superadoras en términos de eficiencia y eficacia) y en lo político (acumular poder político) sobre cómo generar un plan operacional de desarrollo sostenido en ese posicionamiento-otro.

El sistema de Atención Primaria de Salud (APS) es coherente con una mirada social de la medicina, partiendo del “cuestionamiento de las causas que generan la distribución desigual del poder en la determinación histórica” (López y Michelli, 2014, p.21) y su correlato en la desigual posibilidad de acceso a una calidad de vida adecuada en términos del bienestar bio-psico-social, desde el cual la OMS entiende a la Salud.

Ase y Buriyovich (2009) afirman que, a partir del reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, y en el convencimiento de que a la misma debe llegarse de forma contextualizada, considerando las condiciones concretas de existencia de cada región, los organismos sanitarios internacionales proponen la estrategia de APS como instrumento idóneo para transformar el sistema de salud y mejorar las condiciones de salud generales. APS entendida igual que en la declaración de Alma Ata como: “cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables, y a tecnologías universalmente accesible a todas las personas y familia de la comunidad a través de una participación plena de unos costos que estén al alcance de la Nación y la comunidad” (Ase y Buriyovich, 2009, p.33) y con características tales como:

- idiosincrasia nacional de desarrollo,

- contemplación de la completitud del proceso constante de cuidado (promoción, prevención, curación y rehabilitación),
- inclusivo de todos los sectores (universalidad),
- dependiente de la autonomía y participación de la sociedad,
- que se apoye en sistemas de referencia funcionales y de colaboración recíproca,
- transdisciplinar,
- capaz de coordinar y cooperar entre los diferentes niveles de Estado y de los diferentes sectores proveedores del servicio de salud,
- integralidad en las acciones,
- capacidad para el establecimiento de consensos interinstitucionales, y
- organización en niveles ascendentes de complejidad.

Sin embargo, advertimos que cuando hablamos de planificación estratégica en lo técnico (superior en términos de eficiencia y eficacia) y político (acumular poder político) sobre cómo realizar un plan operacional de desarrollo sostenido en este posicionamiento-otro, que no es una tarea fácil y que hay que tener sobrada claridad de las presiones a las que es necesario enfrentarse y a los aspectos culturales arraigados en el funcionamiento institucional que obstaculizan el proceso.

Es una necesidad si se quiere ganar, como plantea Spinelli (2010), o más bien transformar un poco de todo lo institucionalizado, es fundamental construir articulaciones y generar organización para una acción que posibilite obtener más capitales y más y mejores jugadores, que constituyan equipos capaces de instalar nuevas reglas de juego. La desigualdad de posiciones (que tiene que ver con los capitales que se poseen y las condiciones socio-económicas-políticas-culturales que nos atraviesan y habilitan o no posibilidades) en la que estamos los trabajadores de la salud y los sujetos de la intervención, respecto a aquellos actores corporativos con los que nos enfrentamos, sólo puede ser contrarrestada con la organización y la conformación de un colectivo con capacidad de presión pública-institucional. Por su poder real han tenido capacidad para que sus esquemas de comprensión y acción, tradicionales y reduccionistas, sedimenten y se constituyan en caracteres estructurales del campo, que inclusive, muchas veces se cuelan en nuestro propio accionar.

Se debe dar una batalla ardua, organizada y estratégica si se quiere disputar en la dimensión simbólica, redefiniendo hábitos y problematizando los espacios y las responsabilidades que asumimos o no en ellos, es decir, el protagonismo que tomamos para exigir y demandar. Demandar no sólo en términos lógicos y cuantitativos, sino, más bien, perfilando toda una reorganización de los cuidados, del cuidado como política y de la asistencia social.

Pero también, si se quiere implementar políticas universales capaces de reconfigurar los modos en que se estructura el acceso al campo, creando y posicionando una agenda de discusión específica en lo que atañe a la salud; y/o generar los cambios institucionales necesarios: un gobierno en red (intersubjetiva), multinivel (negociaciones de colaboración) y transversal

(abarcativa de diferentes áreas y dependencias del gobierno que deben actuar de manera coordinada).

La pandemia es un contexto propicio para fortalecer, en el marco de una batalla cultural por el sentido común en torno al Estado, lo público, lo colectivo, la desigualdad de oportunidades y la salud; las acciones de producción de conocimiento y de planificación, asesoramiento, diseño de marcos legales e institucionales (políticas públicas) que promuevan e instauren nuevos modos de pensar y de hacer en lo que respecta a dichos campos, entre ellos el de la salud.

Lista de referencias

- Ase, I. y Burijovich, J. (2009). La estrategia de la Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva* 5 (1), 27-47. Lanús.
- Carmody, C. (2016). ¿Qué salud promovemos? Una reflexión sobre el esquivo concepto de salud en las actuales propuestas de promoción de la salud. En *La intervención del estado en lo social ¿Desde un enfoque de derechos?..* Paraná..Ed Fundación La hendija
- Castellanos, P.L. (1990). Sobre el concepto de Salud-Enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico, OPS* 10 N°4. Washington. Recuperado de <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/castellanos.pdf>
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En Czeresnia, D. y Machado de Freitas C. Comp: *Promoción de la Salud Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- De Lellis, M., Interlandi, C. y Martino, S. (2015). Introducción a la Salud Pública como área de conocimiento y de la acción. En De Lellis, M. (2015) *ComPerspectivas en Salud Pública y Salud Mental*. Buenos Aires. Ediciones Nuevos Tiempos.
- López, S. y Michelli, V. (Ed.). (2014). *Problematizando la Salud. Aportes conceptuales y experiencias de trabajo en territorio desde la perspectiva de la Medicina Social /Salud Colectiva* La Plata. EDULP. Recuperado de: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/view/653/612/2170-1>
- Michalewicz A., Pierri C., Ardila-Gómez S., (2014) *Del proceso de Salud/Enfermedad/Atención al proceso Salud/Enfermedad/Cuidado: Elementos para su conceptualización*. UBA. Facultad de Psicología, *Anuarios de Investigaciones* (21) (pp.217-224). Buenos Aires. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa. Recuperado de: <http://www.isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 18. Buenos Aires. UNLa. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>
- Stolkiner, A. (2015). Derechos Humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano. En *La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas*. Chile. Ed. Dr. Jaime Llambías - Wolff, RIL editores. Recuperado de:

http://sistemas.ms.gba.gov.ar/moodle/pluginfile.php/126173/mod_resource/content/2/Capitulo%20Alicia%20Stolkiner%20con%20referencia%20bibl.pdf

Vales, L. (2020). Vivir aislado en medio de la precariedad. La cuarentena en los barrios populares. *Página 12*. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/254728-la-cuarentena-en-los-barrios-populares>

Cita recomendada

Ferrero, N.; Ruiz Cazón, A. y Vidart, J. C. (2021). La crisis en pandemia, un quiebre para repensar las perspectivas de salud. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (8). 267-279. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/32890> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre los autores

Natalia Ferrero

Argentine. Estudiante avanzade de la Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina (FCH-UNRC). Correo electrónico: naty.96.ferrero@gmail.com

Andrés Ruiz Cazón

Boliviane. Estudiante avanzade de la Diplomatura en Cooperativismo y Mutualismo en la Universidad Nacional de San Martín, Argentina (UNSAM) Correo electrónico: andre_2002@outlook.com.ar

Juan Cruz Vidart

Argentine. Estudiante avanzade del Profesorado en Ciencias Jurídicas, Política y Sociales (FCH-UNRC). Correo electrónico: juancruz.vidart@gmail.com