

Disputas y sentidos sobre la Salud Colectiva en la actualidad^[1]

Stolkiner, Alicia

Alicia Stolkiner

astolkiner@gmail.com

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales

Universidad Nacional de La Plata, Argentina

ISSN: 2683-7684

Periodicidad: Semestral

núm. 35, 2022

comunicacionftsunlp@gmail.com

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/184/1843201016/>

Estamos próximos al Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Si el pensamiento médico social Salud Colectiva latinoamericano no hubiera existido, tendríamos que crearlo ahora para esta pandemia. ¿De qué estamos hablando cuando hablamos de Medicina Social y Salud Colectiva? Prácticamente son una amalgama en América Latina pero reconocen una prehistoria basada en movimientos obreros. Rudolf Virchow, uno de los pensadores con los cuales nace la Medicina Social, se opone a lo que sería el programa de Everich, en ese momento en Alemania. Virchow comienza planteando que la medicina es una forma de la política y la salud tiene que ser pensada socialmente. Él lo manifiesta en relación a los Estados. No es un pensador académico, sino que además de ser médico es un pensador en el contexto de unas rebeliones muy importantes.

Y entonces en su nacimiento mismo, la medicina social adquiere esta forma desde su origen, posteriormente a través de pensadores como Milton Terry en Estados Unidos, hasta Giovanni Berlinger en Europa pero esta es la versión europea que de alguna manera produce una impronta que en América Latina va a tener una construcción propia, y que cuenta con distintas etapas. Una de nacimiento muy ligada a figuras como Juan César García pero con antecedentes, porque si bien este movimiento es reconocido como tal, también hay que recordar a pensadores como Ramón Carrillo o Abad Gómez en Colombia. Ramón Carrillo en particular es un caso a destacar, puesto que llevó adelante la refundación del sistema de salud del país entero, y ya allí estaban contenidos los principios básicos también de la salud colectiva. Y no de la salud pública tecnocrática, pensada como organización de un sistema prestador de servicios, sino de la salud pensada desde otra óptica.

Pero una vez que entra esta “masa madre” en el horno que es la América Latina de los ‘70 y finales de los ‘70 (con sus movilizaciones, conflictos sociales, crisis, golpes de Estado, etc.), construye un primer momento, fuertemente centrado en mostrar el proceso de salud-enfermedad-atención como una parte del proceso de producción y reproducción social. Allí aparecerán categorías como clase social, producción y

reproducción social, muy en auge en aquella época. Esto es criticado posteriormente, pero es el nacimiento de la medicina social y tiene ese carácter duro, pero además ya en ese momento no se trataba de un debate puramente académico, sino también de un debate político. Es un debate de participación con movimientos sociales y es un debate de prácticas, de tal manera que las personas que hoy son reconocidas como pensadores pioneros de los campos de la medicina social y salud pública latinoamericana, uno las ve por momentos haciendo producción académica y por momentos haciendo gestión simultáneamente, por ejemplo. Y es esta permeabilidad con los movimientos sociales la que permite no ser una producción de conocimientos centrada en la lógica dogmática académica exclusivamente. Dicha permeabilidad va planteando después las distintas etapas, porque hay una segunda etapa en la década del 90 que está fuertemente centrada en la crítica a las reformas neoliberales de los Estados y dentro de ellos de los sistemas de salud. Esa crítica va a marcar y dejar la huella en los sistemas de salud de toda América Latina y posteriormente de Europa, y consistía en criticar la forma de introducir la mercantilización en el sistema de salud. La misma había nacido con la Organización Mundial de Comercio, cuando en los 80 coloca la salud y la educación como bienes transables. Fueron precisamente estas reformas neoliberales que afectaron a los sistemas de salud las que permitieron que cuando la pandemia llegó a Italia produjera un desborde en los servicios de salud, en un país que alguna vez fue un modelo de reforma de su sistema de salud (incluyendo de la reforma en el campo de la psiquiatría y de la salud mental).

Cada uno de estos períodos es revisado y transformado para trabajar el siguiente. Entonces, entramos en el período de las reformas y hacemos la crítica a la mercantilización y de ahí podemos tomar herramientas profundas para pensar la forma en que la mercantilización actual ha afectado, por ejemplo, el futuro de la evolución de la pandemia al tener el control de la patente de las vacunas y la guerra comercial alrededor de las vacunas. Esto ha dado el resultado inaudito de que tengamos prácticamente un continente sin vacunar, en donde el virus puede reproducirse como quiere, transformarse, imitarse de una manera infinita.

No fue así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 1966 y 1980 erradicó la viruela. La OMS erradicó la viruela porque todos los estados se pusieron de acuerdo y se realizó una vacunación mancomunadamente del 70% de la población mundial. Eso no fue lo que hizo Sabin con la vacuna contra la polio, a cuya patente renunció. En cambio, hoy vemos una especie de batalla campal alrededor de una mezcla geopolítica, porque ya no se trata solamente de la lucha por el mercado de las vacunas sino también del lugar político que ocupan las vacunas en el conflicto internacional de redefinición de la geopolítica mundial. Nos ha servido de mucho tener estos análisis previos sobre las reformas de los sistemas de salud, pero después hubo que seguir incorporando esta aparición de nuevos actores emergentes, de nuevas voces de la diversidad que iba cada vez haciéndose más notable en la medida en que, por otro lado, la explotación de la naturaleza, de la vida y de los congéneres iba profundizándose en un proceso abismal de concentración de la riqueza. Y esto tuvo mucho que ver con que el pensamiento médico social Salud Colectiva que había dejado huellas políticas importantes, por ejemplo, este movimiento terminó dejando una marca en la deconstitución de Brasil, el derecho a la salud de Brasil y posteriormente la configuración del Sistema Único de Saude (SUS). Más allá de que en Brasil la pandemia ha sido una catástrofe, si no existiera el SUS (que fue severamente agredido por el gobierno actual de Bolsonaro) las muertes hubieran sido más. Si no existiera una tradición de pensar en términos de salud colectiva y de pugnar por la salud colectiva en un movimiento transversal en Brasil, las consecuencias hubieran sido aún peores. No hay que olvidar que esta tradición dejó una huella en la Constitución y que, previamente a esta pandemia, Brasil fue un país pionero en brindar medicación gratuita a las personas con HIV.

En este punto es donde empiezan a aparecer nuevos actores, ya que las cuestiones de género o de pueblos originarios (entre otras), conllevan a la incorporación de conceptos que vienen producidos por el pensamiento del propio sujeto latinoamericano. Un ejemplo de esto es el concepto de Buen Vivir, que nos va a llevar a derechos de la naturaleza como está en la Constitución de Bolivia y que tanto necesitaríamos desarrollar a nivel global en un momento en el cual la humanidad tiene que descentrarse del concepto

antropocéntrico, porque si no va a terminar liquidándose; todos estos conceptos, movimientos y categorías van entrando también en el campo del pensamiento médico-social Salud Colectiva, así como en su momento la idea de reproducción de la conciencia y la conducta fue reemplazada por la categoría de subjetividad.

Cuando escuchaba a Valeria Pérez insistiendo en la cuestión de la clínica, pensaba en que esa categoría de clínica ampliada es sumamente interesante, puesto que dice que todo acto en salud tiene una doble faz: Una parte científica técnica, que por cierto es objetivante, pero que existe, y una parte que es la intersección con la subjetividad del otro, es decir el cuidado del otro. Esta última parte es justamente el objetivo de las prácticas en salud porque lo demás, la cura, es dada por añadidura. Es una intervención muy interesante para además pensar de otra manera el trabajo en salud, el trabajo vivo dice Emerson Mary. Todas estas herramientas tenemos que recuperarlas ahora, y combinarlas también con herramientas de movimientos, porque como bien decía Débora es el momento en que la salud ha entrado en escena. Es cierto lo que ella dice: La salud no gana votos.

Alguna vez trabajé en un programa de atención primaria de la salud que bajó por puntos la mortalidad infantil en la zona en la cual estaba, y sin embargo los niños (que hoy deben ser hombres de alrededor de 32 años) que no murieron por ese programa, no saben que viven por ese programa, y las madres de esos niños tampoco sabían que sus hijos no morían por ese programa porque lo “natural”, lo esperable, es que la vida de un bebé siga hasta la edad adulta y no que se acabe por falta de potabilización del agua, por falta de acceso al servicio médico, por falta de alimentación adecuada, etc. Entonces, el programa, los agentes sanitarios y la mística que ellos planteaban, efectivamente bajaron la mortalidad infantil pero cuando se comenzó a dismantelar el programa la gente no tenía la idea de que le estaban sacando el programa que le había salvado la vida, quizás, a sus hijos. Y muchos de los que estaban vivos no sabían que estaban vivos por ese programa, ahí hubo también una falla, tal vez, en romper la barrera entre el programa y la población e incorporar a la población activamente en el programa de tal manera que después también fueran actores del programa y que pudieran defenderlo.

En salud nos encontramos permanentemente ante esta dificultad. Hace tiempo leí un artículo sobre la reforma de salud en países europeos y cómo se empezó a mercantilizar, que decía que los usuarios habían sido un actor mudo en la reforma de los sistemas de salud, y esto tiene que ver con que históricamente en los sistemas prestadores de servicio de salud el modelo médico hegemónico es vertical y autoritario, e incorpora al usuario no como un actor, sino como un “paciente”. Nuestro desafío es lograr que alrededor de la salud se genere acción colectiva. Entonces la pandemia quizá nos da una oportunidad para ello, en medio de que, por otro lado, fortaleció muchísimo la idea del modelo biomédico y la idea de la ciencia como respuesta.

El principal desafío que tenemos nosotros en este momento, además de ver cómo hacemos para sobrevivir como especie, es que en el campo de la salud se va a tensionar la tendencia a la mercantilización extrema del proceso de salud, y les voy a poner tres ejemplos de mi campo.

Uno, ya están publicados en *The Lancet* los estudios que muestran que la depresión mayor, causando el DSM IV, ha aumentado un 25% después de la pandemia. No tengo duda de que la gente está más triste y probablemente más agobiada y más fatigada y que hay mucha tristeza, pero depresión mayor es un cuadro psiquiátrico que deriva directamente a la medicación, si no responde a ella al electroshock y ante mi asombro hoy han descubierto una cirugía para la depresión. Esto significa que empieza una medicamentación de la tristeza (recordemos que el DSM IV empieza a sospechar de depresión en cualquier duelo que dure más de seis meses, por ejemplo).

Y entonces cuando categoriza los grupos etarios pone: geriátrico temprano, etapas geriátrica temprana, etc. La geriatría es una rama de la medicina que atiende los problemas de salud de las personas mayores, ahora directamente la etapa se llama geriatría temprana que va de los 65 a los 85, y después dice geriatría tardía o final. Claramente, estamos colocando las tristezas y las problemáticas que van a aparecer seguramente como problemáticas de sufrimiento psíquico directamente en el terreno de la depresión mayor usando odre viejo para vino nuevo, porque se usan categorías psicopatológicas previas a este momento que está atravesando la

humanidad y estamos colocando momentos vitales como la vejez en la categoría de enfermedad. Esa es una tendencia.

La otra es, como bien lo señalaban otras expositoras, la tendencia a incorporar las prácticas de cuidado en el conjunto de las prácticas sociales, como responsabilidad social y como responsabilidad social mediatizada por los Estados. Creo que esa es la otra tendencia dentro de una lógica que además reconozca que el cuidado de la salud, de lo humano, está directamente relacionado con el cuidado de la salud de la naturaleza y de la salud de la vida. Se trata de una ampliación de la idea de derechos que tenemos como capital cultural en América Latina.

Por último, vamos a atravesar momentos muy turbulentos. Las tensiones que se están manifestando son tensiones donde están en juego algunos de los mejores constructos de la modernidad. Esos constructos con los cuales no pudo terminar de cumplir pero que habría que reivindicar, la idea de democracia pero democracia plena, la idea de derechos pero derechos para todos, todas y todos, la ciencia al servicio de la vida, todo eso parece estar amenazado también por aquellos que se sienten a su vez amenazados en términos de su propiedad y poder para seguir concentrando de una manera disparatada los recursos.

Voy a mencionar un reciente libro que es una compilación de Giglio Prado y Pablo Torres, y se llama *Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo sistema nacional de salud en Argentina*. En realidad, el libro plantea el debate que tenemos que plantear todos, porque si hay algo que mostró la pandemia a nivel mundial y local es que este relato de que el mercado es el mejor asignador y distribuidor de recursos no tiene empíricamente ningún sustento. A la hora de distribuir y asignar recursos el mercado no sirve, tiene que haber algún lugar donde se garantice la distribución.

José Carlos Escudero tiene un estudio donde aborda que la población inglesa nunca estuvo tan bien alimentada como durante el racionamiento de la guerra. Eso que en las películas se representa con “qué horror, no tengo comida” era la visión de la clase media, pero para una parte importante de la población trabajadora era la primera vez que recibía una ración nutricional razonable todos los días de acceso libre y gratuito. Actualmente tenemos debates acerca de cómo hacer para que los que estamos quepamos en el mundo, mientras algunos fantasean con acumular todo lo que hay en el mundo.

REFERENCIAS

G. Prado & P. Torres, (comp.) 2021. *Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina*. (G. Prado & P. Torres, Compilers). (2021). MT editores.

NOTAS

- [1] Stolkner, A. (20 de octubre de 2021). Disputas y sentidos sobre la Salud Colectiva en la actualidad [Panel Central]. Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.