Año 6 · Número 7
Septiembre 2022 · Revista de salud
revistasoberaniasanitaria.com.ar

ISSN 2618-1827

soberanía sanitaria

Reflexiones sobre las guerras, la geopolítica y la salud

Por Daniel Gollán

GUERRA Y SALUD

Rachid. Kreplak. Sacchetti. Rovere. Belardo

FUNDACION SOBERANIA SANITARIA

Asociación Trabajadores del Estado
CDP Santa Fe
CTA

CCC

Editorial de emergencia

La versión digital de este número estaba lista para salir el viernes 2 de septiembre. El 1° por la noche, la vicepresidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner, sufrió un atentado contra su vida y se sacudieron los pilares de la democracia que venimos construyendo hace casi 40 años. En lugar de publicar la revista, al día siguiente marchamos junto a centenares de miles de compañeras y compañeros en diferentes puntos del país.

Desde temprano y hasta después de desconcentrarnos, en cada diálogo fugaz de esos que se dan al caminar y cruzarse por unos minutos o menos con gente que conocemos del trabajo, de la lucha o de la gestión, se repitió sin cesar la idea de que, si le hubiera pasado algo a Cristina, se habría desencadenado una guerra civil ¿Qué significaba eso? "Toda esta gente que hoy está marchando habría salido a romper todo", decía una; "no habría quedado un edificio de Recoleta sano", aseveraba otro. "Volvería a haber muertos en las calles", se preocupaba un tercero, "y los pondríamos nosotrxs".

Como militantes de la salud y, ante todo, de un proyecto nacional y popular, tenemos la obligación ética de defender con nuestros cuerpos la política como herramienta privilegiada para transformar la realidad y la vida como derecho supremo. Cuando rechazamos la violencia, además de reclamar a nuestros adversarios que cesen el discurso de odio, reafirmamos nuestra firme decisión de considerar caduca la lucha armada. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para que, pase lo que pase, prevalezca la vía democrática.

Para evitar que la tensión y la incertidumbre continúen aumentando hasta estallar, es necesario tomar cabal conciencia de la gravedad de lo que sucedió ese jueves nefasto, darnos cuenta de que se atravesó un umbral que hasta ahora parecía infranqueable y que permanecer indiferentes sólo favorece la aparición de nuevos ataques, no sabemos cuándo, ni a quién. Para que quienes nos ubicamos en el campo popular podamos seguir contenidxs y contener a nuestrxs compañerxs, son necesarias la claridad estratégica y la organización. Con esos dos instrumentos sabemos que, más temprano que tarde, con amor, justicia social y soberanía, venceremos.

soberanía sanitaria

www.revistasoberaniasanitaria.com.ar
contacto@revistasoberaniasanitaria.com.ar
San Martín 448, PB A, CABA - CP 1004AAJ

Dirección General
Daniel Gollan y Nicolás Kreplak

Dirección Editorial
Leonel Tesler

Edición y Coordinación
Manuela Ledesma Groba

Consejo Editorial
Jorge Hoffmann, José Carlos Escudero, Enio Garcia, Silvia González, Jorge Kohen, Jorge Rachid, Mario Rovere

Redacción: Gerardo Codina

Corrección: Melina Maira

Diseño y diagramación: Matías Bastino

Fotografía: Revista Soberanía Sanitaria, Ministerio de Salud PBA, Silvia Barrera

Redes sociales: Lucía Machay

Consejo Directivo Provincial ATE Santa Fe
Secretario General: Jorge Alberto Hoffmann
Secretario General Adjunto: Ricardo Marcel Delfor
Secretario Administrativo: Adolfo Luis Avallone
Secretario Gremial: Mario Sergio Tirelli
Pro-secretario Gremial: Alejandro Amadeo Esquivel
Secretario de Acción Política: Elsa Splendiani
Secretario de Organización: Adrian Marcelo Rosso
Secretario de Interior: Dario Galarza
Secretario de Actas: Elena Elba Grimado
Secretario de Comunicación: Analia Puntillo
Secretario de Acción Social, Turismo y Cultura: Marcelo R. Martini
Secretario de Finanzas: Patricia Monic Rudel
Prosecretario de Finanzas: Gabriela Lorena Aranda
Secretario de Formación: Monica Beatriz Ghiglia

ISSN 2618-1983. Los editores no son responsables por las opiniones vertidas por los colaboradores, entrevistados y las notas firmadas.

Foto: Silvia Barrera

Editorial

La pandemia le dió a la salud una centralidad en el debate público nunca antes visto. También desnudó las profundas desigualdades existentes y las formas posibles de reducirlas. Por ejemplo, las medidas que se tomaron en el marco de la emergencia sanitaria en la provincia de Buenos Aires resultaron en una distribución equitativa del riesgo ante la enfermedad. A diferencia de lo que sucedió en otras jurisdicciones, como la Capital Federal, las personas de una misma edad y con el mismo estado de salud previo tuvieron las mismas probabilidades de morir de COVID sin importar cuánto ganasen, qué tipo de cobertura tuviesen o dónde viviesen. Si en algún momento el modelo mercantil determinaba que unas personas accediesen al sistema de salud y otras no, hoy toda la población tiene algún grado de déficit en su acceso y sabe que es posible, mediante las políticas pertinentes, que el acceso mejore y se iguale.

La construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud se volvió algo cada vez más concreto, una discusión que los actores involucrados están dispuestos a dar porque puede implicar una solución duradera para sus problemas actuales. Es especialmente importante el rol que el movimiento obrero organizado está teniendo en este debate.

En ese contexto, dedicar el dossier a la guerra y la salud va mucho más allá de las declamaciones en defensa de la paz. Por un lado, el conflicto entre Rusia y Ucrania nos lleva a reflexionar sobre los efectos que la guerra tiene en la salud de la población y el sistema de salud. Es pertinente también analizar los diferentes rumbos que siguieron los sistemas de salud de los países que hasta fines de 1991 integraron la Unión Soviética para comprender cómo llegan al presente. Además, así como se vio el impacto directo que tuvo la guerra sobre el precio de los combustibles y cereales, el posicionamiento de nuestro país en términos geopolíticos puede tener consecuencias en el horizonte de posibilidades respecto a una reforma sanitaria. Los 40 años de la guerra de Malvinas, invitan al ejercicio de nuestra memoria a través de la odisea que debieron padecer nuestros veteranos para acceder a una atención digna. Nos servirá para repasar las políticas sanitarias de la última dictadura cívico militar, que abrió el juego a la mercantilización del sistema de salud que se profundizó en los ‘90 y durante el macrismo.

Por último, la relación entre guerra y salud nos lleva a pensar en el rol del Estado nacional como conductor del rumbo sanitario del país. Correrse, delegar, privatizar o limitarse a hacer sugerencias e impulsar capacitaciones sólo puede derivar en la incapacidad para brindar una respuesta rápida, eficaz y territorialmente equitativa en situaciones que amenazan el bienestar general del Pueblo. Recuperar ese papel protagónico en la toma de decisiones es indispensable para revertir la crisis actual y para afrontar lo que el futuro nos depare.

Leonel Tesler,
Dirección Editorial
Revista Soberanía Sanitaria

Nicolás Kreplak, Daniel Gollan
Dirección General
Revista Soberanía Sanitaria

& Jorge Hoffmann
Secretario General
ATE CDP Santa Fe

Sumario

3 Editorial de emergencia

5 Editorial

7 La mirada interseccional, un compromiso fundamental para la Atención Primaria de la Salud
Por Martina Iparraguirre

11 Las cosas por su nombre
Por Claudia Teodori

17 Procesos de cuidado de la salud en abordajes territoriales: El caso de la prevención y detección del COVID-19 en Barrios Populares de la Provincia de Buenos Aires
Por Nelson Giménez, Gabriela Mastellone, Yamila Comes y Noelia López

23 Nueva ley de promoción de la alimentación saludable, una norma que protege la salud y las infancias
Por Mara Inés García, Gisel Anahí González y María Clara Zárate

26 El campo de los medicamentos
Por Eduardo Pérez

27 ¿Qué se puede esperar?
Por Mauro Alonso

31 Enfermería del buen vivir
Por Silvia N. Carcamo

36 Reflexiones sobre las guerras, la geopolítica y la salud
Por Daniel Gollan

39 ¿Por qué no se enseña la guerra como un problema de salud?
Por Nicolás Kreplak y Leonel Tesler

42 Conflictos Bélicos y Salud; su impacto en los valores, en la estructura social y en los desarrollos tecnológicos
Por Laura Sacchetti y Mario Rovere

48 Las nuevas guerras, la salud y la información
Por Jorge Rachid

51 Los conflictos bélicos y las organizaciones internacionales de salud
Por Marcela Belardo

54 La salud de los refugiados
Por Maryam Aso, Jonatan Konfino y Tala Al-Rousan

59 Las mujeres de Malvinas - Por Diana Garcilazo y Manuela Ledesma Groba

64 El lugar nuestro - Por Jonatan Konfino y Manuela Ledesma Groba

68 No ausentarnos del dolor del mundo - Por Roberto Gutman

72 ¿Dónde estará enterrada María Remedios del Valle?
Por Leonel Tesler

La mirada interseccional, un compromiso fundamental para la Atención Primaria de la Salud

La equidad en el acceso a la salud implica la existencia de estrategias diferenciales en la atención de colectivos complejos. Las mujeres, migrantes y jóvenes interpelan al equipo de salud desde la complejidad y representan, como población, uno de nuestros mayores desafíos para el Estado en la formación de futuros profesionales y el desarrollo de políticas sanitarias públicas. ¿Estamos a la altura de la actual demanda sanitaria que representa el colectivo de las mujeres, migrantes y jóvenes?

Si no veo, no hay diagnóstico, si no hay diagnóstico no hay nada que transformar. La cuestión central entonces es cómo ver aquello que durante siglos estuvo invisibilizado.

¿Es posible enseñar a ver? El concepto de interseccionalidad fue utilizado por Kimberlé Crenshaw en 1989 para señalar las distintas formas en las que la raza-género-clase interactúan y cómo se generan las múltiples dimensiones y opresiones que conforman las trayectorias de las mujeres negras. Su objetivo fue ilustrar las experiencias a las que se enfrentaban esas mujeres, que no podían vincularse exclusivamente al género o a la raza, y tampoco a la simple suma de ambas. La intersección género/clase/raza afectaba la vida de estas mujeres de una manera más compleja que la suma de cada una de estas características.

Lo que cuestionaba Crenshaw, quizás sin saberlo, era la epidemiología clásica, la que asigna patrones diferenciales de enfermedad y muerte en función de la presencia o no de ciertas variables que, a pesar de ser de orden social, son "biologizadas" y "pasteurizadas" en su evaluación y ponderación y fundamentalmente en la posterior toma de decisiones. La falta de estrategias sanitarias diferenciadas para las mujeres jóvenes, pobres y migrantes perpetúa entonces su condición de vulnerabilidad social.

Al des-ideologizar estas variables, la epidemiología clásica, en una pretensión de objetividad y rigurosidad científica, pierde la posibilidad de diferenciar dos conceptos fundamentales para el equipo de atención: el riesgo y la vulnerabilidad. Si los equipos no pueden diferenciar estos dos conceptos, difícilmente puedan garantizar un acceso equitativo al sistema, piedra angular de la Atención Primaria desde sus orígenes.

La Atención Primaria tiene como premisa fundamental la equidad en la atención. La equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. Esto implica que los recursos sean asignados según las necesidades. Y por supuesto, para que esto suceda deben existir estrategias diferenciales para atender las necesidades de estos colectivos atravesados interseccionalmente por múltiples dimensiones.

Las mujeres, migrantes y jóvenes, (por supuesto pobres, porque en nuestra región aclarar que una mujer joven y migrante es pobre es casi tautológico) son sin duda un colectivo que interpela al equipo de salud desde la complejidad y es también uno de nuestros mayores desafíos como Estado, tanto en la formación de nuestros futuros profesionales como en la necesaria reformulación de políticas sanitarias públicas. Si somos capaces de abordar y dar respuesta a este colectivo, probablemente estemos en condiciones de dar respuesta a los problemas más relevantes de nuestra población.

■ Por Martina Iparraguirre

Directora Asociada de la Región Sanitaria VIII.

Hacia un lenguaje médico con perspectiva de género y diversidad cultural. La currícula médica transita actualmente un proceso de resignificación conceptual y práctica, siendo éste un fenómeno local y regional que, con mayor o menor grado de avance, está llevándose a cabo en todas las escuelas y facultades de medicina del continente. Estas nuevas curriculas tienen entre sus objetivos fundamentales la formación de profesionales capaces de adaptarse y dar respuesta a nuevas construcciones sociales que determinan formas de enfermar y morir, o al contrario, formas de potenciar el desarrollo humano, entendiendo que los procesos vinculados a los seres humanos son complejos, dinámicos, cambiantes y rara vez se explican en lógicas binarias.

Al des-ideologizar estas variables, la epidemiología clásica, en una pretensión de objetividad y rigurosidad científica, pierde la posibilidad de diferenciar dos conceptos fundamentales para el equipo de atención: el riesgo y la vulnerabilidad.

Dice en la fundamentación de la creación de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata: "Las escuelas de medicina y los diseños curriculares innovadores o de cambio, promueven la formación de un médico general, que mire al hombre en toda su dimensión, que no esté centrado exclusivamente en la patología o en el individuo enfermo únicamente, que supere el reduccionismo y el mecanicismo prevalente y el uso abusivo de la tecnología, resultando así un "espíritu científico" con pensamiento crítico, que tenga proyección social y sea un baluarte de una medicina humanizada."

El modelo médico hegemónico, surgido al calor de la Revolución Industrial, la aparición de la clase obrera, las ciudades industriales y la expansión colonialista legitimó políticamente durante más de 200 años un orden social. Este orden social se re-configuró, en un mundo extremadamente complejo, globalizado financieramente, con libre tránsito de mercancías y productos y cada vez más restricciones a los movimientos poblacionales. Esto generó nuevos perfiles epidemiológicos, que demandan miradas, acciones y respuestas diferentes a las que viene brindando el modelo médico hegemónico que hizo del sujeto enfermo su principal objetivo de estudio.

Dice Menendez (año? poner referencia en la bibliografía): "referir la enfermedad, y sobre todo la salud, a los condicionantes sociales que operan sobre las mismas constituye la posibilidad inicial de definir una política para la salud y no solo para la enfermedad". Así se producen una gran cantidad de inadecuaciones o desencuentros entre los efectores del sistema que encuentran vacíos conceptuales en su formación y demandas cada vez más complejas.

Sin lugar a dudas, uno de los grandes desafíos para los equipos de salud tiene que ver con la demanda de este colectivo: la mujer, joven, migrante, cuidadora y muchas veces pobre es un sujeto que requiere de una mirada y un abordaje complejo. Este sujeto demanda desde una sexualidad en movimiento (que de ninguna manera es unidireccional), vinculada al desarraigo, a formas culturales que han quedado atrás y otras nuevas pautas que todavía no se han hecho propias.

La medicina basada en la evidencia es uno de los ejes vertebrales de la práctica médica dominante como así la epidemiología del riesgo es uno de sus principales insumos. La concepción epistemológica del saber científico como superior a otros saberes refuerza el carácter asimétrico y autoritario de las prácticas dominantes en salud, porque las decisiones se toman en función de aquellos saberes legitimados a lo largo de procesos de construcción discursiva de los cuales las mujeres, lesbianas, trans y personas no binarias, estuvieron históricamente excluidas.

Trascender esta situación implica primero repensar la epidemiología clásica y luego otorgarle al concepto interseccionalidad (género/clase/raza) un lugar central desde el cual diseñar estrategias de cuidado de los colectivos más vulnerables, garantizando así el acceso equitativo a las políticas de atención.De esta manera, la mirada interseccional se convierte en una herramienta analítica fundamental para los equipos de salud y sobre todo para los equipos de Atención Primaria de la Salud.

La salud de la población migrante

> *"La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni de virus extraños, es una medicina de hombres y mujeres que se diferencian de nosotros en la forma de expresar el sufrimiento y los problemas, en su manera de concebir la vida, las enfermedades, el dolor y la muerte. Han dejado en su país una cultura sanitaria sin haberla abandonado e incorporan otra sin haberla comprendido."* (R. Colasanti. II Congreso de Medicina y Emigración. Roma, 1990).

Los fenómenos migratorios en América Latina se han acrecentado los últimos años, convirtiéndose en un tema de agenda ineludible para los Estados al momento de diseñar políticas públicas. La población migrante reconocida en Argentina a partir de los datos relevados por el censo 2010 es de 1.805.957, siendo los migrantes de América Latina 1.471.399 (81%), lo que constituye el 4,15% de la población total. Esto coloca al país como el décimo receptor de población migrante a nivel mundial.

Esta migración ha presentado patrones diferentes a lo largo del tiempo en lo que respecta al país emisor o de origen, composición por edad y sexo. Pero sin lugar a dudas en las dos últimas décadas uno de los cambios más significativos fue la feminización creciente de los migrantes provenientes de América Latina, pasando de ser el 49,7% al 54,2% de la población migrante en el 2001. Esta feminización de los flujos migratorios ha sido interpretada como parte de un proceso de cambio global que ha afectado las condiciones de vida de vastos sectores de la población de países en desarrollo, y sin duda este fenómeno modificó las condiciones de vida de la población más vulnerable, es decir las mujeres y los niños.

En lo que respecta al diseño de políticas sanitarias de países receptores como el nuestro, el foco de la discusión radica en temas presupuestarios, muchas veces absurdos, en los que se pretende poner al migrante como el origen del desfinanciamiento del sistema sanitario. De esta manera se desatienden cuestiones conceptuales y de fondo vinculadas a la formación intercultural de los efectores de los servicios de salud, los cuales se encuentran sin respuesta al momento de atender los procesos salud enfermedad de la población migrante y de las mujeres en particular, expuestas en su triple condición de migrantes, mujeres y pobres.

No existen dudas de que el primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud público en nuestro país, y puede establecerse una analogía entre lo que significa sortear los requerimientos de las fronteras de un Estado nación y lo que significa el ingreso a un nuevo sistema sanitario a través de su primera frontera. Esto le

otorga al equipo del primer nivel de atención un rol clave en la inclusión o exclusión de la población migrante.

La población general, a la que podemos denominar arraigada, cuenta con un capital social intangible que es su experiencia familiar y su historia personal sobre cómo resolver sus problemas de salud. Este es un capital que un migrante no tiene, ya que todo ocurre por primera vez, con gran incertidumbre y en circunstancias que pueden resultar dramáticamente distantes de la forma en la que resolvería el problema en su lugar de origen.

El desarraigo afecta seriamente la salud de las personas y las familias generando una constelación de factores predisponentes, afecciones y síntomas. Muchas veces, al interior de las familias migrantes, este "desajuste" castiga con especial saña el cuerpo de las mujeres, la mayoría de ellas jóvenes. A esto le sumamos aquello que Débora Tajer denominó "epidemia de la tristeza",es decir, el resultado del impacto psíquico de vivir cotidianamente situaciones de malestar ligadas a las injusticias por el lugar social subordinado y los costos subjetivos de los procesos de transición y re-ajuste en mujeres que viven mayores grados de equidad en su pasaje de modelos de feminidad tradicionales a modelos más innovadores.

Es este nuevo cuerpo, que se presenta ya no solo como territorio anatómico, sino como territorio simbólico donde se disputan y tensionan historias, políticas públicas, pasado y futuro, nos cuenta que el saber médico "tradicional" ha quedado chico, que ya no puede explicarlo y aliviar sus pesares.

La salud de las mujeres migrantes tiene epicentro (epidemiológicamente hablando) en la salud sexual y reproductiva, en la sexualidad y en el conocimiento de los derechos sexuales como parte constitutiva de una salud integral, ya que la mayoría se encuentra en la que se ha denominado "edad reproductiva". Esta sexualidad se encuentra atravesada por procesos de desarraigo, soledad, marginalidad, precariedad y violencia. Si la sexualidad es un proceso dinámico, podemos inferir que la misma se encuentra en proceso de deconstrucción y reconstrucción; por ello, difícilmente haya podido permanecer inmutable a lo que significa la reconfiguración social y personal de abandonar una cultura e introducirse en otra en búsqueda de mejores condiciones de vida.

Las distancias culturales, que se expresan en parte por las diferencias idiomáticas, pueden ser enormes o sutiles, pero siempre generan un campo de inadecuaciones y malentendidos en la interfase entre los migrantes y el equipo de salud que, en general, no se encuentra formado para una atención de carácter intercultural.

Los cuerpos de las mujeres migrantes se reconfiguran, y mientras que algunos "fueron abandonados" en sus lugares de origen, sobre todo en su dimensión erótica, otros parecen haber salido a la luz por primera vez. La migración, entonces, no tiene un efecto unidireccional sobre los cuerpos y la sexualidad de las mujeres migrantes. El cuerpo deja de ser un hecho biológico para pasar a ser un territorio cargado de representaciones en donde permanentemente se construyen y deconstruyen imágenes culturales, en donde se proyectan señales de identidad y alteridad.

"Si como se ha sugerido, el cuerpo es un símbolo de la cultura y la sociedad donde nos hallamos inmersos, pensar y entender el cuerpo nos aproxima a la comprensión del mundo que nos envuelve, a la realidad simbólica que junto con la pura carnalidad forma parte de nuestro ser, dándole a la materia sentido" (Acuña Delgado, A.).

Es este nuevo cuerpo, que se presenta ya no solo como territorio anatómico, sino como territorio simbólico donde se disputan y tensionan historias, políticas públicas, pasado y futuro, nos cuenta que el saber médico "tradicional" ha quedado chico, que ya no puede explicarlo y aliviar sus pesares.

Bibliografia

- "La mujer es puro cuento". Verena Stolke. Universidad Autónoma de Barcelona. Estudios feministas. Florianópolis, 12(2):77-105. May/Ago 2004.
- "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad". Gayle Rubin. Disponible en www.cholonautas.edu.pe/ Biblioteca virtual de ciencias sociales.
- "Linguagem e seu funcionamento. As formas de disenso. Orlandi, E. P. A. Campiñas. Ed. Pontes 1987.
- Contrageografias de la globalización. La feminización de la supervivencia. Sasen Saskia. Ed. Travesías. 2002

Las cosas por su nombre

Mal nombrada, a media lengua y en voz baja, la violación ha tenido gran protagonismo a lo largo de nuestra historia; irrumpe en el momento fundacional de la literatura nacional[1] y está presente en el imaginario social como una suerte de matriz sangrienta, siempre remozada y "estetizada". Claudia Teodori nos adentra en la historicidad del término y las formas de intervención que han encontrado las instituciones de salud.

■ Por Claudia Teodori

Socióloga (UBA) y magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA).

Los relatos sobre violaciones proliferan en América Latina desde la época colonial, y en ellos, tanto los territorios como los cuerpos de las mujeres resultan blanco de penetración y conquista. De ese modo se exhibe un drama que aún nos atraviesa: el del mestizaje/blanqueamiento. El enclave colonialismo- patriarcado, engendra un tipo de masculinidad que parte de la dominación de un patrón colonizador blanco, que oprime y emascula a los varones "no blancos", y los impulsa a reproducir y exhibir su capacidad masculina de control en el único espacio posible: el doméstico. A la vez, el status de masculinidad se adquiere frente a la mirada y evaluación de los pares. Ante ellos los varones deben probar habilidades de resistencia, agresividad, capacidad de dominio y acopio del "tributo femenino" para corroborar su potencia viril. Tal como argumenta Segato[2], cobra mayor importancia la relación que entabla el victimario con sus pares (miembros de la cofradía o fratría) que la que tiene con la víctima; por tanto, aunque se trate de una agresión sexual, ella no tiene como motivación la sexualidad. El gozo que obtiene el perpetrador resulta del orden de la dominación y la conquista del cuerpo de la mujer. Asimismo, mediante el cuerpo de la mujer se ataca a los varones que supuestamente deberían proteger ese territorio-cuerpo que pasa a ser el lugar donde se planta la bandera del vencedor y donde se consolida la absoluta derrota y la desmoralización del enemigo.

Algunas autoras[3] aluden a la figura de cultura o régimen de violación, que si bien estaba instalado desde tiempos pre modernos, es a partir del establecimiento del capitalismo y la modernidad durante los siglos XVI y XVII, cuando se produce un verdadero terrorismo sexual orientado al disciplinamiento y la degradación de las mujeres. La represión que se ejerció sobre ellas y su expulsión de los espacios de sociabilidad, según Federici[4] las confinó al hogar e impuso el trabajo reproductivo legitimando su subordinación social y sexual. La creación de la domesticidad burguesa y la redefinición de la femineidad se despliegan en paralelo a un re direccionamiento de la violencia masculina. La violencia entre varones jóvenes, antes tolerada, pasa a ser condenada. Los jóvenes van a ser encausados en las fábricas y la brutalidad "domesticada": se traslada del espacio público (controlado por Estado) hacia al ámbito doméstico[5].

El débito conyugal, el avenimiento, los delitos contra la "honestidad", el desconocimiento de la violación marital están o estuvieron presentes hasta hace muy poco en los marcos normativos de la región, sancionando la violación como una forma de proteger el "honor" de las mujeres, pero fundamentalmente el patrimonio de sus esposos, sus familias y el Estado[6].

Hoy, cuando tanto en el ámbito internacional (#metoo, "NoesNo") como en el local (NiunaMenos, "Yo te creo"), el tema de la violencia sexual y de género están en el centro de la agenda feminista, es necesario destacar que 34 países en el mundo siguen sin juzgar a los violadores si están casados o si posteriormente se casan con sus víctimas; en otros países la violación se define solo en función del empleo de la fuerza física, la coacción y/o la incapacidad de defensa[7].

Los relatos sobre violaciones proliferan en América Latina desde la época colonial, y en ellos, tanto los territorios como los cuerpos de las mujeres resultan blanco de penetración y conquista. De ese modo se

exhibe un drama que aún nos atraviesa: el del mestizaje/blanqueamiento. El enclave colonialismo- patriarcado, engendra un tipo de masculinidad que parte de la dominación de un patrón colonizador blanco, que oprime y emascula a los varones "no blancos", y los impulsa a reproducir y exhibir su capacidad masculina de control en el único espacio posible: el doméstico. A la vez, el status de masculinidad se adquiere frente a la mirada y evaluación de los pares. Ante ellos los varones deben probar habilidades de resistencia, agresividad, capacidad de dominio y acopio del "tributo femenino" para corroborar su potencia viril. Tal como argumenta Segato[2], cobra mayor importancia la relación que entabla el victimario con sus pares (miembros de la cofradía o fratría) que la que tiene con la víctima; por tanto, aunque se trate de una agresión sexual, ella no tiene como motivación la sexualidad. El gozo que obtiene el perpetrador resulta del orden de la dominación y la conquista del cuerpo de la mujer. Asimismo, mediante el cuerpo de la mujer se ataca a los varones que supuestamente deberían proteger ese territorio- cuerpo que pasa a ser el lugar donde se planta la bandera del vencedor y donde se consolida la absoluta derrota y la desmoralización del enemigo.

Algunas autoras[3] aluden a la figura de cultura o régimen de violación, que si bien estaba instalado desde tiempos pre modernos, es a partir del establecimiento del capitalismo y la modernidad durante los siglos XVI y XVII, cuando se produce un verdadero terrorismo sexual orientado al disciplinamiento y la degradación de las mujeres. La represión que se ejerció sobre ellas y su expulsión de los espacios de sociabilidad, según Federici[4] las confinó al hogar e impuso el trabajo reproductivo legitimando su subordinación social y sexual. La creación de la domesticidad burguesa y la redefinición de la femineidad se despliegan en paralelo a un re direccionamiento de la violencia masculina. La violencia entre varones jóvenes, antes tolerada, pasa a ser condenada. Los jóvenes van a ser encausados en las fábricas y la brutalidad "domesticada": se traslada del espacio público (controlado por Estado) hacia al ámbito doméstico[5].

El débito conyugal, el avenimiento, los delitos contra la "honestidad", el desconocimiento de la violación marital están o estuvieron presentes hasta hace muy poco en los marcos normativos de la región, sancionando la violación como una forma de proteger el "honor" de las mujeres, pero fundamentalmente el patrimonio de sus esposos, sus familias y el Estado[6].

Hoy, cuando tanto en el ámbito internacional (#metoo, "NoesNo") como en el local (NiunaMenos, "Yo te creo"), el tema de la violencia sexual y de género están en el centro de la agenda feminista, es necesario destacar que 34 países en el mundo siguen sin juzgar a los violadores si están casados o si posteriormente se casan con sus víctimas; en otros países la violación se define solo en función del empleo de la fuerza física, la coacción y/o la incapacidad de defensa[7].

El carácter inestable de la definición y la cuestión de la visibilidad

Para la Ley Nacional 26.485 de Protección Integral de las Mujeres, la violencia sexual comprende "cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres". Según la Organización Panamericana de la Salud, la violencia sexual implica forzar a la mujer "a mantener relaciones sexuales o a realizar cualquier acto sexual en contra de su voluntad, lastimarla durante las relaciones sexuales y/u obligarla a mantener relaciones sexuales sin protección contra embarazo o infecciones". La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) la concibe como "una intromisión en la vida sexual que, además de anular el derecho a tomar libremente las decisiones respecto con quien tener relaciones sexuales conlleva a la completa pérdida del control sobre las decisiones más personales e íntimas y sobre las funciones corporales básicas". En estas definiciones, más allá de las diferencias, se destaca el carácter forzado o ausencia de consentimiento.

La disputa en torno a qué denominar violencia sexual constituye una señal inequívoca de que hay algo importante en juego y aunque no se pretenda "vigilar" la definición del término, es clave insistir en el desarrollo de categorías y en la unificación de criterios de clasificación para la producción de información significativa.

En el mundo, cerca de un tercio de las mujeres ha experimentado algún tipo de violencia sexual, principalmente por parte de un compañero sentimental. Esta información cuenta con un subregistro significativo y cifras que no contemplan los casos de mujeres que decidieron no denunciar. En América Latina y el Caribe la incidencia de violencia sexual íntima aparece en un rango de 5 a 47%, dependiendo del país y la calidad de las fuentes de información disponibles[8].

A la hora de visibilizar las violencias Argentina carece de datos sistemáticos y confiables que permitan estimar prevalencias: ni líneas de base ni encuestas nacionales y como se señaló en incontables oportunidades, la información se encuentra fragmentada y los registros oficiales son escasos e incompletos.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la violencia sexual implica forzar a la mujer "a mantener relaciones sexuales o a realizar cualquier acto sexual en contra de su voluntad, lastimarla durante las relaciones sexuales y/u obligarla a mantener relaciones sexuales sin protección contra embarazo o infecciones".

En 2018, el informe del Instituto Nacional de Estadística y Censos tomó 260.156 casos de violencia contra las mujeres registrados por organismos públicos entre 2013 y 2017 y mostró que el 60,2% de las afectadas fueron mujeres de 20 a 39 años, que el 7,9% sufrió violencia sexual y que el 82,7% de los agresores fueron las parejas o ex parejas. Por su parte, la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) informó que de las 8.132 personas atendidas durante 2021, el 78% fueron mujeres y en el 11% de los casos, se registró violencia sexual. En CABA el 15% de las mujeres que fueron encuestadas refirió violencia sexual y que en menos del 5% de los casos fue perpetrada por desconocidos[9]. Un estudio sobre trayectorias de mujeres en situación de violencia, que registra violencia sexual en el 14% de los casos, a la vez describe la dinámica de un problema que tiende al ocultamiento[10]. La violación arrasa produciendo una suerte de fragmentación que limita la posibilidad de nombrar el dolor. Das[11] ubica una tensión entre los cuerpos femeninos que han atravesado violencia extrema y el lenguaje, entendiendo que este último es intrínsecamente incapaz de enunciar aquello que es indecible. Por su parte la escritora y cineasta Despentes[12], al referirse a su propia experiencia, señala que "las pocas veces que había intentado contarlo esquivaba la palabra «violación» y se refería a «una agresión», «un lío», «me agarraron», «una mierda» y sostiene que mientras "la agresión no lleva su nombre, pierde su especificidad y puede

confundirse con otras agresiones".
La palabra violación siempre incomoda; pero reconocerla y nombrarla se torna aún más difícil cuando se produce en el ámbito de las relaciones de pareja. Dentro de la conyugalidad es posible que el sexo vaginal forzado se vea como normal. Es más, cuando se trata de violencia crónica se ponen en marcha mecanismos psíquicos (ambivalencia afectiva, negación, desmentida) y se articulan estrategias de afrontamiento que, apelando a recursos pertenecientes a diferentes esferas de sentido (por momentos contradictorias), permiten responder a una realidad dolorosa y sostener la cotidianeidad.

Asimismo, la violación cruenta/asalto sexual y la violación en la pareja presentan algunos aspectos en común: los sentimientos y riesgos que corren las mujeres violadas se parecen. En ambos casos aparecen la aversión, la pérdida del deseo sexual, el miedo, la sensación de desamparo y también el entumecimiento emocional, la indefensión, la angustia, el desapego, la irritabilidad, la rabia, la hipervigilancia, los sueños recurrentes o el riesgo de un embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual, etc. Sin embargo, al estudiar las trayectorias de las mujeres, se observa que en situaciones de violencia doméstica la atención sociosanitaria -contención, profilaxis pos exposición, etc.- resulta limitada en comparación con la que reciben las mujeres que vivieron una violación cruenta.

Respuestas a la violencia sexual

La CIDH ha constatado que en la región la respuesta en materia de violencia sexual es deficiente. Las intervenciones de las instituciones protagonistas están signadas por patrones socioculturales discriminatorios hacia las mujeres. Numerosos discursos sociales las hacen responsables por haber provocado los hechos, por su historial sexual o por tener actividad sexual previa. Suele predominar una perspectiva lineal que busca un patrón de víctima *estándar* o ideal y tiende a la patologización de las experiencias por considerar que se trata de un daño irreparable. Se hace foco en las estrategias individuales o psicológicas sin considerar las interacciones sociales producidas, desestimando la dimensión social del problema.

Un estudio sobre experiencias de padecimiento y dinámicas de normalización en mujeres violadas en Brasil revela que ni el carácter más o menos cruento, ni la gravedad del evento resultan determinantes para el

procesamiento de la vivencia y posterior recuperación. Desde la noción de "construcción social del trauma" subraya la centralidad del "momento posterior" identificando la inserción de las afectadas en las redes sociales y la respuesta institucional: si estuvieron acompañadas, si pudieron relatar el episodio, si les creyeron, etc[13].

Un estudio sobre experiencias de padecimiento y dinámicas de normalización en mujeres violadas en Brasil revela que ni el carácter más o menos cruento, ni la gravedad del evento resultan determinantes para el procesamiento de la vivencia y posterior recuperación.

Al acentuar el valor de la "prueba" visible, la propia racionalidad científico- médico- jurídica que reina en nuestras instituciones tiende a revictimizar y desatender el sufrimiento de las mujeres. Para demostrar su condición de víctimas, ellas deben traducir su padecimiento al lenguaje de la ciencia, exponerse a sí mismas como sujetos sufrientes y a través de una revelación física o de un ejercicio narrativo, legitimarse como víctimas.

En el caso de la violencia sexual, la apropiación judicial y burocrática del sufrimiento llega a avanzar hasta el requerimiento de marcas que corroboren que la víctima no consintió el ataque y que resistió hasta el final.

La interrupción del embarazo: una mirilla para enfocar las violencias

Una mujer puede decidir mantener la violación solo en su memoria y no comunicarla; pero cuando esta acarrea un embarazo, el padecimiento vuelve a cobrar vigencia y tiende a recrudecer. El embarazo indica que la violación está presente y presiona por salir a la luz. A los daños generados por la violencia sexual se suman los que derivan de una concepción no buscada; su continuación forzada llega a comportar una verdadera tortura.

En el Código Penal argentino se establece que un aborto no es punible "(...) si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente (...)". Esta debatida redacción del inciso 2 de 1921 es de suponer que estuvo marcada por preceptos higienistas que buscaban imperiosamente asegurar a la nación una descendencia sana y "normal".

En 2012 esta controversia fue saldada con el fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que legitimó una interpretación amplia del inciso y ratificó que el derecho a una interrupción legal del embarazo (ILE) alcanzaba a todas las mujeres violadas. Sin embargo, como señala Maffía[14], con frecuencia este amparo legal resulta cercenado. Repetidamente se ha señalado que el procedimiento legal vigente hasta enero del 2021, el modelo de causales o permisos y en particular a la aplicación de la causal violación, enfrentaba resistencias profesionales e institucionales atribuibles al desconocimiento o conocimientos erróneos, creencias y actitudes en torno al tema[15].

En distintos escenarios se identificaron servicios de salud que aún atendiendo a mujeres víctimas de violencia, no contaban o no suministraban información sobre medidas de protección y acceso a ILE; otros, en cambio, prestaban acompañamiento en ILE y en ocasiones hasta contribuían a rotular como violación situaciones no inicialmente reconocidas por las propias afectadas. A veces, estos servicios, fundados en que la violación compromete a la salud física, mental y/o social, certificaban la coexistencia de causales de ILE[16]. Otros, optaban por aplicar solo la causal salud integral para evitar los ya gravosos procesos que afectan a las mujeres y/o a lxs profesionalxs. Eventualmente algunos servicios realizaban un abordaje integral orientado a la prevención y al cese de las violencias.

En la actualidad, a más de un año de la promulgación de la ley 27.610, aunque aún se requiere profundizar y extender su alcance, la despenalización y legalización del aborto permitieron sin dudas la remoción de numerosos obstáculos y la ampliación de derechos. A los equipos de salud que venían interviniendo en ILEse los relevó de la dura tarea de certificar y avalar la demanda de aborto e instaló otro vínculo con las usuarias modificando sustancialmente las relaciones de poder. A las mujeres las libró de narrar sus padecimientos para que sean "validados" y documentados. Se acortaron los tiempos de atención y la entrevista se hizo más operativa.

En un horizonte cercano se espera que el acompañamiento de la práctica de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se transforme en una consulta más. Allí resulta clave la habilitación de un espacio de escu-

cha activa y atenta donde puedan desplegarse, de ser necesario, la reflexión y el abordaje profesional para contribuir a frenar la re victimización, evitar la repetición de embarazos forzados y remover las violencias.

Frente a un cuerpo femenino construido como objeto por una mirada masculina que aún habita nuestras instituciones, sigue siendo enorme el desafío para los equipos de salud de generar prácticas despatologizadoras desde un abordaje integral interdisciplinario.

En esta encrucijada se renuevan tensiones, se reedita la contienda por la visibilidad y la definición de las violencias a la par que continúa la disputa histórica por la vigilancia de la sexualidad, la apropiación pública del cuerpo de las mujeres[17] y la tutela de sus derechos.

Frente a un cuerpo femenino construido como objeto por una mirada masculina que aún habita nuestras instituciones, sigue siendo enorme el desafío para los equipos de salud de generar prácticas despatologizadoras desde un abordaje integral interdisciplinario con perspectiva de género y derechos, respetuoso de las decisiones de las mujeres y promotor de autonomía.

Más allá de la oportunidad y la corrección política, este reto solo se podrá alcanzar si todas esas violencias mal nombradas, silenciadas o balbuceadas desde tiempos remotos se vuelven claramente visibles y logran ser contabilizadas y "rotuladas" por sus nombres.

Notas al pie

1 En referencia a "El Matadero" y "Amalia" de E. Echeverría David Viñas afirma: "La literatura argentina emerge alrededor de una metáfora mayor: la violación".

2 Segato, R. (2003) Las estructuras elementales de la violencia. Universidad de Quilmes Bs As y (2014) El sexo y la norma: frente estatal, patriarcado, desposesión, colonidad. Univ. de Brasília Rev. Estudos Feministas, Florianópolis

3Das,V. (2008) "Violence, Gender, and Subjectivity Annu. Rev. Anthropol. 2008. 37:283–99 y Sanyal, M. (2018) Violación. Penguin 3 Randon House Editorial. Barcelona

4 Federici, S. (2015) El Calibán y la bruja. Tinta Limón. Bs As.

5 Muchembled, R. (2010) Una Historia de la violencia. Paidós. Madrid.

6 En 1999 en el Código Penal argentino se sustituyó "Delitos contra la honestidad" por "Delitos contra la integridad sexual" y en 2012, luego del femicidio de Carla Figueroa, se eliminó el art.132 que habilitaba "[...] en los casos de violación, estupro, rapto o abuso deshonesto de una mujer soltera, quedará exento de pena el delincuente si se casare con la ofendida, prestando ella su consentimiento, después de restituida a casa de sus padres o a otro lugar seguro".

7 Amnistía Internacional (2019) El sexo sin consentimiento es violación. En https://amnistia.org.ar/el-sexo-sin-consentimiento-es-violacion-por-que-solo-ocho-paises-europeos-lo-reconocen.

8 OMS (2013) Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. En https:// who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/

9 Gherardi, N. et.al. (2015) Derecho al aborto y violencia sexual en las relaciones intrafamiliares. Una aproximación a la aplicación de la causal violación en los servicios de salud del área metropolitana de Buenos Aires Doc. REDAAS Nº3.

10 Teodori, C. (2016), A los saltos buscando el cielo. Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar .2da edición. Biblos. Bs As.

11 Das, V. (2004) "Language and Body: Transactions in the Construction of Pain", in Scheper-Hughes, Nancy; Bourgois, Phillippe (eds.), Violence in War and Peace, Oxford: Blackwell Publishing, pp. 327-333

12 Despentes, V. (2018) Teoría King Kong. Literatura Random House, Bs As

13 Teodori, C. (2018), "Redes vinculares y apoyo social en la respuesta a la violencia de género. Los dispositivos grupales para mujeres" en Sivak, R. Resiliencia de las Neurociencias a las redes sociales. Editorial Akadia Bs As.

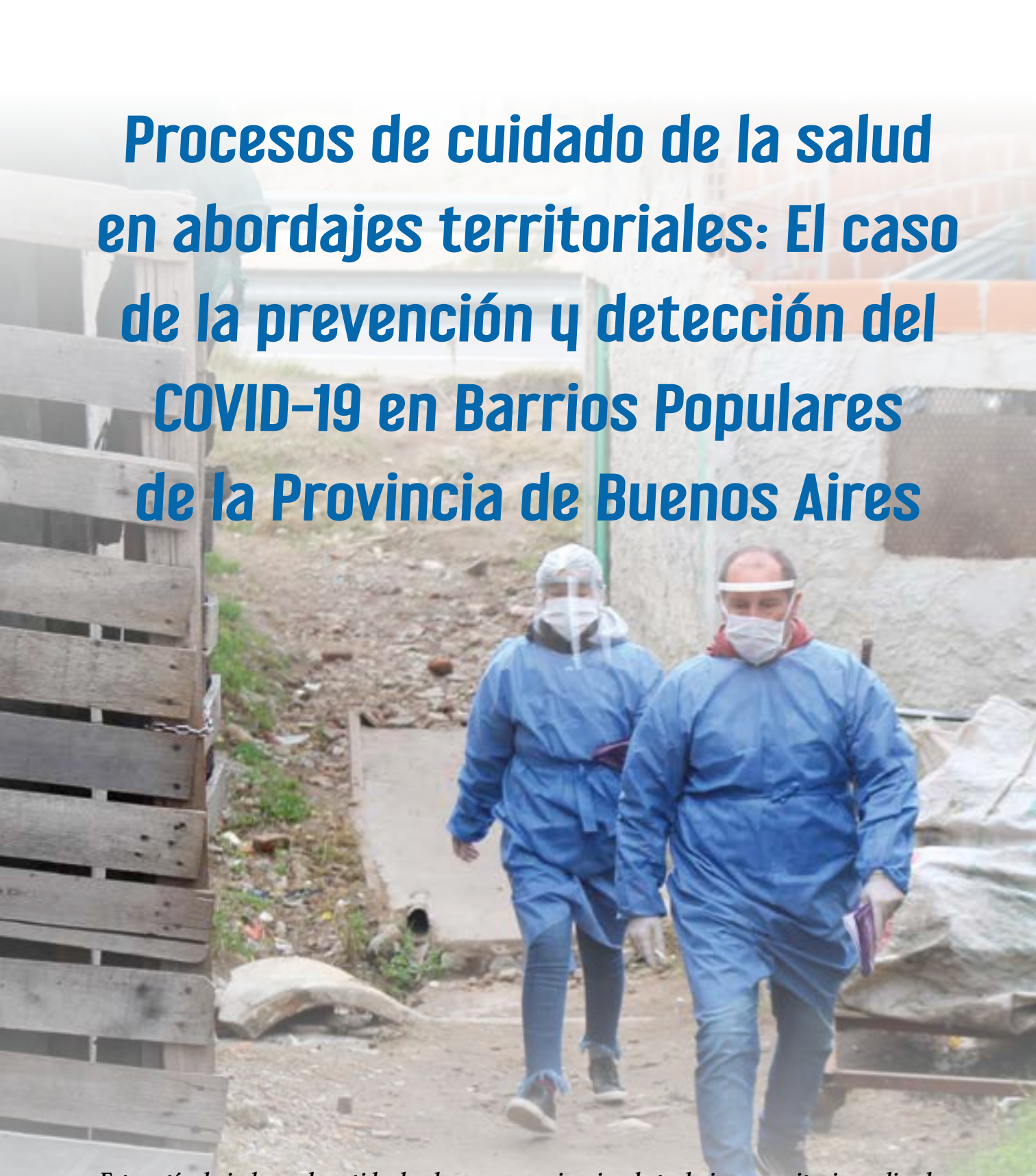
14 Maffía, D. (2006) «Aborto no punible: ¿Que dice la ley Argentina?» en Checa, S. La coyuntura del aborto: entre el derecho y la necesidad. Paidós, Bs As.

15 Cammarota K. y Teodori C. (2017) Conocimientos, creencias y actitudes de los profesionales de la salud de los servicios de obstetricia de hospitales generales de la CABA. ISALUD Vol. 12 Nº 56.

16 Ramón Michel, A. (2015) Manual de capacitación para implementar el aborto por causal violación en la Argentina. Centro de Estudios de Estado y Sociedad CEDES; Bs As: REDAAS.

17 Cammarota, K. (2018) El cuerpo de la mujer. En https://www.pagina12.com.ar/99910-el-cuerpo-de-la-mujer

Procesos de cuidado de la salud en abordajes territoriales: El caso de la prevención y detección del COVID-19 en Barrios Populares de la Provincia de Buenos Aires



Este artículo indaga el sentido de algunas experiencias de trabajo comunitario realizadas con el fin de incrementar la detección de personas con COVID-19 en diferentes barrios populares de la Provincia de Buenos Aires, desde mayo del 2020 hasta la actualidad. Las experiencias fueron analizadas a la luz de la participación social y del cuidado colectivo, que cobraron gran importancia en el abordaje de la epidemia en barrios populares.

Las problemáticas desencadenadas por la pandemia y el aislamiento tuvieron grandes consecuencias, visibilizando y profundizando las ya existentes desigualdades sociales. Las economías familiares se vieron perjudicadas, más aún aquéllas que eran informales o de trabajo por jornada. El acceso a la atención en salud en cuanto a prácticas esenciales como la vacunación, el seguimiento de las personas embarazadas, la dispensación de medicamentos para Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), la entrega de métodos anticonceptivos, se vieron afectados en la Provincia de Buenos Aires y en sus municipios, así como en otras partes del país y del mundo.

Pese al repliegue del primer nivel de atención durante la primera etapa de aislamiento social preventivo obligatorio (ASPO) y estricto en marzo de 2020, el paulatino comienzo de la circulación comunitaria, poco tiempo después, hizo evidente la necesidad de salir a detectar a los ciudadanos para garantizar su atención y prevenir la expansión del contagio. Así surgió un nuevo capítulo en el desarrollo de estrategias comunitarias de salud, que conjugaron las experiencias de participación y organización populares.

Los barrios y la estrategia implementada

Lxs vecinxs de Villa Azul cortaron el acceso Sur de Quilmes que lindera al barrio, preocupados por la situación de posibles contagios dentro del barrio. La presencia del Estado no se demoró. Un estado Municipal presente, en articulación con un estado Provincial que cuida, sentaron las bases para generar un espacio de escucha y decisión colectiva, sobre lo que marcaría un hecho histórico y el antecedente de una medida extraordinaria: el aislamiento comunitario en Villa Azul.

Informe del equipo territorial.
Dirección de Organización comunitaria

Se pueden mencionar 5 experiencias clave en barrios populares de diferentes municipios del Conurbano Bonaerense en las cuales la comunidad organizada junto con el Estado pudieron tomar acciones concretas, coordinadas y regionalizadas: el barrio Villa Azul (entre Avellaneda y Quilmes), Villa Itatí (Quilmes), barrio José Luis (Berisso/Ensenada), barrio San Jorge (Tigre) y La Cava (Lomas de Zamora). Fueron seleccionados, para este análisis, pequeños fragmentos de relatos recogidos en algunos de esos barrios durante los abordajes territoriales de la Dirección de Organización Comunitaria del Ministerio de Salud- PBA.

■ Por Noelia López, Gabriela Inés Mastellone, Nelson Giménez y Yamila Comes

Noelia López. Licenciada en psicología y Docente (UBA). Integrante de la Fundación Soberanía Sanitaria. Directora Provincial de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud (PBA).
Gabriela Inés Mastellone. Psicóloga y docente (UBA). Asesora en la Dirección Provincial de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud (PBA).
Nelson Giménez. Licenciado en Enfermería. Docente (UNPAZ). Director de Desarrollo de Redes del Ministerio de Salud (PBA).
Yamila Comes. Psicóloga. Magister en Salud Pública. Pos doctorado en Salud Colectiva. Asesora del Ministerio de Salud (PBA).

Algunas de las intervenciones se originaron a partir de los rumores de referentes barriales y comunitarios que, lograron organizarse y poner en agenda la situación de sus respectivos barrios. Los abordajes territoriales constaron de 2 ejes principales:

1. Relevamiento casa por casa y búsqueda de personas con síntomas de COVID-19, así como seguimiento de contactos estrechos y situaciones de vulnerabilidad.
2. Armado de red local con referentes barriales y efectores de salud para la puesta en marcha de Comités o Consejos de emergencia barrial (COE).

La presencia del Estado en el territorio en un contexto tan particular, como lo es el del COVID-19, requirió una serie de cuidados y uso de tecnologías capaces de modelar el vínculo entre las personas del barrio y lxs trabajadorxs. Emerson Merhy realiza una comparación analógica de tres maletines de tecnologías que se ponen en juego en la producción de cuidado, a saber: maletín de tecnologías duras (instrumental médico, equipamiento), tecnologías blandas-duras (saber estructurado, conocimiento técnico profesional), y tecnologías blandas (el espacio relacional que permite las acciones de cuidado). En los barrios abordados se utilizaron todos los tipos de tecnologías en un complemento dinámico, con la finalidad de lograr procesos que permitieran la participación, la toma de decisiones, la asistencia y el seguimiento de las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad. Los abordajes territoriales requirieron de herramientas (el hisopado para análisis por PCR, el seguimiento de los contactos estrechos, la derivación para los aislamientos de los casos confirmados), pero su implementación no habría sido posible sin las organizacio-

nes sociales y políticas con presencia barrial. El saber técnico y los equipamientos sanitarios se pusieron al servicio de las acciones planteadas y consensuadas con los diferentes actores sociales presentes. Tan importante fue la impronta colectiva en la toma de decisiones, que el cierre de barrios sólo pudo ser llevado a cabo gracias a la organización conjunta, disponible durante las 24 hs, los 7 días de la semana.

Todo trabajo territorial requiere un diagnóstico y una comparación de mapas y no podemos desconocer que los mapas oficiales son representaciones ideológicas dominantes (Diez Tetamanti. 2012). En línea con esto, Risier y Ares manifiestan que la demarcación de los mapas oficiales tiene la finalidad de construir relatos útiles a los intereses de poderes concentrados (como los grandes medios de comunicación y los grupos económicos), con la finalidad de "facilitar la ejecución de mecanismos biopolíticos orientados a organizar, dominar y disciplinar a quienes habitan un territorio" (Risier y Ares. 2013). Teniendo en cuenta esto último, el mapeo colectivo permite rescatar y empoderar voces que habitan y transcurren su vida en esos territorios. Se trata de una construcción de ciudadanía contrahegemónica que busca recuperar, a través de representaciones topográficas, la historia y la complejidad que determinan las formas en que las personas viven, se cuidan, enferman y atienden en efectores formales o informales de salud. Para Jiménez (2019), el proceso de mapeo colectivo genera un producto relacionado al mapa en sí mismo, y otro producto relacionado a rescatar las narrativas de vida de las personas. Este relato topográfico o mapa construido colectivamente es capaz de reconocer:

a. zonas del barrio donde puede haber más casos de COVID-19, como así también personas o grupos con mayor vulnerabilidad sociosanitaria,
b. recursos de la comunidad organizada, como iglesias, agrupaciones políticas, comedores, etc.
c. recursos del Estado, como CAPS, ANSES, efectores municipales, entre otros.

Durante los últimos días asistimos en la parte administrativa de los hisopados y fuimos un actor clave en la entrega de medicación. Desde el remediar, métodos anticonceptivos hasta lograr una articulación con la referente de VIH de la región XI para la entrega de antirretrovirales. Cabe destacar también que hemos logrado dar respuesta de manera integral, como ningún otro organismo, a la problemática de la población travesti-trans que vive en el barrio.

M.S. Coordinadora territorial.
Informe semanal. Equipo Berisso-Ensenada.

En esta línea, es interesante desarrollar algunos de los procesos de cuidado colectivo que se fueron desplegando en la experiencia de abordaje barrial de Villa Azul. Allí las medidas adoptadas por las organizaciones barriales y el Estado buscaron disminuir por completo la circulación de las personas, y por ende, del virus. El cierre del barrio se convirtió en una medida de cuidado colectivo que cumplió un rol de democratización del cuidado aplicado desde una lógica de toma de decisión horizontal y participativa.

La presencia del Estado en el territorio en un contexto tan particular, como lo es el del COVID-19, requirió una serie de cuidados y uso de tecnologías capaces de modelar el vínculo entre las personas del barrio y lxs trabajadorxs.

El nivel de conflictividad social bajó al segundo día del cierre del barrio, lo que permitió que las áreas estatales pudieran articularse y trabajar de manera más organizada. El arribo del Estado en todas sus variantes se constituyó como una fortaleza que tendió a mejorar rápidamente y paliar la situación sanitaria/social, atendiendo demandas históricas de la comunidad barrial. La segunda semana en el barrio se mejoraron los circuitos de solicitud de medicamentos, de pañales, alimentos, artículos de limpieza, etc, se recibieron muchas donaciones que acopiaba y distribuía el CAPS de Villa Azul. Se pudo empezar a trabajar con demandas sanitarias no COVID con personas que no podían trasladarse al centro de salud, en la zona más alejada y del margen del barrio donde teníamos reclamos que no llegaban los recursos, con referentes barriales pusimos una posta sanitaria varios días, esa acción permitió con los vecinos accedan a derechos básicos.

R.M. Coordinadora territorial.
Villa Azul, Quilmes.

Casi como en un continuum, en otros barrios se desencadenaron intervenciones que, si bien no tuvieron el mismo impacto que el de Villa Azul, generaron procesos de organización, planificación, decisión e intervención con gran impacto. La organización del Consejo de Emergencia Barrial (COE barrial), que funcionó desde el inicio de la intervención, se volvió indispensable para vehiculizar demandas, distribuir

BUENOS
AIRES

recursos equitativamente entre lxs vecinxs, relevar e intervenir en situaciones de mayor vulnerabilidad y, sobre todo, poner en diálogo a la comunidad organizada con los diferentes actores participantes. Lo que comenzó como un reclamo, devino en organización.

Barri y Fernandez (2018) sostienen que la epidemiología comunitaria (EPICOM) es una herramienta estratégica a la hora de visibilizar las vulneraciones de derechos en salud; esta funciona a través de relatos recabados en el entramado de las historias individuales, colectivas y la inserción comunitaria de los trabajadores de la salud, que posibilita el sostenimiento en el tiempo de los reclamos.

(...) Con quienes articulamos muy bien fue con el equipo de Desarrollo Social y organizaciones barriales que asistían a lxs vecines con alimentos y demás cuestiones esenciales, teniendo en cuenta que el barrio estuvo cerrado aproximadamente 10 días. En conjunto con este organismo pudimos realizar visitas clínicas por fuera del covid y logramos entregar gran cantidad de medicación que el municipio no había entregado. Por otro lado, revelamos casos de violencia de género, acompañamos a las denunciantes y realizamos la articulación correspondiente con el municipio y RSV.

M.S. Coordinadora territorial.
Informe semanal equipo Barrio San Jorge, Tigre.

Historizando brevemente, se decidió que la intervención iniciara con la reunión del COE barrial para aunar criterios y encuadrar acciones e interacciones con instituciones y actores locales de la pandemia. El encuentro propició la lectura integral situacional necesaria para poner en marcha el trabajo interdisciplinario e intersectorial. Era imprescindible escuchar lo que tenían para decir las instituciones barriales, lxs referentes y los CAPS.

Como antes mencionamos, la primera reacción-acción fue de repliegue del primer nivel de atención, pero el aumento significativo de casos desencadenó la necesidad de salir y ponerse "a disposición", a trabajar a partir de la demanda que fuera emergiendo. Se trata de un territorio diferenciado e integrado a la vez: diferenciado en tanto que pudo demarcar límites, códigos y organización; integrado debido a que pudo coordinar y consensuar acciones complejas definidas por los niveles centrales.

Quizás la experiencia más paradigmática en este último punto pudo ser la de La Cava (Lomas de Zamora) que, a partir del sostenimiento en el tiempo de la estrategia desplegada, terminó siendo terreno fértil para alcanzar consensos barriales sobre la organización del espacio comunitario, desde el desarrollo de la urbanización y la construcción, hasta el asfaltado de las calles.

Reflexiones finales: articulando lecciones aprendidas y capacidades transformadas

Las intervenciones en los barrios populares estuvieron atravesadas por las dinámicas de los actores sociales participantes y los lineamientos nacionales o provinciales resignificados a nivel local. La capacidad de organizar comités donde confluyeran organizaciones populares, referentes barriales y el Estado provincial y municipal, con una mirada crítica de los procesos de salud/enfermedad/atención derivó en prácticas de construcción democrática del derecho a la salud y equidad como horizonte posible. Leer estos procesos en clave coyuntural, histórica y política habilitó su abordaje en toda su potencialidad, mucho más allá de la oposición dual entre el trinomio epidemiológico clásico y otro que entienda de historias, subjetividades y territorios.

Las intervenciones en los barrios populares estuvieron atravesadas por las dinámicas de los actores sociales participantes y los lineamientos nacionales o provinciales resignificados a nivel local.

La organización focalizada trajo aparejada la proliferación de nuevas propuestas para tratar las problemáticas del empobrecimiento y también para implementar políticas sociales, en particular en poblaciones donde la pobreza, el hacinamiento y el acceso a los bienes y servicios se encuentran cercenados. Las "rondas" de discusión y decisión propiciaron la construcción de hipótesis sobre las problemáticas compartidas y fomentaron el entendimiento de la participación de las relaciones familiares, económicas, sociales, los sistemas de salud, la iglesia, partidos, movimientos y militancias entre otras cosas. ¿Cómo se trabaja? ¿Quiénes transitan ese barrio? ¿Sobre qué situaciones se interviene? ¿Cómo enfrentamos los conflictos?¿Qué nos limita? ¿Qué nos potencia? ¿Cómo nos relacionamos con otrxs?

Si visibilizamos la variable de género, la amplia participación de las mujeres de los barrios populares implicó un relieve particular a la dimensión de los cuidados, históricamente asociados a las mujeres y referentes de espacios populares (merenderos, comedores) Postulados que resonaron durante la pandemia como "nadie se salva solo" encontraron un redoble de sentido: estar para lxs otrxs se aceptó como premisa. Comprender que las medidas de aislamiento estaban orientadas a un "aislarse para cuidar", muy distinto al "aislarse para no contagiarse", fue un terreno que logró interpelar a las personas.. El trabajo comunicacional y de trasmisión necesariamente tuvo que acompañar las estrategias, con las particularidades de cada territorio, como una intervención en sí misma de construcción social de sentidos.

Bibliografía

- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano
- Salud Colectiva, vol. 6, núm. 1, enero-abril, 2010, pp. 83-101. UNLa. Buenos Aires, Argentina.
- Bispo Junior y Brito Moraes, Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. Cadernos de Saúde Pública. Pág. Brasil. 2020
- Organización Panamericana de la Salud (2012). Vigilancia Epidemiológica Basada en la Comunidad... Una acción clave en la respuesta a las situaciones de emergencias y desastres. Bogotá, Colombia.
- Palpan Guerra, A. (2013). Sistema de Alerta y Respuestas: Modelo de Vigilancia en Rumores. Ministerio de Salud de Perú. Lima. Perú
- Tognoni G. (2011) Manual de Epidemiología Comunitaria. Gráfica Integral Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Jimenez Ramos D. (2019). Geo-grafías Comunitarias: mapeo comunitario y cartografías sociales: procesos creativos, pedagógicos, de intervención y acompañamiento comunitario para la gestión social de territorios. Camidabit-Los Paseantes, Sierra del Tentzon, Puebla, México.
- Risler, Julia y Ares, Pablo (2013). Manual de mapeo colectivo : recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. 1a ed. Buenos Aires : Tinta Limón, Argentina.
- Carvalho LC, Feuerwerker LCM, Merhy EE. (2007). Disputas en torno a los planes de cuidado en la Internación Domiciliaria: una reflexión necesaria. Salud Colectiva.3(3):259-269. Buenos Aires. Argentina.
- Comas-d'Argemir D. Cuidados y Derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. Cuadernos de antropología social. P. 13 a 29. España.
- Borde E. y Torres-Tovar M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Revista Saude Debate. V. 41. Número Especial. P. 264 - 275. Río de Janeiro. Brasil.
- Testa M. (2007). Decidir en Salud: ¿Quién? ¿Cómo? y ¿Por qué? Salud Colectiva. 2007;3(3):247-257. Buenos Aires, Argentina.
- Testa M, Silva Paim J. (2010). Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. Salud Colectiva .2010;6(2):211-227.
- Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA, Vieira CS, Frison SS, et al. (2016). Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. Revista Brasilera de Enfermería. 2016;69(6):1172-7.
- Barri H. Fernández N. (2018) Participación Popular en Salud. Epidemiología Comunitaria. Revista Voces en el Fénix. 8;70. P 12 a 25. Córdoba. Argentina.
- Basile G. (2020). El fortalecimiento de la salud colectiva ante el coronavirus en América Latina y El Caribe. Pensar la pandemia. Observatorio Social del Coronavirus. CLACSO. Disponible en: https://www.clacso.org/coronavirus-en-america-latina-y-caribe-entre-la-terapia-de-shock-de-la-enfermologia-publica-y-el-fortalecimiento-de-la-salud-colectiva
- Breilh J (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(Supl 1): p 13-27
- Gherhardt, T. (2019). Cultura e cuidado: dilemas e desafios do ensino da antropologia na graduação em Saúde Coletiva. Saude soc. 28 (2). Brasil.
- Marcos J. (2019) Una transformación de la política desde las vidas humanas sostenibles. Utopía y Praxis Latinoamericana, vol. 24, núm. 85, 2019 Universidad del Zulia, Venezuela.
- OPS (1982) Vigilancia epidemiológica con posterioridad a los desastres naturales. Disponible en: http://helid.digicollection.org/en/d/J062/2.html

Foto: HCDN

Nueva ley de promoción de la alimentación saludable, una norma que protege la salud y las infancias

La Ley de Promoción de la Alimentación Saludable (N°27.642), sancionada en noviembre de 2021, ha logrado visibilizar aún más la estrecha relación entre alimentación y salud. Para ello, fue fundamental el rol de las organizaciones como espacio de representación ciudadana.

■ Por Mara Inés García, Gisel Anahí González y María Clara Zárate

Mara Inés García es Licenciada en Nutrición, Magister en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN); Gisel Anahí González es Licenciada en Nutrición, Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN); y María Clara Zárate es Licenciada en Nutrición, Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN)

La malnutrición en Argentina muestra cifras preocupantes: 7 de cada 10 personas adultas y 4 de cada 10 niñas, niños y adolescentes (NNyA) tienen exceso de peso. En las personas adultas, la obesidad es un 20% mayor en la población de ingresos más bajos, lo cual confirma la relación –por tendencia favorable- entre exceso de peso y pobreza.

En tal sentido, vale recordar que las enfermedades no transmisibles (ENT) es decir, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, entre otras, son las responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años perdidos por muerte prematura y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad, que no solo afectan la calidad de vida de las personas, sino también la de su familia y entorno.

Sabemos que estas enfermedades encuentran frecuentemente su origen en una alimentación inadecuada. Por ende, la malnutrición referida específicamente al exceso de peso nos sitúa ante una de las mayores problemáticas para la salud.

Este tipo de malnutrición se asocia principalmente con el consumo excesivo de nutrientes críticos (azúcares, grasas, sodio) presentes en los productos alimenticios, bebidas procesadas y ultraprocesadas.

La evidencia científica es suficiente para demostrar que esta afección está relacionada con el patrón de consumo, que ha sufrido transformaciones en los últimos años. Esto se observa en el descenso considerable del consumo de hortalizas y frutas (principalmente el grupo de las frutas), de lácteos (principalmente leche), de pan de panadería, de carne vacuna y de legumbres, entre otros. En contraposición, ha aumentado la ingesta de bebidas azucaradas no alcohólicas (gaseosas y jugos en polvo), de productos cárnicos semielaborados (hamburguesas, salchichas, fiambres),- de pizzas, sándwiches, empanadas y tartas listas para consumir en el hogar, además de golosinas y postres elaborados, por mencionar solo algunos.

Esta transición nutricional no solo se debe a los cambios en la ingesta de alimentos y preparaciones, sino también a la existencia de nuevos estilos de vida caracterizados por mayor sedentarismo (actividades más pasivas, uso de medios de transporte, tecnologías, nuevos entretenimientos, etc.).. Los cambios en la forma de comer -qué se come, cómo se come y con quién se come forman parte de la transición que no solo traslada el consumo de alimentos frescos a otros con mayor procesamiento, sino que es la causa y consecuencia de muchos de los problemas de salud pública. El hecho de que se recurra cada vez más a ultraprocesados trae aparejado un consumo excesivo de azúcares, sodio y grasas, que muchas veces están "ocultos" o "enmascarados" en productos y bebidas, sin ser percibidos por los comensales.

El consumo de azúcares en Argentina - conformado por el azúcar, los dulcificantes y la miel- aumentó considerablemente desde 1961 hasta la actualidad (FAO). Particularmente se duplicó la cantidad de azúcar consumido y se cuadriplicó el consumo de de dulcificantes. Estos últimos son utilizados en su mayoría por las industrias alimenticias para la elaboración de productos procesados; tienen ventajas productivas y menores costos, pero han documentado efectos adversos sobre la salud. Por mencionar algunos, se encuentran los jarabes (entre ellos el conocido jarabe de maíz de alta fructosa o JMAF), melazas, maltosas, dextrosas, entre otros.

La malnutrición referida específicamente al exceso de peso nos sitúa ante una de las mayores problemáticas para la salud.

Analizando estos datos se pudo ver que cerca de 2/3 dulcificantes están añadidos en los productos y bebidas ultraprocesadas, mientras que 1/3 utilizaban azúcar de caña en las preparaciones caseras o en infusiones. Esto muestra cómo la población ingiere su mayor porcentaje de azúcares a través de productos ya elaborados listos para consumir, sin percatarse directamente de este consumo.
Las bebidas azucaradas no alcohólicas -gaseosas, ju-

gos, aguas saborizadas, etc-, merecen un análisis pormenorizado porque han crecido exponencialmente en los últimos años generando un impacto negativo en la salud poblacional, fundamentalmente en NNyA. Los datos confirman que el consumo se duplicó: de medio vaso a un vaso por día por persona. Muchas veces se utilizan herramientas publicitarias para situar a las bebidas bajo la óptica saludable, tal como se ha visto con muchas "aguas saborizadas" del mercado, pero hay que aclarar que la mayoría de dichas bebidas contienen en promedio 5 cucharaditas de azúcares en un vaso de 200 cc, independientemente de si son gaseosas o aguas saborizadas. Está comprobado que su consumo incrementa el riesgo de desarrollar diabetes, enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y osteomusculares, insuficiencia renal, demencias, asma, cáncer y caries dentales.

En el 2020 se presentó en nuestro país el proyecto de Ley de Promoción de la Alimentación Saludable; finalmente en octubre de 2021 el proyecto fue aprobado y en noviembre se promulgó como la Ley N° 27.642. Esta norma proyecta ser una de las políticas públicas que contribuye al derecho a la salud y a una alimentación adecuada, garantizando información clara, sencilla y fácil de interpretar por toda la población. La misma está constituida por 3 ejes fundamentales: 1- Etiquetado frontal de advertencias: utiliza el Sistema de Perfil de Nutrientes, una herramienta elaborada por la OPS que clasifica los productos y bebidas según el contenido de nutrientes críticos a través deun sistema gráfico de advertencia con octágonos negros con la leyenda "EXCESO EN" (según el nutriente que corresponda)- Se colocarán en la parte frontal superior derecha del paquete. Además, en los paquetes se incorporan dos leyendas para advertir la presencia de edulcorantes y cafeína en productos destinados a NNyA. 2- Publicidad, promoción y patrocinio de productos alimenticios:tiene el objetivo de regular el impacto del marketing de productos y bebidas destinados a NNyA. 3- Entornos Escolares: el fin es proteger los entornos escolares, por lo tanto cualquier producto o bebida que contenga al menos un sello o leyenda de advertencia no podrá ser ofrecido en los establecimientos educativos, resguardando a las infancias de estos consumos.

El rol de la sociedad civil fue fundamental en el proceso de acompañamiento y puesta en marcha de la ley. Diferentes organizaciones trabajaron para impulsar el proyecto defendiendo los mejores estándares hasta conseguir su aprobación. Entre ellas se destaca la tarea de la Federación Argentina de Graduados en Nutrición - FAGRAN - que como entidad federal contó con la representatividad y abogacía en cada una de las provincias, en donde colegios y asociaciones de profesionales de la nutrición trabajaron denodadamente en pos de mejorar la alimentación de la población.

En situaciones como esta, donde se visibiliza el estrecho vínculo que existe entre la alimentación y la salud, las organizaciones cumplen una función fundamental como espacio de representación ciudadana: pueden ejercer un control sobre el accionar del Estado, poner en agenda política discusiones sobre problemáticas de la población y también acompañar dichos procesos con asesoramiento técnico y evidencia científica libre de conflictos de interés.

El campo de los medicamentos

Conocer las necesidades de la población es esencial para direccionar la producción de medicamentos y tratamientos, poniendo el desarrollo industrial al servicio de la nación. A continuación se explora la colaboración entre Estado e industria desde una mirada estratégica.

■ Por Eduardo Pérez

Médico especialista en Medicina Interna (UBA). Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Docente titular de Epidemiología (UNPaz). Miembro de la Fundación Soberanía Sanitaria. Director de Salud Ambiental de ACUMAR (2015). Secretario de Salud del Municipio de Moreno (2016-2017) Secretario General Técnico Médico de PAMI (2019-2021).

Hoy en día, la relación entre los financiadores y el Estado con la industria farmacéutica presenta desafíos a corto, mediano y largo plazo.

El desarrollo industrial no puede estar aislado de las necesidades de las poblaciones a las cuales la industria brinda sus medicamentos. Es por ello que se hace esencial la generación de información y conocimiento que permitan realizar los análisis necesarios para conocer qué medicamentos producir, para qué poblaciones y en qué momento.

Se vuelve esencial la realización de estudios clínicos y generación de evidencia de carácter local para cubrir las necesidades de Argentina. Para ello, la colaboración entre Estado e industria farmacéutica debe estar basada en una estrategia específica para las distintas poblaciones nacionales.

La industria farmacéutica es una industria pujante y muy significativa a nivel de desarrollo científico y tecnológico, por ello el personal necesita ser formado y estar constantemente actualizado.

Al mismo tiempo, a nivel global la industria farmacéutica se concentró en las últimas décadas: son muy pocos los laboratorios que producen medicamentos, y como consecuencia facturan.. Esta situación claramente tiene un impacto en el acceso equitativo y soberano a medicamentos en nuestro país y es por ello que urge la necesidad de generar un acuerdo nacional que tenga en cuenta las necesidades de nuestra gente y nuestra industria.

Necesitamos comprender cuáles son los medicamentos que requieren ser financiados, cuál es la innovación tecnológica que se requiere llevar adelante para dar respuesta a las necesidades epidemiológicas de la Argentina y la región. Asimismo, se debe acompañar esta iniciativa con una política de precios adecuada que garantice la rentabilidad de la industria,la sustentabilidad presupuestaria del sistema, la transparencia de los acuerdos y una política sanitaria que dé marco a la situación de desarrollo industrial.

¿Qué se puede esperar?

Urge la necesidad de que los procesos de producción de conocimiento puedan contribuir al desarrollo nacional, guiados por el rol del Estado en la gobernanza de la ciencia y la tecnología. Para que esto suceda los conocimientos generados deben ser utilizados por la sociedad que los financia, además de poder ser funcionales a necesidades globales.

Desde hace algunas décadas se ha intensificado cada vez más el reclamo sobre "la ciencia" para que vuelva evidente su contribución a la sociedad. La apelación obliga a revisar y revisitar reflexivamente las propias dinámicas de la producción de conocimiento y sus derivaciones, los agentes que intervienen en el proceso, el rol del Estado y la propia gobernanza de la ciencia y la tecnología, pero también, a poner el acento en la forma que adoptan los posibles resultados de la práctica científica y su modalidades de apropiación social.

■ Por Mauro Alonso

Doctor por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (FFyL-UBA). Magister en Ciencia, Tecnología y Sociedad por la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ). Becario del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Cuestiones como la evaluación de los académicos, el acceso a financiamiento, la definición de agendas y/o temas prioritarios o estratégicos han proliferado en los últimos años en la constante búsqueda de promover un horizonte de utilidad social del conocimiento científico-tecnológico. Por cierto, pensar o problematizar la noción de utilidad social del conocimiento requiere hacerlo también con el proceso de definición propia de utilidad social.

Durante el siglo XX, obviando matices y coyunturas singulares, se convivió con un imaginario social en el que la práctica científico-tecnológica era capaz de proveer soluciones a la vida social y sus desafíos sin la necesidad, o mejor aún sin ella, de esfuerzos de orientación. El conocimiento y su contribución sería socialmente útil toda vez que se permita a los académicos el desarrollo de la práctica de investigación con libertad y autonomía y se garantice el financiamiento necesario para su desarrollo. Esta dinámica cuasi-tautológica, en la que el valor social de la ciencia se deriva inequívocamente de su propio desarrollo, ha sido puesta en tensión hace ya tiempo y cuestionada desde el campo de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, como así también desde la política científico-tecnológica.

Argentina presenta un complejo científico-tecnológico con larga trayectoria y probada capacidad en materia de desarrollo académico. Sobre esta base, desde principios de siglo, se ha puesto el acento en la necesidad de establecer vínculos cada vez más estrechos entre científicos y usuarios, y también desde el Estado de establecer lineamientos estratégicos o prioritarios en diversas áreas de conocimiento. De esta manera, se convirtió en un nuevo objetivo explícito el hecho de que los conocimientos no solamente sean de calidad internacional, sino que sean usados por la sociedad que los financia para que así puedan colaborar con el desarrollo nacional.

En efecto, la capacidad de hacer un uso social efectivo de los conocimientos, no solamente es consecuencia inmediata de la fortaleza de la investigación académica, sino también der la capacidad de articular el conocimiento a través de su incorporación en prácticas desarrolladas por otros actores, en nuevos productos o en nuevos procesos (Kreimer, 2011; Naidorf, 2009). El predominio de criterios burocratizados de evaluación en los países más desarrollados opera sobre una sola porción del conocimiento producido: la que se genera en las universidades y en los centros públicos de investigación (dejando de lado la investigación desarrollada con financiamiento privado, con un régimen de evaluación diferenciado).

América Latina produce investigación científico-tecnológica en su abrumadora mayoría con fondos públicos, siendo la participación de inversión privada por demás marginal en comparación con países del Norte. En este sentido, los criterios de evaluación que siguen la mayor parte de los países latinoamericanos, y en particular Argentina, organizados como un dispositivo disciplinador de prácticas sociales de producción de conocimientos, tiende a la reproducción de las agendas académicas de los grupos de élite académica de los países desarrollados, lo cual hace que todos los intentos por orientar las agendas por criterios de relevancia queden esterilizados por el predominio de dichos dispositivos (Sans-Menéndez, 2014).

Argentina presenta un complejo científico-tecnológico con larga trayectoria y probada capacidad en materia de desarrollo académico.

La internacionalización de la práctica científica habilita el intercambio y la actualización de las agendas de investigación y la colaboración entre pares, pero también puede suponer la subordinación de agendas locales a temas definidos como prioritarios en otras latitudes. Se reconoce como legítima de parte del Estado la capacidad de definir democráticamente aquellas arenas o temas más acuciantes para nuestra sociedad y de consolidar espacios de demanda de conocimiento que contribuyan al mejoramiento de la condiciones de vida y el desarrollo nacional.

De este modo, la cuestión de la orientación de la investigación y la necesidad promover la producción de conocimiento para que contribuya a fines sociales se ubicó en el centro de la arena política y en los ámbitos de gestión de la política científica. Una de las directrices compartidas en las políticas de CyT es el establecimiento de prioridades estratégicas y la definición de apuestas de futuro en determinadas áreas científico-tecnológicas o mercados claves (Casas et.al, 2014). En la concepción dominante de las políticas científico-tecnológicas, las prioridades estratégicas se orientan a la explotación y fortalecimiento de las capacidades y áreas de especialización de cada país, y, en algunos casos, se pretende encontrar un posicionamiento en áreas con potencialidades futuras.

En esta línea, el Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (elaborado en 2012) contemplaba dos

grandes estrategias de intervención sobre el complejo científico-tecnológico nacional (Alonso y Nápoli, 2021). Una, de desarrollo institucional, que se dirige a fortalecer el sistema científico-tecnológico sobre el que se acoplará efectivamente la generación de conocimiento a la solución de necesidades productivas y sociales. La otra, de focalización, dedicada a orientar los esfuerzos y capacidades del sector científico y tecnológico nacional al desarrollo de sectores productivos y sociales a partir de la generación de conocimiento, desarrollo tecnológico e innovación (MINCTIP, 2012).

La estrategia de focalización delimitada buscó promover y desarrollar la articulación de tecnologías de propósito general (TPG) con sectores productivos de bienes y servicios, que se definen como núcleos socio-productivos estratégicos (NSPE). Este procedimiento se orientó a aprovechar las potencialidades que ofrecen las TPG para generar saltos cualitativos, integrando tres aspectos: competitividad productiva, mejoramiento de la calidad de vida de la población y posicionamiento de tecnologías emergentes, y desarrollos tecnológicos esperables a mediano y largo plazo (Casas et.al, 2014).

La estrategia de focalización delimitada buscó promover y desarrollar la articulación de tecnologías de propósito general (TPG) con sectores productivos de bienes y servicios, que se definen como núcleos socio-productivos estratégicos (NSPE).

La priorización plantea concentrar y orientar recursos humanos, científicos, tecnológicos, institucionales y financieros en segmentos y nichos, con elevado potencial de crecimiento a corto, mediano y largo plazo (MINCTIP, 2012). Las prioridades estratégicas hacen referencia a campos tecnológicos o a sectores económicos e industriales, o a una combinación de estos, y han sido y siguen siendo, un común denominador en la definición de estas políticas que privilegian ciertas estrategias nacionales relevantes para el desarrollo económico y la competitividad (Alonso y Nápoli, 2021). En materia de salud, el caso más emblemático es el de la política pública de producción de medicamentos y vacunas, donde el Estado interviene no solamente poniendo en evidencia los déficits del modelo de acumulación sino también acompañando oportunidades de desarrollo tecnológico de base local. La participación del Estado como un agente clave en el proceso de coordinación y apoyo para el desarrollo de tecnologías -en tanto promotor o demandante- ha vuelto a reafirmar y poner en el centro de la escena la necesidad de un Estado presente y activo.

Ya luego de varios años y diversos ejercicios, materializados en programas y proyectos en los diversos niveles del complejo científico tecnológico nacional, existe cierto consenso en que tanto el establecimiento de temas/problemas estratégicos o prioritarios, como la inclusión de agentes extra-académicos como parte sustantiva del proceso de producción de conocimiento, permite el desarrollo de diálogos trans-epistémicos entre científicos y usuarios que pueden redundar en un mayor potencial de apropiación social del conocimiento producido.

Los modos de producción de conocimiento se dan siempre en un marco institucional que habilita y constriñe cursos de acción posibles por parte de los académicos. Desde los ámbitos de gestión de la ciencia y la tecnología (CyT) en Argentina se han puesto en funcionamiento instrumentos de política científica que intentan promover, formalizar e institucionalizar la producción de conocimiento orientado hacia usuarios concretos de su producción.

Resta sistematizar y discutir evaluaciones finales de las diversas iniciativas puestas en práctica, no solamente para identificar casos exitosos, sino también para que sirvan como insumo para el estudio del desarrollo de capacidades de los diversos sectores y agentes y, en última instancia, para que permitan retroalimentar las iniciativas y políticas públicas.

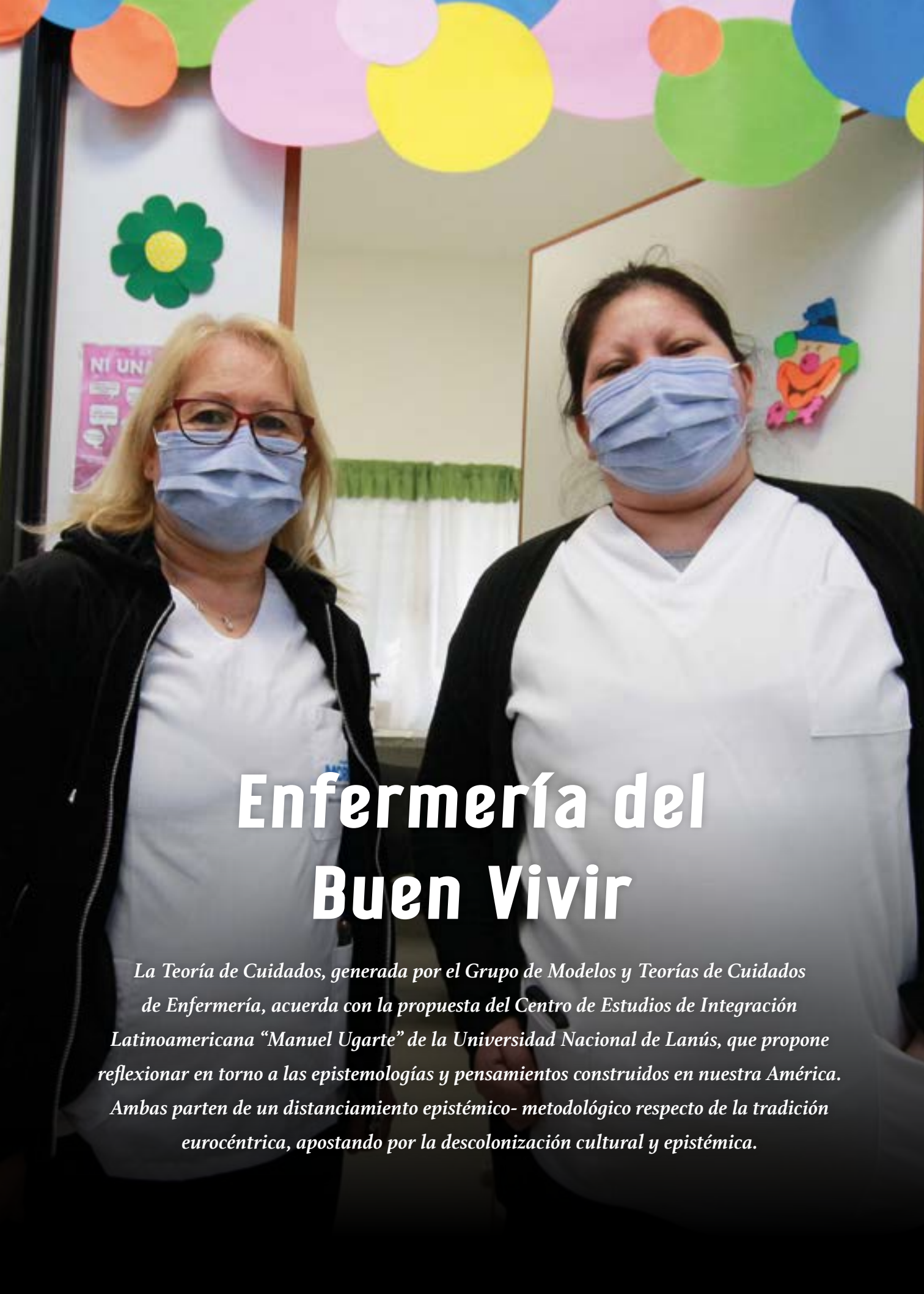
Por cierto, sobre esta cuestión aparece un área de vacancia al mirar el potencial de contribución de las ciencias sociales. Más allá de encerronas epistemológicas de jerarquización de los campos de conocimiento, las ciencias sociales son capaces de producir conocimiento valioso que redunde en políticas públicas más efectivas. La pandemia COVID-19 puso de manifiesto nuevamente la necesidad de revisitar y problematizar no solamente la capacidad de las "ciencias duras" de ofrecer soluciones tecnológicas sino también las limitaciones en la aplicación y puesta en práctica de esas soluciones cuando desconocen elementos contextuales significativos de cada sociedad o grupo social. Ejemplos como la acción de los movimientos anti-vacunas o anti-ciencia, el alcance e impacto de la desinformación (missinformation), son muestras de la necesidad de tratar los desafíos de

nuestra sociedad reconociendo los distintos aspectos y matices del conocimiento -de modo inter-multi-trans-discipllinario.

Todo lo anterior de ningún modo sugiere que exista una subordinación explícita de los investigadores a los ámbitos estatales, sino más bien un encuentro virtuoso que permita acercar posiciones y acorte distancias que hagan más fáciles las dinámicas de apropiación de conocimiento sin perder sus características contestatarias y propositivas, por cierto, haciendo evidente aquella apelación de Weiss (1999), en la que el lugar de "la ciencia" es "ayudar al Estado a pensar".

Bibliografía

- Alonso, M., & Nápoli, M. (2021). Gobernanza de la investigación científico-tecnológica: orientación de las agendas y evaluación académica en el marco de los Proyectos de Desarrollo Tecnológico y social (PDTS) Revista de Educación, (23), 77-104.
- Casas, R., Corona, J. M., & Rivera, R. (2014). Políticas de Ciencia, Tecnología e Innovación en América Latina: entre la competitividad y la inclusión social. Perspectivas Latinoamericanas en el Estudio Social de la Ciencia, la Tecnología y el Conocimiento. México: Siglo XXI, 1-22.
- Kreimer, P. (2011). La evaluación de la actividad científica: desde la indagación sociológica a la burocratización. Dilemas actuales. Propuesta educativa, (36), 59-77.
- Menéndez, L. S. (2014). La evaluación de la ciencia y la investigación. RES. Revista Española de Sociología, (21), 137-148.
- MINCYT. Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Argentina Innovadora 2020. 2012 (Ministerio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, Buenos Aires Edición Propia)
- Naidorf, J. (2009). La Universidad para el público o la Universidad como espacio público. Esa es la cuestión.
- Weiss, C. H. (1999). The interface between evaluation and public policy. Evaluation, 5(4), 468-486.



Enfermería del Buen Vivir

La Teoría de Cuidados, generada por el Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería, acuerda con la propuesta del Centro de Estudios de Integración Latinoamericana "Manuel Ugarte" de la Universidad Nacional de Lanús, que propone reflexionar en torno a las epistemologías y pensamientos construidos en nuestra América. Ambas parten de un distanciamiento epistémico- metodológico respecto de la tradición eurocéntrica, apostando por la descolonización cultural y epistémica.

Para este desarrollo nos apoyamos en contenidos que se encuentran en nuestro libro, recientemente editado, Cuidados del Buen Vivir y Bienestar, desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos[1]. Este libro surge en el marco del desarrollo de investigaciones orientadas a crear, revisar, contrastar y/o discutir modelos teóricos de enfermería. El objetivo es contribuir, de manera crítica, a la comprensión y constitución de bases teórico/filosóficas de la enfermería para que pueda responder a nuestra realidad y tiempo, para que pueda construir las bases de un relato identitario propio y que no siga dependiendo de construcciones ajenas. En la primera etapa del proceso se definieron los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: ambiente, persona, salud y cuidado de enfermería y luego, a partir de autores/as latinoamericanos/as, se denominó el marco teórico: "Teoría de cuidados de enfermería del Buen Vivir y el Bienestar"

Los y las autores/as del libro que editamos, aportan miradas desde diversas disciplinas, incluida la enfermería. Alvarez especifica que la diversidad de realidades vividas permite reflexionar desde una visión integral, no sólo desde los hechos individuales aislados, sino que también desde la concepción relacional de los hechos con el entorno. Así, Millenaar expresa que la propuesta del Buen Vivir es holística ya que tiene en cuenta la vida del planeta como un todo, la salud de las relaciones, la soberanía alimentaria, la paz y armonía con la naturaleza. A su vez, en nuestras definiciones de Conceptos del Metaparadigma de Enfermería, abordamos el concepto de soberanía como el cuidado que se promueve en los sujetos, en tanto personas, familias y/o comunidades, y el incremento de las capacidades y habilidades que les permitan ejercer su libertad, reforzar la construcción de sus vínculos y autocentramiento.

Esta perspectiva política del cuidado es subrayada por Zunino y Luzuriaga quienes afirman que, tanto en el campo clínico como en el comunitario, el intercambio entre las/los trabajadoras/es de la salud y los sujetos de cuidado, posibilitan la construcción de prácticas dirigidas a hacer efectivos ciertos derechos. En este sentido, el cuidado en el campo de la salud tiene la capacidad de contribuir a la construcción de sujetos capaces de ser parte de procesos colectivos y transformadores de su realidad, es decir, de aportar a la construcción de su politicidad. En esa misma dirección, Arias López (2019) encuentra acercamientos a modelos teóricos, basados en las propuestas soportadas en los legados de la salud colectiva/medicina social latinoamericana que permiten avizorar planteos situados en el contexto latinoamericano y sus problemáticas, pero además, en las respuestas sociales

■ Por Silvia N. Carcamo

Directora del Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería de la Universidad Nacional de Lanús.

particulares, donde las enfermeras han mostrado su potencial para generar conocimientos historizados, bajo miradas sociopolíticas críticas que abogan por la transformación hacia formas de vida más solidarias, respetuosas e incluyentes.

La perspectiva política del cuidado es la que nos permite pensarlo como cuidado de "soberanías" y nos acerca al concepto de cuidado del buen vivir y bienestar como forma de resistencia

Entonces, la perspectiva política del cuidado es la que nos permite pensarlo como cuidado de "soberanías" (por ser diversas) y nos acerca al concepto de cuidado del buen vivir y bienestar como forma de resistencia. Ojeda y Moyano ratifican esa mirada expresando que, los entornos históricos y políticos, configuran una particular tensión con las categorías del buen vivir, entendidas éstas como resistencias. Con otras palabras, reitera Orero, que el buen vivir surge de un pensamiento pegado al suelo y en comunidad. En la misma línea, al concepto de bienestar lo pensamos como un concepto político, en tanto implica la búsqueda de transformación de las necesidades en derechos.

La noción de bienestar y cuidado deja definitivamente de ser limitable a una noción unidireccional de servicio, incluso de sacrificio individual, para elevarse a la noción de construcción de lazos de salud, como sinónimo de construcción de lazos de comunidad. Se subraya la concepción del cuidado como cuidado de las "soberanías", con vinculación con la interculturalidad y el poder (Franco y Cárcamo), tomando en cuenta la concepción de los determinantes planteada por Breilh, retrayéndolos a nivel de condicionantes, en la medida que se genere un pensamiento sobre cuidados coherente con la acción emancipadora de integración de fuerzas y culturas contra hegemónicas y de construcción de poder simbólico alternativo.

El cuidado, entendido como respeto a las "soberanías", también nos acerca a lo que Fortunato, Antonioli, Fontenla, Benítez y Fiumara nos proponen: la experiencia de cuidado es personal y está determinada por la historia de cada persona. Parte del enfoque de cuidado transcultural, integral, enmarcado en el respeto y la dignidad de cada persona explica que en algunas comunidades esto implica una construcción social, no personal. Cuidar es más que la aplicación de técnicas y procedimientos, es fundamentalmente una acción comunicativa y personal, basada en el respeto y reconocimiento del otro. La mayor contrastación con la cosmovisión del mundo capitalista y occidental, en términos del concepto de salud mental, y por ende de cuidado, se pone de manifiesto en la/s forma/s en que el cuidado era y es prodigado por los/as indígenas. Así es como Fiumara y Loray defienden, de la mano de Boff, dos ideas principales: el respeto y cuidado. Respeto por todo lo que vive y existe y cuidado como el principio rector, que es previo a todas las conductas, entendiendo que todo lo que hagamos con cuidado está bien hecho; mientras que el descuido, es destrucción. El cuidado practicado con entendimiento es una forma de amor, porque solo amamos lo que conocemos. La conciencia de que es imposible continuar haciendo exactamente lo que se venía haciendo es inexorable, y el clamor por ideas que problematicen nuevas identidades se hace programa.

Pero... ¿qué es lo que estamos haciendo en las prácticas sociales de enfermería y por qué lo hacemos? Esas preguntas nos hicimos en uno de los estudios y así nos ubicamos en la línea de entender los modelos de atención y cuidado, es decir, las formas en que, en los sistemas sociosanitarios, los saberes disciplinarios se transforman en prácticas y en función de las mismas, establecen vínculos con las personas, familias y comunidades cuidadas.

El estudio se realizó en la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires, durante los años 2018-2019. Se lograron identificar 75 indicadores de cuidados de la práctica social de enfermería y a partir de ellos se infirió la concepción teórica que da sustento a esas prácticas y el contexto en el que tienen lugar. En los datos de contexto se observó cercanía con modelos y teorías tradicionales y anglosajonas que promueven prácticas con mirada individualista, patologisista, hospitalocéntrica, biolo
gicista y mercantilista.

Sin embargo, se encuentran indicadores de una práctica cercana a una perspectiva nacional y latinoamericana, en mayor medida en el primer como en el tercer nivel de atención, y en menor medida en el segundo nivel y este es el enfoque que proponemos desde los cuidados del buen vivir y el bienestar. Lo que encontramos son cuidados vinculados a una ética de compromiso social con la salud de todos los sujetos, en tanto individuos, familias y/o comunidades.

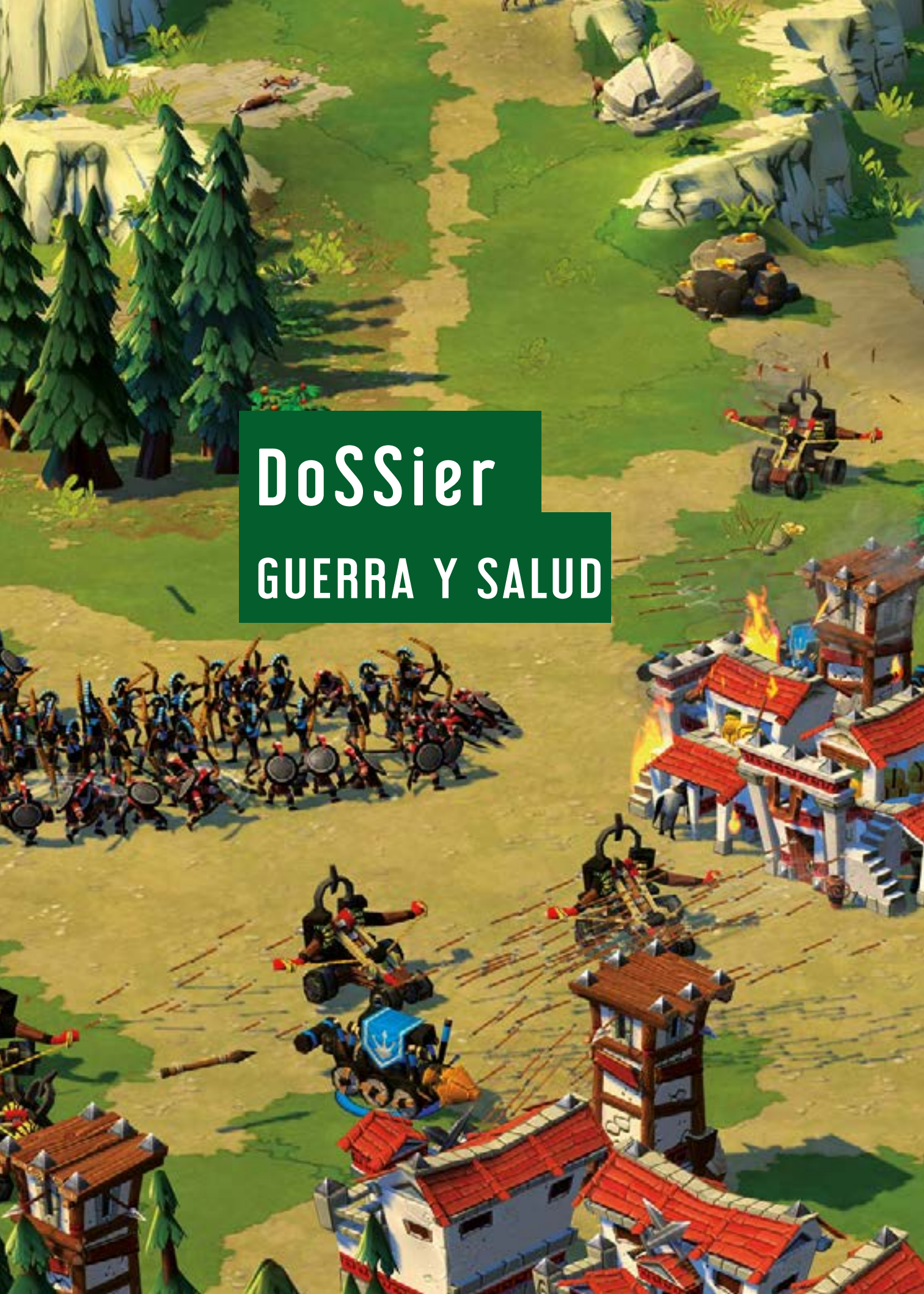
El cuidado de enfermería como la acción humana de profesionales de enfermería que promuevan la vida de las personas, desde la comprensión de esa vida como el resultado de un proceso histórico y social, como una totalidad en la que se incluye el conflicto y entendiendo que el proceso de vivir deviene en destructividad o en protección. El cuidado diverso, múltiple, como expresión de las subjetividades en acción.

El cuidado de enfermería como la acción humana de profesionales de enfermería que promuevan la vida de las personas, desde la comprensión de esa vida como el resultado de un proceso histórico y social,

El cuidado dirigido al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, considerando los determinantes-condicionantes ambientales, sociales y económicos de la salud, respetando los derechos y necesidades biológicas, sociales, políticas, psicológicas, espirituales, culturales, económicas y éticas. El cuidado que promueve en los sujetos, en tanto personas, familias y/o comunidades, el incremento de las capacidades y habilidades que permitan ejercer su libertad, que refuerce la construcción de vínculos, y el autocentramiento, lo que se traduce en el concepto de soberanía. El cuidado que procura el desarrollo humano enfocado en las necesidades y en el incremento de los derechos, capacidades y realizaciones propias. El cuidado que admite la posibilidad de la creatividad y la solidaridad. El cuidado que va dirigido al buen vivir y bienestar de los sujetos, considerando la interacción con condiciones ambientales, sociales, psicológicas, espirituales y económicas de la salud. El cuidado que se brinda en todos los niveles de atención y en todos los ciclos de la vida, con competencia humanística, política y técnica, de manera integral, en instituciones hospitalarias y comunitarias mediante una actitud ética y legal, garantizando intervenciones libres de riesgos. En síntesis, una máxima defensa de la vida, en tanto buen vivir y bienestar.

Notas al pie

1 Cárcamo, Silvia Noemí (2021) . Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial FEDUN. Archivo Digital disponible en https://cuidadoybuenvivir.wixsite.com/misitio.



DoSSier

GUERRA Y SALUD

Foto: Télam

REFLEXIONES SOBRE LAS GUERRAS, LA GEOPOLÍTICA Y LA SALUD

■ Por Daniel Gollan

En este artículo Gollan explora las consecuencias de todo tipo que deja una guerra, desde traumas psicológicos, físicos, crisis económicas, conflictos geopolíticos entre países, por mencionar algunos. Hoy en día resulta complejo entender cómo las potencias mundiales continúan invirtiendo en la producción de elementos para matar y destruir, en lugar de utilizarlos para mejorar la vida de los seres humanos y cuidar nuestro planeta.

¿Guerras buenas y guerras malas?

Ninguna guerra puede ser buena. No obstante, la historia de la humanidad está plagada de ejemplos en los que las guerras están justificadas, valorizadas, ensalzadas, glorificadas y hasta santificadas. Entrados ya los tiempos modernos, tras las Segunda Guerra Mundial y a partir del grado de desarrollo alcanzado por las sociedades modernas, todo conflicto entre países debería haber sido resuelto de una manera pacífica. Esta debería ser una posición irrefutable desde el punto de vista moral y ético, pero no es así porque, paradójicamente, son los países más desarrollados económica y socialmente, los más poderosos, los que han alentado, financiado y ejecutado los

conflictos bélicos de mayor trascendencia y envergadura a lo largo y ancho del planeta, dejando cada vez más a la vista la poca utilidad real de los organismos internacionales creados por ellos mismos con el supuesto objetivo de evitarlos. Debería ser muy difícil –si no imposible- justificar que hay guerras necesarias, por ejemplo, las que algunos países llevan a cabo y otros no. ¿Cómo es que pueden vastos sectores de la sociedad global aceptar convincentemente tamaña contradicción? Seguramente porque existe otra guerra, una que se libra todos los días y no con armas de fuego, misiles o bombas sino a través de los medios masivos de comunicación: son batallas por las ideas, destinadas a modelar el sentido común de los pueblos de acuerdo a determinados intereses.

Las guerras producen sufrimiento, dolor, muertes, frustraciones, SIEMPRE. Estudios recientes de la O.M.S estiman que el riesgo de padecer una enfermedad mental en tiempos de guerra se multiplica por cinco en las zonas de conflicto. La actual confrontación en Ucrania está, además, generando cuadros de ansiedad, depresión, pánico, por mencionar algunos, a escala planetaria. La primera y la segunda guerra mundial sumaron entre 150 y 195 millones de muertes, la de Vietnam 760.000 y la de Irak casi un millón, por solo citar algunos ejemplos;y a cada conflicto bélico, hay que sumarle la enorme cantidad de vidas perdidas por las consecuencias de la destrucción que dejan. Pero las guerras continúan porque los países más poderosos se sienten con derecho de imponer sus intereses a otros por esta vía. Quienes tienen más capacidad de construcción de sentido común en un mundo cada vez más interconectado logran justificar que algunas guerras luzcan como justas y otras no; somos testigos de cómo la vida y la muerte no tienen el mismo valor según en qué país sucedan al ver cómo sin pudor muchos comunicadores comparan las víctimas de la brutal invasión a Ucrania con la de otros países africanos, de Asia o de Medio Oriente.

Guerra, geopolítica y salud

EE.UU de Norte América, el gran iniciador de conflictos bélicos en todo el mundo, ha desarrollado una verdadera apología de la guerra, curiosamente sustentada más de una vez en la defensa de la paz. Hasta uno de sus presidentes recibió el premio Nóbel de la Paz siendo que casi toda su gestión transcurrió llevando la guerra a otros países. Su sistema de salud ha tenido que generar efectores específicos para asistir las secuelas de sus veteranos de guerra (que, vale aclarar, nunca provienen de familias acomodadas),a quienes se los honra formalmente, se los exalta en la literatura, en los medios y en las películas, pero la realidad de sus vidas de posguerra es muy diferente, plagadas de severos padecimientos, desequilibrios psicológicos, dificultades para recuperar una vida normal, en riesgo permanente de infringirse daños a sí mismos o a terceros.

EE.UU de Norte América, el gran iniciador de conflictos bélicos en todo el mundo, ha desarrollado una verdadera apología de la guerra, curiosamente sustentada más de una vez en la defensa de la paz.

Los conflictos bélicos se enmarcan en juegos geopolíticos, pueden racionalizarse y objetivarse y es necesario conocer estos contextos para poder entenderlos más adecuadamente. Sin embargo, el mundo no queda mejor después de ninguna guerra y no debería ser así en esta etapa de la humanidad. Resulta obsceno que se gasten miles de millones para sostener ejércitos y en la producción de elementos para matar y destruir, en lugar de utilizarlos para mejorar la vida de los seres humanos y cuidar nuestro planeta. Las muertes directas que producen las guerras son solo una terrible parte de sus nefastas consecuencias. Las pérdidas de trabajos, viviendas, estudio, atención sanitaria, el terror de vivir en un escenario bélico, las migraciones forzadas, la separación de familias y de afectos, las rupturas de vínculos con el terruño y con la historia de cada una o uno, los problemas psíquicos y físicos que dejan las guerras en la sociedad y en particular en quienes combatieron. Todo es pérdida en una guerra, salvo para los que lucran con ellas.

Impacto de las guerras en la salud poblacional

Las guerras también representan otros peligros para la salud: India y China son los grandes productores de los principios activos con que se hacen los medicamentos en todo el mundo. Un conflicto a mediana o gran escala

que los incluyera podría desabastecer de fármacos a gran parte de la humanidad. Cuando la Federación Rusa decidió hace 20 años avanzar sigilosamente en el autoabastecimiento de medicamentos seguramente tuvo en cuenta no solo el desarrollo de una industria vital para la salud sino, probablemente, un posible escenario bélico. Todo esto indica que los países sin soberanía en la producción de fármacos están en una situación de vulnerabilidad. La O.M.S. acaba de suspender la evaluación de la vacuna Sputnik V a pesar de los extraordinarios resultados durante la pandemia contra de COVID 19: la geopolítica juega todo el tiempo en el escenario mundial. La salud de las poblaciones también empeora en las guerras a partir de su impacto sobre bienes esenciales como alimentos y energía porque el aumento de precios jaquea aún más el acceso a bienes esenciales. Muchos intereses se entremezclan en las guerras dejando de lado el bien común de millones de habitantes.

Hace 40 años hubo una guerra en Argentina

En las últimas décadas nuestro país pasó por un momento pre bélico: el del conflicto con Chile por la disputa de límites fronterizos en el Canal de Beagle y finalmente la guerra de las Islas Malvinas. Ambos episodios ocurrieron durante la última dictadura militar, la más terrible que padeciera nuestro país, la que impuso el terrorismo de estado. No existe un registro consolidado sobre las consecuencias a nivel salud del conflicto entre Argentina y Chile por el Canal de Beagle en el año 1978, período en el que también en Chile atravesaba una cruenta dictadura militar. Finalmente el enfrentamiento fue evitado por la mediación del Gobierno Vaticano entre ambos países, pero hubo una importante movilización de tropas chilenas hacia zonas limítrofes del sur argentino que incluyó a soldados conscriptos. Testimonios argentinos concluyeron que hubo maltrato sobre los conscriptos por parte de sus superiores, incertidumbre por falta de información, aislamiento extremo, padecimiento de frío y mala alimentación, castigos, corporales y psíquicos en particular hacia quienes hubieran desempeñado determinadas actividades de tipo político, gremial o sindical. Todo esto ha quedado escondido en el relato histórico oficial.

En las últimas décadas nuestro país pasó por un momento pre bélico: el del conflicto con Chile por la disputa de límites fronterizos en el Canal de Beagle y finalmente la guerra de las Islas Malvinas.

No sucedió lo mismo con la Guerra de Malvinas del año 1982: la dictadura gobernante intentó tapar tanto las consecuencias desastrosas que conllevó su decisión de ir a un conflicto armado y también la pésima manera en la que fue manejado. A partir del regreso de la democracia en 1983 se pudieron ir reconstruyendo los relatos de miles de combatientes que, tras la desmovilización, habían sido vejados en su integridad humana y literalmente escondidos por el gobierno militar. No solo no se les reconoció su entrega y heroísmo, sino que se los abandonó sin ningún tipo de asistencia. Esta guerra dejó 649 fallecidos por acciones de combate, pero hasta hoy, suman cerca de 500 los veteranos que se han quitado la vida. Alrededor de 2400 han fallecido de otras causas, muchas veces atravesadas por los traumas post bélicos. Malvinas golpeó fuertemente a gran parte del pueblo argentino desde lo emocional, siendo que la guerra no se desarrolló en el continente con bombas y fuego de metralla.. Imaginemos por un momento qué hubiera significado esta posibilidad. Cuarenta años después, los veteranos de Malvinas han logrado unas medidas y normas para mitigar el dolor que la guerra les dejó a ellos, a sus familias y afectos. Pero nunca nada alcanzará ni será suficiente para devolverles lo que esa terrible experiencia les quitó. Eso hace la guerra.

Daniel Gollan es Diputado Nacional por la Provincia de Buenos Aires, ex Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

¿POR QUÉ NO SE ENSEÑA LA GUERRA COMO UN PROBLEMA DE SALUD?

Por Nicolás Kreplak y Leonel Tesler

Apertura

Cuando nos toca escribir sobre la guerra, si no estamos abocados a la investigación histórica, tendemos a emitir juicios o interpretaciones superestructurales. Enunciamos lo cruel o lo justa que puede ser; analizamos sus causas y consecuencias en términos geopolíticos, económicos o sanitarios. Hablamos de la guerra como algo externo. Nos cuesta concebirla como una coyuntura posible para nuestras prácticas en salud, pese a ser muy probable que en algún momento de nuestras vidas profesionales nos encontremos en un contexto bélico.

Así como está ausente del pensamiento de quienes trabajamos en salud, la guerra falta en los planes de estudio de las carreras universitarias que estudiamos ¿Cuál es la causa y cuál la consecuencia? ¿No pensamos en la guerra porque no nos la enseñan o no enseñamos la guerra porque no pensamos en ella? La pregunta parece difícil de responder pero tal vez podamos intentarlo si lo hacemos a partir de una hipótesis más o menos fundada. Así como el huevo es anterior a la gallina si resolvemos ese dilema desde la teoría de la evolución, diremos que la exclusión de la guerra de los planes de estudio es previa a su ausencia en el sentido común de la fuerza laboral en salud si entendemos que fueron formulados a partir de un perfil de graduado que prioriza el ejercicio liberal de las profesiones y tiende a eludir toda forma de control estatal. Sobre esta base intentaremos construir este breve trabajo.

Una obligación legal ausente de los planes de estudio

Las leyes nacionales de ejercicio de las profesiones de salud incluyen en su articulado la obligación de prestar la colaboración que les sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemia, desastres u otras emergencias[1]. Sin embargo, al revisar los planes de estudios de las diferentes carreras en diferentes universida-

des, lo mismo que al analizar los estándares de acreditación ante la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria de las carreras declaradas de interés público, este tipo de intervenciones está ausente salvo contadas excepciones. Hasta el momento nunca se llegó a implementar en el país una medida que lleve esta norma a su máximo alcance. Lo más parecido que sucedió fue durante la pandemia de COVID-19 pero afectó casi exclusivamente a quienes trabajaban en el subsector estatal.

¿Cómo harían las y los profesionales para cumplir esa obligación si nunca se les enseñó lo que deberían hacer en esas situaciones de excepción? ¿Por qué excluir esos contenidos de las cajas curriculares si, llegado el caso, todxs estaremos obligadxs a ponerlos en práctica? Es difícil pensar que es por las bajas probabilidades de que se produzca un desastre, especialmente si tenemos en cuenta que suelen estudiarse problemas de salud muy infrecuentes, mucho menos frecuentes que las guerras o las epidemias. Según nuestra hipótesis, la pretensión de formar profesionales liberales hace que queden excluidos temas y abordajes relacionados con la subordinación de las prácticas a las necesidades colectivas y a las prescripciones emanadas del Estado.

La medicina como profesión liberal

Durante el proceso de organización nacional que se inició después de la batalla de Caseros pero especialmente después de Pavón, cuando la provincia de Buenos Aires se incorporó a la República Argentina, tomaron forma jurídica, simbólica y académica las profesiones liberales. Son carreras universitarias de grado cuyo componente "liberal" está definido en este caso por el trabajo por fuera de la relación de dependencia con un empleador, sea estatal o privado, y por la autonomía para fijar los honorarios. La abogacía, la medicina y la arquitectura fueron los ejemplos clásicos. Un poco más tarde se incorporaron las carreras de contador público, veterinaria e ingeniería agrónoma, una relacionada con el desarrollo de la matriz fiscal del Estado y las otras con las necesidades propias del modelo agroexportador.

El surgimiento de la universidad como medio de ascenso social que caracterizó el cambio de siglo tenía a las profesiones liberales como centro y motor. Desde "M'hijo el dotor", obra teatral de 1903 en que Florencio Sánchez pinta con ironía las diferencias intergeneracionales entre una pareja de pequeños propietarios del campo y el hijo que mandaron a estudiar a la ciudad y "sa mudao hasta el nombre para que no le tomen olor a campero", hasta el Manifiesto Liminar de la Reforma Universitaria de 1918, los jóvenes que estudiaban para ser profesionales liberales eran protagonistas por masividad y por prestigio.

Durante el proceso de organización nacional que se inició después de la batalla de Caseros pero especialmente después de Pavón, cuando la provincia de Buenos Aires se incorporó a la República Argentina, tomaron forma jurídica, simbólica y académica las profesiones liberales.

La medicina era al mismo tiempo decana entre las profesiones liberales y las que se encontraban bajo el control estatal. De hecho, la corporación médica tomó forma alrededor de instituciones creadas por el Estado, como la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, que hasta 1877 fue el único centro formador de médicos del país. Allí convergía la figura del médico político, que en las sucesivas figuras de Rawson, Wilde o Ramos Mejía mostraban una élite participando activamente de la construcción y la gestión del Estado, con la necesidad corporativa de generar un mercado para el ejercicio rentable para el ejercicio autónomo de la profesión[2]. Esos mismos próceres vivientes de la medicina y la política consolidaron un discurso que emparentaba la salud con la solvencia económica y la enfermedad con la pobreza material y moral (que por lo general eran endilgadas a las mismas personas). Eso tuvo tres consecuencias que delimitaron la conformación de instituciones académicas y sanitarias: 1) los médicos vivirían del cuidado de la salud de las personas pudientes que pudieran pagarles; 2) la atención médica de las personas pobres dependería de la caridad ejercida y financiada por el estado y a la vez subsidiada por los médicos que vivían de otra cosa y donaban su tiempo y 3) el Estado

debía intervenir, merced a las disposiciones de la autoridad médica, para resolver especialmente los problemas morales que aquejaban a la población pobre y la hacían susceptible a la enfermedad física y a la desobediencia.

El imperativo de sostenerse a partir del ejercicio de liberal de la profesión condicionó que cualquier otra actividad que realizasen los médicos fuera a tiempo parcial y cerca de su lugar de residencia. Avanzado el siglo XX, cuando el trabajo en relación de dependencia fue volviéndose la modalidad predominante, la construcción mítica de la profesión liberal dificultó que médicas y médicos se reconociesen como trabajadores y que pudiesen organizarse como tales para luchar por sus derechos.

Los médicos ante la guerra

Un fenómeno curioso que se observó con el desarrollo de las profesiones liberales fue que quienes las ejercían pretendían mantenerse como parte de la élite intelectual que tomaba las decisiones políticas, es decir que el incipiente Estado Nacional estuviese bajo su dominio o tutela pero, al mismo tiempo, se negaban a ponerse al servicio del Estado cuando éste lo requería. Se hizo bastante evidente en el caso de los médicos que participaban del debate público en muchos temas, cumplían funciones como ministros y directores de diferentes reparticiones pero se escabulleron cuando se los convocó para formar parte de la campaña contra el Paraguay.

Ante la necesidad de formar por primera vez un ejército nacional, se hizo evidente que la cantidad de médicos militares era insuficiente. Como la convocatoria voluntaria fue muy pobre, se reclutó de manera compulsiva a estudiantes de medicina a partir de tercer año. Después de la guerra continuaron los esfuerzos por reforzar el cuerpo de sanidad militar a través de instituciones de formación específica. Así, la guerra se fue volviendo un tema de militares. Esa tendencia no fue cuestionada y estuvo reforzada por el hecho de que, pese a tener un siglo XX muy lejos de ser pacífico, la Argentina no volvió a participar de conflictos bélicos hasta 1982. Al momento de la guerra de Mavinas, una cantidad de profesionales se ofreció de manera voluntaria para colaborar en lo que pudieran pero siempre para acompañar a las tropas desde la asistencia sanitaria.

La existencia de médicos militares vino a subsanar el problema de la asistencia médica para los militares, asumiendo que el teatro de operaciones siempre se encontraría lejos de casa y que el potencial conflicto no afectaría a la población civil. Ya desde entonces, la formación general de los médicos excluía a la guerra. Faltaba, igual que ahora, concebir a la guerra como una situación potencial de desastre total en la que toda la población está afectada.

Perspectivas de futuro

Como en muchas otras dimensiones de la vida social, económica y sanitaria, el período de los dos primeros gobiernos de Juan Domingo Perón abrió nuevas formas de pensar el trabajo en salud en relación con el Estado y con la comunidad organizada. Tal vez la experiencia formativa más rica para rescatar de aquel entonces es la de la Escuela de Enfermería de la Fundación Eva Perón. En su plan de estudios, además de estudiar Anatomía y Fisiología e Higiene y Epidemiología, debían cursar Defensa Nacional y Calamidades Públicas. Preparar a las y los profesionales de la salud para intervenir en contextos de desastre y conmoción general es necesario para mejorar el pronóstico sanitario de la población en esas circunstancias y para combatir la actual mercantilización de la salud. Incorporar y reflexionar esta forma especial de prácticas ayuda a pensarnos como agentes del Estado que, trabajando donde trabajemos, tenemos una responsabilidad primaria sobre el cuidado de la salud de nuestro Pueblo.

Nicolás Kreplak es médico sanitarista y Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Leonel Tesler es médico especialista en psiquiatría infanto-juvenil. Presidente de Fundación Soberanía Sanitaria y Director del Departamento de Ciencias de la Salud y el Deporte de la Universidad Nacional de José C. Paz.

Notas al pie

1 Inciso 1° del artículo 19 (Medicina) y 2° del artículo 29 (Odontología) de la ley 17.132, inciso c del artículo 10 de la ley 24.004 (Enfermería), inciso 3 del artículo 8° de la ley 23.277 (Psicología), inciso d del artículo 10 de la ley 24.137 (Kinesiología), etc

2 González Leandri, R (2000). Miradas médicas sobre la cuestión social. Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX. Revista de Indias, 60 (219), 421-435.

CONFLICTOS BÉLICOS Y SALUD; SU IMPACTO EN LOS VALORES, EN LA ESTRUCTURA SOCIAL Y EN LOS DESARROLLOS TECNOLÓGICOS

Por Laura Sacchetti y Mario Rovere

Resulta siempre doloroso aceptar que las guerras han formado y forman parte ineludible de la historia de la humanidad. Cualquier intento de encontrar el lado "positivo" resulta peligroso y hasta perverso. Sin embargo, han producido discontinuidades y rupturas que frenan o aceleran muchos procesos históricos. Las guerras y los períodos entre guerras trastocan a la salud en al menos tres dimensiones: las estructuras sociales, el plexo de valores prevalentes y los sistemas tecnológicos predominantes, dimensiones que, lejos de ser independientes, se influyen unas a otras.

En la esfera de las **estructuras sociales** el derrumbe del sistema esclavista y la inclusión de las mujeres en el mundo del trabajo, la economía y las relaciones de poder, en el **desarrollo científico tecnológico** a través del ingreso a la corriente principal de las prácticas sanitarias de innovaciones que cambiaron significativamente el pronóstico de devastadoras enfermedades; y en el campo de los **valores** asociados a fuertes cambios en la relación entre la salud, los gobiernos y la sociedad

Las enfermedades cambiaron el rumbo de la historia, diezmando ejércitos poderosos e invencibles. En 1801 la fiebre amarilla desmanteló buena parte de los planes de Francia en América. En 1813 Argerich presenta el proyecto de Instituto Médico Militar, que funcionó hasta 1822 fecha en que pasó a la órbita de la recién creada Universidad de Buenos Aires.

En 1853 el ejército británico asentado en Escutari, fue el escenario del surgimiento de la enfermería moderna con el contundente resultado de reducir 20 veces la letalidad hospitalaria.

En 1859 en la localidad de Solferino, una batalla con cien mil combatientes de cada lado dejó un tendal de bajas. Al recorrer el campo Henri Dunant verifica que muchos heridos estaban aún con vida, organiza a la población civil, especialmente mujeres, para proporcionarles asistencia. De sus escritos y memorias nació pocos años después la Cruz Roja Internacional.

Las enfermedades cambiaron el rumbo de la historia, diezmando ejércitos poderosos e invencibles.

Aunque Washington y Napoleón fueron pioneros en incorporar la vacuna antivariólica a sus tropas, esta práctica se discontinuaba en tiempos de paz. En 1870-71 durante la guerra franco-prusiana la viruela puso fuera de combate a veinte mil soldados franceses mientras que sus adversarios alemanes vacunados se mostraban inmunes a la enfermedad. Mc Neill (1984)

Guerras del siglo XIX: Crimea, Secesión y "Triple Alianza".

Tres escenarios bélicos, cercanos en el tiempo: la guerra de Crimea (1853/1856), la guerra de secesión norteamericana (1861/1865) y la guerra de la Triple Alianza (1864/1870) resultaron verdaderos campos de experimentación en materia de transportes terrestres y navales, sistemas de abastecimiento, comunicaciones y sanidad.

Crimea
Un conflicto entre católicos y ortodoxos en Jerusalén, por entonces en poder del Imperio Otomano, motivó un reclamo de Rusia para crear un protectorado en aquella región. El sueño de Rusia de expandirse hacia el Sur, llegando al Mar Negro fue respondido por Turquía, aliada de Inglaterra y Francia, dispuestas a impedir la expansión del imperio de los zares. Por primera vez se utilizaron en este conflicto el barco de vapor, el ferrocarril, el telégrafo y la fotografía. Al prolongarse durante semanas el sitio de Sebastopol, en las trincheras estalló un brote de cólera.

Venciendo la resistencia de los médicos militares, el grupo de enfermeras liderado por Florence Nightingale entró en escena socorriendo a los heridos en el campo de batalla y en las, hasta entonces, insalubres barracas. Toda Inglaterra conoció las tareas de la dama de la lámpara por la reproducción telegráfica de los sucesos bélicos. Al concluir la guerra, Nightingale presentó un extenso informe que tituló Notas con relación a la Salud, Eficiencia y Administración Hospitalaria en el Ejército Británico, donde incluía tablas estadísticas, análisis, testimonios y observaciones personales. Muchas de sus recomendaciones fueron tomadas en cuenta para reestructurar al ejército: la creación de una escuela de medicina militar y del Departamento de Estadísticas. La tarea de enfermería en el campo de batalla se dio en un escenario en que Inglaterra perdía cuatro hombres en los hospitales militares por cada caído en el campo de batalla: según los informes de guerra, murió un número diez veces superior de soldados británicos por disentería que por todas las armas rusas juntas. Aparece allí la mujer ocupando un espacio en el territorio de la salud, dignificado y prestigiado como profesión, como hábito, como orden, como saber, como práctica.

Guerra de Secesión
En Estados Unidos varios factores llevaron a la guerra civil: los estados sureños contaban con una economía basada en mano de obra esclava en pleno auge de la demanda de algodón, para la industria textil europea, e intensificaron el perverso tráfico de personas desde África; mientras tanto la expansión hacia el Oeste resultó en la creación de nuevos estados que, según la Constitución, eran libres de optar por la esclavitud. En las elecciones presidenciales de 1860 resultó electo Abraham Lincoln quien llegó al poder con la promesa de liberar a los esclavos. Siete estados sureños se declararon Confederados, rompiendo con el poder central. El inicio de las hostilidades tomó al ejército de la Unión por sorpresa. Junto con la rápida movilización de tropas debió recurrir a un reclutamiento de médicos que carecían de experiencia en asistencia de heridos de guerra, lo que

fue salvado en parte por la colaboración de la “Comisión Sanitaria”, una entidad civil que se creó siguiendo la experiencia de la Comisión Sanitaria Británica.

El Ejército de la Unión organizó un complejo sistema de evacuación sanitaria, se diseñaron modelos hospitalarios de complejidad creciente y gran capacidad de desplazamiento prefiriendo su instalación cerca del ferrocarril o de cursos navegables.

Ambos ejércitos invirtieron considerables esfuerzos e importantes recursos en materia de sanidad militar. El Ejército de la Unión organizó un complejo sistema de evacuación sanitaria, se diseñaron modelos hospitalarios de complejidad creciente y gran capacidad de desplazamiento prefiriendo su instalación cerca del ferrocarril o de cursos navegables. Se montó una cadena de evacuación de heridos desde el campo de batalla hasta el hospital, por medio de las ambulancias de la Armada del rio Potomac. Se innovó en técnicas quirúrgicas y se

organizó un cuerpo de enfermeras y auxiliares médicos todo lo cual permitió que la mortalidad estuviera por debajo de lo esperado para la época.

La guerra fue el escenario en que aparecieron mujeres actuando como enfermeras, improvisadas la mayoría. Fueron más de 20.000 mujeres quienes, más allá de las facciones en pugna, asistieron a los heridos. Al igual que en Crimea, la historia, que gusta de construir arquetipos. resalta la figura de Clara Barton, el "ángel del campo de batalla", a quien vemos reuniendo suministros médicos y alimentos para los combatientes en Maryland y Virginia. El presidente Lincoln le encargó la identificación de los caídos del ejército de la Unión. Luego de identificarlos publicó los nombres en los diarios y estableció correspondencia con las familias de los soldados. Esa experiencia la convenció de crear la Cruz Roja Americana (1881).

Guerra de la Triple Alianza

La creciente injerencia de potencias extranjeras en la región, preocupadas por la industrialización independiente de Paraguay, y la necesidad de proveerse de materias primas que no llegaban a Europa por la guerra de secesión promovió la alianza de los gobiernos confabulados para acabar con esa experiencia. En el tratado que firmaron los aliados obligaban a Paraguay a pagar los costos de la guerra y a garantizar la libre navegación internacional de los ríos Paraná y Uruguay.

La banca de Londres financió la guerra que destruyó un país que contaba con acerías, astilleros, fábrica de cañones y ferrocarriles nacionales que lo colocaban a la vanguardia del desarrollo en América del Sur.

No había, al comenzar la guerra, ni instrumental, ni experiencia respecto al tratamiento de las heridas y técnicas quirúrgicas, que se reducían a extraer balas, amputar brazos y piernas y realizar rudimentarios procedimientos de sutura. Los médicos que asistieron al ejército paraguayo eran extranjeros reclutados por el gobierno, y a cargo de un inglés que había actuado en Crimea.

El gobierno de Mitre era resistido por los caudillos federales del interior y el intento de movilizar tropas contra el Paraguay incrementó su resistencia. También se opusieron "Los médicos patentados, los farmacéuticos y todo lo que se relaciona con el arte de curar", (Golfarini J. A.). Entre los profesionales argentinos que accedieron a ser movilizados en marzo de 1866 se encontraban Ángel Gallardo, Juan José y Manuel Augusto Montes de Oca y el farmacéutico Ignacio Pirovano. El Gobierno realmente necesitado de personal sanitario concedió que trabajaran bajo la dirección directa del ya prestigioso Francisco Javier Muñiz. El ejército debió recurrir a estudiantes de medicina para ser incorporados en calidad de practicantes. En realidad, la disposición era coercitiva ya que el gobierno dispuso que todos los alumnos de 3ro a 6to año de Medicina prestasen servicios, so pena de expulsión de los claustros universitarios.

A toda aquella precariedad, se sumaba el clima caluroso y húmedo como factor propicio al desarrollo de enfermedades, y sin un sistema de transporte mínimo, muchos cadáveres eran abandonados o arrojados al río. El cólera llegó en un vapor brasileño proveniente de Río de Janeiro que transportaba tropas, en mayo de 1867. Rápidamente se extendió a los ejércitos aliados. Cólera y fiebre amarilla fueron resabios de aquella guerra que asolaron el litoral de nuestro país durante los años siguientes. Los médicos que se habían movilizado volvieron con experiencia para hacerles frente. El caso más conocido es el del mismo Muñiz que, aunque ya retirado prestó sus servicios profesionales en la epidemia de 1871, resultó contagiado y falleció "en combate" contra la fiebre amarilla.

El ejército brasileño contó desde el inicio de la contienda con un mejor sistema sanitario dotado de hospitales y un cuerpo médico meritorio, aunque poco solidario; ya que se negaron a atender heridos que no fueran sus compatriotas. La enfermería brasileña también apeló a la construcción de un mito. Varias décadas después recuperará la figura de Anna Nery, que se había formado en enfermería con las hermanas de San Vicente de Paul. Cuando su hijo y su sobrino fueron movilizados para combatir en la Guerra del Paraguay se ofreció como voluntaria. Hasta su muerte, en 1880, se la consideró un ejemplo de patriotismo y valentía, pero ¿y las otras, las anónimas, las que seguían a los soldados, las que la historia considera anónimas? Mujeres humildes, muchas de ellas acompañaron a sus maridos e hijos ante la desprotección en que la guerra las dejaba.

Un episodio del conflicto describe crudamente lo salvaje y desigual de las fuerzas enfrentadas: "Si hemos vencido fue porque hasta a los niños paraguayos hemos matado", fue la explicación de Domingo Sarmiento finalizada la guerra. La terrible batalla de Campo Grande o Ñu Guazú, introdujo lo que se llama guerra total: no diferenciar entre combatientes y población civil. El ejército brasileño se enfrentó a niños de entre 6 y 15 años que cuidaban la retaguardia paraguaya. La masacre terminó con la orden dada por el general brasileño de quemar el campo de batalla con los cadáveres de aquellas víctimas.

El reconocimiento de las mujeres médicas

La difícil inclusión de mujeres en los escenarios bélicos continuó durante la primera guerra mundial. En Francia solo se contrataban médicas en forma excepcional, por lo que varias de ellas se vieron obligadas a esconder sus diplomas y alistarse como enfermeras. En 1946 en una reunión de la Asociación Internacional de Médicas con llamativa modestia las conferencistas hablaron de su propia actuación, y las de sus compañeras como si hubiese sido un trabajo normal. Se arriesgaron en los campos de batalla, estuvieron en las líneas del frente, reanimaron heridos en el auge de los combates, mantuvieron el único servicio de ayuda rápida bajo los bombardeos". Dall'Ava Santucci (2005)

Tecnologías en y de la salud

Si pensamos en la forma como las tecnologías, conocimientos, procedimientos, medidas preventivas y terapéuticas fueron surgiendo, es posible verificar que tanto los ejércitos y las guerras han promovido, experimentado y aprovechado innovaciones a escalas inimaginables. Así la vacuna para prevenir la viruela fue reconocida en 1778 y un siglo después se desarrollaron las vacunas contra el ántrax, la rabia, el tétanos y la difteria; ya en el si-

glo XX se incorporó la BCG, la vacuna contra el tifus y la fiebre amarilla. Bynum y cols (2005). La antisepsia tuvo un recorrido progresivo, en 1848 Semmelweis al observar la transmisión de la fiebre puerperal introdujo en Viena las primeras normas de antisepsia. Años después Lister introdujo el fenol como desinfectante quirúrgico.
La analgesia y la anestesia fueron surgiendo progresivamente: en 1805 la morfina se logró aislar en el láudano. Aunque a mitad del siglo se probó el dióxido de carbono como anestésico en animales y se aplicó éter como anestésico en Massachussets, la sanidad militar resistía su uso argumentando que estimularía la llegada de soldados simulando afecciones para desertar del campo de batalla. En epidemiología para 1854 John Snow había clausurado con resultados sorprendentes la bomba de agua identificada como la principal fuente difusora del cólera. Poco después Pasteur descubrió las bacterias anaerobias. Robert Koch identificó el bacilo del Antrax y entre 1880 y 1885 se descubrieron los agentes de la malaria, la tuberculosis y se desarrolló la detección de fiebre tifoidea.

La antisepsia tuvo un recorrido progresivo, en 1848 Semmelweis al observar la transmisión de la fiebre puerperal introdujo en Viena las primeras normas de antisepsia.

En referencia a los medicamentos tan temprano como 1776 Haencke llevó a Europa desde el Alto Perú la quinina una de las sustancias que más vidas ha salvado en la historia de la humanidad. Katisato y Von Boehring en 1895 introdujeron la seroterapia contra la difteria que se amplió para el tétanos, la peste bubónica y la viruela que le dieron fama de una suerte de remedio universal contra las enfermedades infecciosas. En 1895 se descubren los rayos X. Durante la primera guerra mundial, Marie Curie, con el apoyo de la Cruz Roja y la Unión de Mujeres de Francia, equiparon un automóvil con un aparato de rayos X portátil. Esta "ambulancia" fue bautizada con el nombre de "Petit Curie». En 1928 Fleming descubrió una contaminación en sus cultivos bacterianos: nacía así la penicilina, que se demoró muchos años para ser utilizada. La curiosidad es que la penicilina utilizada por los ejércitos aliados competía con el uso de sulfamidas por parte de la sanidad del ejército alemán.

Una referencia final al sistema de valores

Idealismo, realismo, colonialismo, imperialismo, liberalismo, neocolonialismo fueron las denominaciones de estas nuevas religiones laicas bajo las cuales se justificaron y se justifican las guerras contemporáneas, pero pasadas las euforias y los triunfalismos iniciales, cuando los cadáveres empiezan a llegar el horror de la guerra también contiene una dura didáctica que contribuye a reinstalar dimensiones que hacen reiniciar la esperanza en una humanidad diferente. También el abolicionismo, el feminismo, la ayuda humanitaria, la cooperación internacional, la democratización del acceso a la educación y a la salud de las minorías, la bioética, entre otros valores han sido influidas por las guerras o por las reacciones a su dramática existencia. Cuando la mediación o la neutralidad se hacen imposibles hasta la propia fatiga de la guerra deviene en uno de los motores de la paz. Es entonces cuando verificamos que la paz danza un dialéctico equilibrio con las guerras, o con su posibilidad y que la construcción y el mantenimiento de la paz deviene por ello en una tarea permanente e inacabable.

Los dramáticos cambios que resaltamos pudieron haberse generado por fuera de los conflictos bélicos, quizás a una velocidad diferente, por lo que no podemos, ni queremos renunciar a esa utopía de una humanidad que deje definitivamente atrás esta forma extrema de resolver sus conflictos. Los trabajadores, profesionales y militantes por el derecho a la salud, somos por ello mismo militantes de la vida y una vez más, verificamos en este recorrido la importancia de esa sutil pero trascendente diferencia entre intentar una historia de la salud o comprender a la salud inscripta en la historia.

Laura Sacchetti es docente e investigadora de la Universidad Nacional de las Artes. Miembro del Centro de investigación y producción Cultura, Arte y Género y de la Asociación Civil El Ágora.
Mario Rovere es médico pediatra y sanitarista. Dirige la Maestría en Salud Pública de la UNR.

Foto: Pictures from history

LAS NUEVAS GUERRAS, LA SALUD Y LA INFORMACIÓN

■ Por Jorge Rachid

Frenar las guerras como método de resolución de conflictos, establecer un nuevo orden mundial post pandémico, avanzar sobre una agenda que responda a las demandas de estos tiempos, es vital para evitar que en el año 2050 se cierre la oportunidad de cambiar el curso de una historia de visión atlántica.

La epidemiología crítica aborda las determinaciones sociales sobre los estados sanitarios de los pueblos y ubica a las guerras como una de las principales cuestiones a analizar. Esto se debe a que permite diferentes miradas que no se agotan en el estudio del hecho en sí mismo, sino que busca significados en los estados psicológicos de las poblaciones en las situaciones previas al conflicto, durante el mismo y en los síndromes post traumáticos devenidos de la guerra.

Hemos vivido una guerra pandémica, que nunca se quiso asumir como tal, gracias a una acción coordinada de la oposición política que combatió al despliegue de las necesarias medidas sanitarias en la comunidad con la acción psicológica de los medios hegemónicos sobre el conjunto de la población, quienes con deliberada intención buscaron disminuir la impronta pandémica, debilitando las políticas sanitarias ejecutadas por el gobierno nacional.

Los análisis nunca fueron más allá de la visión binaria de amigo-enemigo, tanto en los temas científicos como en aquellos vinculados a la descripción de las políticas aplicadas, lo cual además de la confusión generada por la aparición de la pandemia, el temor, el miedo y el pánico, fueron condimentos diarios volcados sobre la salud mental de los argentinos. La suma de factores gravitantes en la salud comunitaria en el aspecto mental, fue postergada en los análisis sanitarios, dada la urgencia del combate pandémico, pese a que involucraba a todos los trabajadores de la salud, desde la barricada de las terapias intensivas a los planificadores-asesores científicos y sociales de las decisiones políticas, como así también a todos los trabajadores esenciales, desde docentes a barrenderos, desde comerciantes a choferes.

Hemos vivido una guerra pandémica, que nunca se quiso asumir como tal, gracias a una acción coordinada de la oposición política que combatió al despliegue de las necesarias medidas sanitarias en la comunidad con la acción psicológica de los medios hegemónicos sobre el conjunto de la población.

La guerra es también una dinámica de acción psicológica de importancia que permeabiliza los comportamientos sociales complejos, antes, durante y después de los conflictos. Las poblaciones afectadas son bombardeadas con informaciones contradictorias, direccionadas a determinados objetivos, lo cual puede producir en las mismas efectos de parálisis, sumisión, escape, migración o lucha, aún a costa de la vida misma, frente a la agitación de una situación límite, representada en las comunicaciones de diferentes maneras, pero siempre superficial y binaria en su mirada.

Esa acción se llama en la actualidad guerra híbrida, descripta con precisión hace 70 años por nuestro sanitarista peronista el Dr. Ramón Carrillo, que no solo introdujo la Medicina Social en Latinoamérica sino que incursionó en los aspectos militares de la Guerra Psicológica, charlas y conferencias dictadas en la Escuela Superior de Guerra de aquel entonces.

Debemos hacer un esfuerzo de comprensión abarcando todos los aspectos en los que incursionó el maestro que fueron vitales para el desarrollo soberano de las políticas sanitarias y de defensa nacional en un mundo dominado por las potencias vencedoras de la segunda guerra mundial, que imponían modelos de sumisión a los países que como el nuestro, habían hecho del neutralismo su decisión soberana. Una situación que se puede estar repitiendo hoy con el conflicto en Ucrania, en donde los sectores de intereses en juego, ajenos al interés nacional, están confrontando como antes sus futuros espacios de poder internacional.Ahí se inscribe la preocupación por la llamada"guerra psicológica", hoy denominada "guerra de quinta generación", al incorporarse las nuevas tecnologías y los dispositivos a distancia que no existían entonces, como las redes globales y los drones, capaces de librar guerras "sin sangre a la vista". Hoy, como ayer, los medios de comunicación y las culturas dominantes que construyen el espacio simbólico, son herramientas eficaces de control social de los pueblos y contribuyen a la creación de falsos escenarios de confrontación, llamados ahora de la "post verdad", los cuales son en realidad una construcción de mentiras destinadas al fortalecimiento de posiciones de poder.

San Martín ya hablaba del poder que tenía la infiltración y confusión en la información al enemigo. Hoy en día se ha avanzado muchísimo en la comprensión del comportamiento humano y, tanto con herramientas formales como informales, los enemigos de la nación se sirven de la manipulación para colonizar el pensamiento y el accionar de los pueblos. Los medios de comunicación han dejado de comunicar y se han convertido en verdaderos factores de poder, que, a través de la desinformación y la construcción de realidades, logran defender sus intereses concentrados.

Podemos pensar que estamos, como dice el Papa Francisco, transcurriendo la tercera guerra mundial en cuotas, que solo es visualizada por quienes se sumergen en la información e ignorada por la mayoría de la población,

que recibe imágenes fragmentadas de una realidad, de acontecimientos simples y sin contexto. Las cientos de miles de víctimas, muertos y desplazados por apetitos de dominación global impactan solamente en los sufrientes pueblos agredidos y colonizados, como sucede en la actualidad en Ucrania.

La pandemia mundial ha visibilizado la crisis civilizatoria global en una dimensión alarmante para las futuras generaciones: el calentamiento global, consecuente a un capitalismo infinito en un planeta finito, las políticas extractivas de acumulación de riquezas que arrasan el ambiente; el daño a la naturaleza es tan grande que cambian los comportamientos de la fauna y de la flora, desaparecen miles de especies, mutan las moléculas virósicas que nos ha tocado combatir; a su vez la tala de bosques nativos produce la desertización de tierras fértiles acabando con los alimentos para millones de seres humanos y promueve el uso de agrotóxicos que también alteran la salud de las poblaciones. Estas problemáticas son las que constituyen el mundo como hoy lo conocemos.

La humanidad persiste en su intento de integración entre los seres humanos y la naturaleza y el equilibrio entre ambas ecuaciones de esa realidad es necesario para preservarla. Cualquier acción de los seres humanos altera el ambiente natural, desde un caserío en el medio de un monte hasta una ciudad inmensa emergiendo en el desierto, pero ninguna de esas acciones produce el efecto depredador que si hace el capitalismo salvaje, tal cual como lo denuncia Francisco.

No se trata de tener una posición extremista de frenar cualquier desarrollo humano, ni siquiera de converger a formas de vida contemplativa, sino que el diseño de las nuevas tecnologías tengan el financiamiento prioritario del cuidado ambiental, en especial en sus formas extractivistas que siempre pueden ser realizadas sin contaminar las aguas, ni producir la acumulación de carbono en la atmósfera, como ha sido hasta ahora. Entonces no es una cuestión dilemática entre la vida de los pueblos y el desarrollo económico social, sino más compleja en su visión y más sencilla en su resolución, ya que existen en la actualidad los recursos científicos necesarios para evitar la contaminación y frenar el calentamiento global. La mejor inversión entonces es la que protege a la humanidad, los pueblos y el ambiente.

La pandemia ha visibilizado la crisis civilizatoria global en una dimensión alarmante para las futuras generaciones: el calentamiento global, consecuente a un capitalismo infinito en un planeta finito, las políticas extractivas de acumulación de riquezas que arrasan el ambiente.

Frenar las guerras como método de resolución de conflictos, establecer un nuevo orden mundial post pandémico, avanzar sobre una agenda que comience a dar respuestas a las demandas de estos tiempos es vital para evitar que en el año 2050 se cierre la última ventana de oportunidades de cambiar el curso de una historia de visión atlántica. En esta prevaleció la matriz eurocéntrica que logró instalar una lógica de explotación y saqueo que se acaba de terminar en términos mundiales, pero persistirá en la región dado el carácter dominante hegemónico de quienes insisten en sostener “su patio trasero”, desconociendo todos los aspectos del derecho internacional y manteniendo políticas económicas ortodoxas, promoviendo políticas sociales mercantilistas e impidiendo la industrialización de los países, como lo hicieron con Paraguay en el siglo XlX en un baño de sangre que repitieron cada vez que fue necesario para la preservación de sus intereses estratégico como Imperio.

Por esa razón, la salud, a educación, la información, los servicios, los derechos laborales, sociales y previsionales y el manejo financiero y económico están ligados a la colonización de los pueblos, que desde hace cinco décadas impera en la región bajo su formato neoliberal y que la pandemia ha herido en su formulación teórica al demostrar que el Estado debe ser jerarquizado en las políticas públicas y que la solidaridad social compartida es la que permite enfrentar los episodios que pone en riesgo la Humanidad. Para ello, una política descolonizadora y de liberación, es necesaria en el camino de construcción de la Patria Matria Grande de nuestros Padres Fundadores.

Jorge Rachid es médico del trabajo, especialista en Seguridad Social. Profesor titular en Ciencias Sociales y profesor adjunto de Medicina del trabajo en la UNLZ.

Foto: paho.org

LOS CONFLICTOS BÉLICOS Y LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE SALUD

■ Por Marcela Belardo

En este artículo se repasan los orígenes y principales enfoques de algunas de las organizaciones de la salud más influyentes y su relación con los conflictos armados.

La batalla de Solferino, que duró un solo día y dejó un saldo de 40 mil personas entre muertos y heridos, fue lo que impulsó al filántropo suizo Henry Dunant a crear en 1864 una de las organizaciones humanitarias más antiguas que operaría directamente en los conflictos bélicos. El Comité Internacional de la Croix Rouge (CICR) es una asociación de carácter filantrópica e híbrida -con participación del sector privado y público- interesada en gestionar hospitales, transportar heridos y ayudar a los civiles en los conflictos armados, teniendo como principio fundacional la neutralidad. La CICR impulsó el Convenio de Ginebra, texto que dio origen al derecho internacional humanitario contemporáneo, y sentó las bases de las normas jurídicas internacionales sobre la guerra; fue aprobado y ratificado por numerosos gobiernos y modificado en 1949 y en 1977. Desde su fundación se organizaron en todo el mundo entidades que el CIRC incorporó como Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, siempre y cuando esos países hubieran firmado el convenio de Ginebra. Argentina fue uno de los

primeros países en firmar y, aún sin organizar una asociación nacional, la Cruz Roja participó en la atención de heridos en la guerra contra el Paraguay y en la lucha contra la fiebre amarilla. Al terminar la Primera Guerra Mundial, la Cruz Roja inicia una etapa diferente con el liderazgo de Estados Unidos que, bajo la doctrina del panamericanismo iniciada en 1902, crea un círculo propio para la región.

Ya para el período de entreguerras, organizaciones que actuaban en el campo de la salud internacional, tanto públicas como privadas, formaban un diverso y complejo panorama: la Cruz Roja, la Oficina Sanitaria Internacional (actualmente, la Organización Panamericana de la Salud), la Oficina Internacional de Higiene Pública, la Sección de Salud de la Liga de las Naciones y la Fundación filantrópica Rockefeller, entre las más influyentes. Estas organizaciones tenían diversos alcances geográficos, actividades que se solapaban unas con otras pero respetaban los distintos intereses y modos de intervenir de cada una; tal vez el rasgo común haya sido la disputa, a veces velada y otras veces más evidente, en el juego de la geopolítica mundial.

Al final de la Primera Guerra Mundial se creó la Sección de Salud de la Liga de las Naciones, que tenía como misión asegurar la salud y el bienestar de la población en el marco de los esfuerzos para prevenir futuras guerras. Desde su creación la organización fue muy controversial debido a algunas tensiones que convivían en su seno. La primera se evidenciaba en que sus actividades se superponían con la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP) creada en 1907, una organización que pretendía ser internacional pero cuyas actividades no iban mucho más allá de Europa. El director de la Sección de Salud de la Liga, el médico socialista Ludwik Rajchman, le imprimió una vocación mundial mucho más decidida que la OIHP, a pesar de ser una organización pequeña con no más de 30 funcionarios rentados y con un presupuesto muy limitado. Con una abrumadora mayoría de expertos en salud de origen europeo, seguido de colaboradores de EE. UU, aunque el país no era miembro de la Liga, elevaban informes de 86 países, territorios y colonias. La otra tensión tuvo que ver con la definición de 'salud' que su comité organizador había adoptado. Una definición que se alejaba de lo estrictamente biológico e incorporaba los aspectos sociales y económicos.

Muchas de sus actividades se enmarcaron en la medicina social, la higiene rural y la nutrición. Este perfil se vio acentuado a partir de otro suceso devastador: la Gran Depresión de la década de 1930 que supuso poco menos que el colapso de la economía capitalista mundial y en ese momento la salud más que nunca fue entendida de manera inseparable de los procesos económicos y sociales. Pero tal vez el conflicto más importante tenía que ver con entender a cuáles intereses representaba la Sección de Salud, si a aquellos de los países miembro o a los de las poblaciones, que implicaba necesariamente una demanda a esos mismos países. Claramente, la visión democrática y progresista del comité organizador se veía impugnada en la práctica por los países más importantes de la Liga que eran potencias coloniales, que además eran su columna vertebral financiera. Muchas de las políticas de la salud pública internacional en Asia y África no estaban exentas de esa impronta colonialista. En muchos sentidos, las intervenciones de esta organización durante el período de entreguerras representaron una permanente tensión entre la aplicación de soluciones técnicas con un enfoque limitado y la defensa de reformas sociales y económicas más amplias involucrando a las poblaciones en su implementación. Los esfuerzos para aplicar estos modelos en varios escenarios internacionales tuvieron algunos éxitos, aunque fueron difíciles de medir por el inicio de la Segunda Guerra Mundial.

Al final de la Primera Guerra Mundial se creó la Sección de Salud de la Liga de las Naciones, que tenía como misión asegurar la salud y el bienestar de la población en el marco de los esfuerzos para prevenir futuras guerras.

Cuando la Liga de las Naciones se disolvió en 1946 se creó un nuevo conjunto de organizaciones internacionales para responder a las crisis desatadas por la guerra como las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Administración de Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los fundadores de cada una de estas organizaciones estaban comprometidos con una visión del desarrollo de la posguerra que vinculaba las mejoras en la salud y nutrición a cambios sociales más amplios. Pero este compromiso duró poco con la llegada de la Guerra Fría.

A principios de la década de 1950, la OMS avanzaba rápidamente hacia un conjunto de estrategias que se centraban estrictamente en la aplicación de nuevas tecnologías biomédicas para eliminar enfermedades, estrategias reforzadas por los avances médicos durante la Segunda Guerra Mundial. En efecto volvió a una era de intervenciones asociadas con las campañas verticales de erradicación de enfermedades, que llevaba adelante la Fundación Rockefeller en varios países del mundo. En ese momento se prestó poca atención a las condiciones sociales y económicas subyacentes o a la necesidad de desarrollar servicios básicos de salud.

Este período estará marcado por la "asistencia técnica" impulsada fuertemente por el bloque occidental. La OMS y UNICEF dedicarían los próximos 25 año a grandes campañas verticales de control de enfermedades como la malaria y la viruela,que habían sido pensadas como armas con las que contrarrestar la influencia comunista en el mundo en desarrollo, creyendo que a través de tales programas la población en situación de pobreza saldría de ella y, por lo tanto, se volvería resistente a la "seducción" comunista. Los soviéticos, que se habían retirado de la OMS en 1949, presentaron una contrapropuesta en 1958 marcando su deseo de asumir un papel activo en la configuración de la agenda de la OMS: proponían una campaña mundial coordinada dejando a un lado las campañas por país que hacían lento el proceso de erradicación de las enfermedades. Su propuesta se basaba en la propia experiencia de erradicación de la viruela en la década de 1930. Sin embargo, no fue aceptada hasta 10 años más tarde cuando EE.UU tuvo que votar a favor. La objeción de EE.UU en ese momento de no votar por un mayor presupuesto para su erradicación reflejó su opinión de que la OMS debía dedicarse a brindar asistencia técnica en forma de asesoramiento de expertos, y que otras organizaciones debían apoyar materialmente las operaciones sobre el terreno. Concretamente EE.UU prefirió financiar programas bilaterales que pagarían dividendos políticos, en lugar de contribuir a las operaciones multilaterales.

A partir de la década de 1960, y durante tres décadas más, los programas de asistencia técnica se concentraron en el crecimiento poblacional y la planificación familiar. Pero a diferencia de los programas de erradicación de enfermedades, los esfuerzos por modificar los patrones de reproducción en los países periféricos no fueron coordinados por la OMS sino por otras agencias de la ONU. Gran parte de estas campañas se hicieron de manera descentralizada, financiadas por fondos privados a través de ONG o por acuerdos bilaterales entre países. Fue a través de esta temática que las ONG se involucraron activamente por primera vez en la salud internacional. Para la década de 1990, la planificación familiar había dado un giro al enfocarse en planes de protección de la salud de las mujeres y de la infancia, y no más en limitar la reproducción.

La Conferencia de Alma-Ata realizada en 1978,una propuesta de los soviéticos desde 1974, estableció un nuevo camino hacia la salud: desde enfoques integrados, un compromiso con la equidad y la participación comunitaria hasta el reconocimiento de la necesidad de abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud, alejándose del enfoque de la asistencia técnica. De alguna manera, representó un retorno a la visión y el espíritu que había caracterizado a la comisión organizadora de la Sección de Salud de la Liga de las Naciones. Varios procesos confluyeron para que se diera este giro en la salud pública internacional: el papel de Halfdan Mahler, quien se convirtió en director general de la OMS en 1973, ayudó a configurar la agenda de la OMS bajo esta perspectiva, sumados a los esfuerzos de la URSS y la creciente demanda de los países periféricos para tener mejores servicios básicos de salud. La convergencia de eventos, personalidades y movimientos revolucionarios y de protesta que se venían desarrollando desde la década de 1960 confluyeron en este hito de la salud pública internacional que significó Alma Ata. Pero también duró poco ya que la recesión mundial de la década de 1980, combinada con el surgimiento de políticas económicas neoliberales, y la subsiguiente aparición de nuevos y múltiples actores privados en el escenario internacional cambiaron el rumbo de la salud internacional. La década de 1990 y, fundamentalmente la década del 2000, estuvieron signadas por el papel emergente del sector privado y un mayor énfasis en el uso de biotecnologías para resolver los problemas de salud del mundo, cuyos protagonistas son el Banco Mundial, el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la Fundación Bill y Melinda Gates, además de la abrumadora presencia de las ONG, intentando reemplazar a los ministerios de salud nacionales. Si bien en el discurso de las organizaciones de la salud global (nótese que se cambió el vocablo internacional por el de global) continuó la necesidad de abordar los determinantes estructurales de la salud, en la práctica recibió poca atención y menos aún financiación. En este escenario la OMS empezó a tener cada vez menos protagonismo y al mismo tiempo inició un largo proceso de deslegitimación debido a escándalos de corrupción y negligencia ante brotes epidémicos.

Las intervenciones en los conflictos bélicos no son fáciles de sistematizar si uno tiene en cuenta que desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta el 2001 hubo 248 conflictos armados en 153 lugares alrededor del mundo, y que EE.UU fue el responsable de 201 operaciones militares en el extranjero. En las décadas de 1980

y 1990 el concepto de la salud fue un factor propiciador de la paz en situaciones de conflicto, originalmente acuñado por la OPS. La "salud como puente para la paz" se ha utilizado para promover la paz durante los altos al fuego humanitarios a través de campañas puntuales como las inmunizaciones (El Salvador, Uganda, Afganistán, República Democrática del Congo, Sudán, Somalia, etc.). También enmarca los esfuerzos de la OMS para integrar los sistemas de salud en el sur de África y la ex Yugoslavia en la década de 1990. De estas experiencias se desprende que, en 1998, la OMS adoptara formalmente este programa para intervenir con acciones específicas durante y post conflictos bélicos.

Las intervenciones en los conflictos bélicos no son fáciles de sistematizar si uno tiene en cuenta que, desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta el 2001, hubo 248 conflictos armados en 153 lugares alrededor del mundo.

El enfoque de "salud como un puente para la paz" está actualmente en revisión. En el 2019 la OMS lanzó un nuevo programa denominado "Iniciativa Mundial de Salud para la Paz" (IMSP), aunque la pandemia de COVID-19 retrasó, en gran medida, su implementación. Según Tedros Adhanom, el director general de la OMS, el nuevo programa pretende ir más allá que el enfoque anterior. "Lo que es nuevo e innovador sobre el nuevo enfoque -dice Tedros- es que los programas de salud pueden usarse no solo para trabajar en el conflicto (lograr beneficios de salud en situaciones de conflicto) sino también para trabajar sobre el conflicto (centrar la atención médica para abordar algunas de las causas subyacentes del conflicto)". La nueva iniciativa pretende implementarse a través del nexo "ayuda humanitaria-desarrollo-paz", que según el informe oficial significa "ampliar la cobertura universal de salud (desarrollo) en entornos frágiles y afectados por conflictos (humanitaria) de una manera que promueva y abogue por el acceso equitativo a los servicios de salud esenciales (cohesión social, y una respuesta sólida a las crisis recurrentes), y contribuya a abordar las causas profundas de la tensión y la marginación (consolidación de la paz)". La iniciativa tuvo una aceptación parcial durante una discusión del Consejo Ejecutivo durante enero del 2022.

No es lo mismo que un organismo internacional de salud actúe en los conflictos bélicos para minimizar los daños en salud de las poblaciones involucradas a que trabaje sobre las causas que subyacen a esos conflictos, y lo diga explícitamente. No obstante, y como vimos en este artículo, los conflictos bélicos y el control de epidemias han sido, a lo largo de la historia, las bases estructurantes y han logrado delinear las políticas internacionales de salud.

Marcela Belardo es Licenciada en Ciencia Política y Doctora en Ciencias Sociales (UBA) y magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA).

Bibliografía consultada

- Borowy Iris (2010) The League of Nations Health Organization: from European to global health concerns? In: Astri Andresen, William Hubbard and Teemu Ryymin (eds.): International and Local Approaches to Health and Health Care, Bergen: University of Bergen 2010, 11-30.
- Cueto Marcos, M. Brown Theodore y Fee Elizabeth (2019). The World Health Organization: a history. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Di Liscia MS, Álvarez AC. (2019). La Cruz Roja, el panamericanismo y la salud en el período de entreguerras. Salud Colectiva. Doi: 10.18294/sc.2019.2116.
- Organización Mundial de la Salud. Iniciativa Mundial de Salud para la Paz. Informe del director, 2 de diciembre de 2021.
- Packard Randall M. (2016) A history of global health: interventions into the lives of other Peoples. Johns Hopkins University Press.
- Wiist, W. H., Barker, K., Arya, N., Rohde, J., Donohoe, M., White, S., Lubens, P., Gorman, G., & Hagopian, A. (2014). The role of public health in the prevention of war: rationale and competencies. American journal of public health, 104(6), e34–e47. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.30177

Foto: Jonatan Konfino

LA SALUD DE LOS REFUGIADOS

■ Por Maryam Aso, Jonatan Konfino y Tala Al-Rousan

Los autores exploran las consecuencias a nivel salud que suelen experimentar los refugiados y visibilizan la vulnerabilidad a la que estas poblaciones están expuestas actualmente. La problemática, que tiene un alcance mundial, demanda una actualización de las políticas sanitarias.

Algunas cifras

El desplazamiento es un fenómeno complejo que manifiesta las precarias situaciones de seguridad y derechos humanos que sufren determinadas poblaciones en momentos de conflicto y el desplazamiento forzado, especialmente, alcanzó su punto máximo a mediados de 2021. ACNUR, la agencia de las Naciones Unidas que se dedica al tema, estima que el desplazamiento forzado global ha superado las 84 millones de personas a mediados de 2021, lo que representa un fuerte aumento respecto de las 82,4 millones informadas a fines de 2020[1].

Las estadísticas de desplazamiento del 2022 aún no se han divulgado por completo y se cree que están en su punto más alto; con la guerra entre Rusia y Ucrania están creciendo más: la ONU junto con varios medios de comunicación (ej., Al-Jazeera) han informado que hay otras 6,5 millones de personas desplazadas internamente en Ucrania y 3,2 millones en otros países[2]. Según el informe mundial de 2021, de los 84 millones de desplazados, 48 millones son internos, 26,6 son refugiados, 4,4 millones son solicitantes de asilo y 3,9 millones son venezolanos desplazados en el extranjero[3].
En los últimos años diferentes conflictos dinamizaron el aumento de personas desplazadas forzosamente.La

guerra en Siria (2011-presente) ha provocado el desplazamiento forzoso de 11,6 millones de personas; el conflicto israelí-palestino (1948-presente) ha resultado en millones de personas desplazadas; la Guerra de Corea (1950-1953) ha resultado en el desplazamiento de 1 a 5 millones de personas; la Guerra de Irak (2003-presente) ha provocado el desplazamiento de 4 millones de personas; la Guerra de Vietnam (terminada en 1975) resultó en el desplazamiento de 3 millones de personas; el conflicto de la antigua Yugoslavia (1991-1995) provocó el desplazamiento de 2,7 millones de personas; el conflicto afgano (desde 1979) desplazó a 2,6 millones de personas; l genocidio de Rwanda (1994) provocó el desplazamiento de 1,5 millones de personas; desde la caída del régimen de Siad Barre en 1991, 1,1 millones de somalíes han sido desplazados; la violencia en República Centroafricana (2013) desplazó a 850.000 mil personas; la violencia en Sudán del Sur (1955-72; 2013) desplazó a 660.000 personas; las guerras de la República Democrática del Congo (1996-1998) desplazaron a 516.800 personas; la violencia en Myanmar (2012) desplazó a 479.000 personas[4]. Una lista que no termina acá y que solo arroja luz sobre las principales catástrofes que alteraron las vidas en los países y dejaron a muchas personas de los conflictos locales sin reconocimiento ni asistencia.

Las estadísticas de desplazamiento del 2022 aún no se han divulgado por completo y se cree que están en su punto más alto; con la guerra entre Rusia y Ucrania están creciendo más.

Las marcas del desplazamiento en la salud

Para analizar el impacto del desplazamiento en la salud, es importante considerar los factores que ocurrieron antes, durante y después de la migración. Físicamente, la prevalencia de muchas enfermedades crónicas e infecciosas difiere ampliamente entre los diferentes países y debe tenerse en cuenta al planificar las intervenciones clínicas y de prevención para los refugiados. Por ejemplo, fumar sigue siendo muy frecuente en la mayor parte de Oriente Medio y África, pero no en los Estados Unidos o Canadá. Además, los refugiados realizan viajes extenuantes y peligrosos hasta llegar a un lugar seguro, lo que puede aumentar el riesgo de lesiones traumáticas, la falta de medicamentos, atención médica o el riesgo de trata de personas, por ejemplo.

Después de que los refugiados son reasentados, si bien pueden experimentar una mayor sensación de paz y seguridad comienzan a lidiar con otras situaciones: a menudo enfrentan discriminación, acceso interrumpido a la atención médica, barreras culturales y de idioma que interfieren con la atención médica y la salud en general. Son más susceptibles a diversas afecciones mentales como el trastorno de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad, que resultan de eventos traumáticos en cada fase de la migración (antes, durante o después). Estos desafíos de salud mental se derivan de experimentar maltrato en sus barrios de origen y en verse obligados a buscar refugio en otro lugar, ser retenidos en centros de detención y atravesar el proceso de integración en su nueva patria, por mencionar algunos ejemplos. Una revisión sistemática llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de datos de 2003 a 2020 para comprender mejor los efectos del desplazamiento: la recopilación de datos de 5.143 personas en 15 países diferentes indicó que la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) fue del 31,5 %, de depresión fue del 31,5%, de trastornos de ansiedad fue del 11% y de psicosis fue del 1,5%[5].

Aparte de la experiencia de primera mano de factores estresantes extremos que alteran negativamente la función cerebral, la población de refugiados también es muy propensa a experimentar traumas intergeneracionales, los cuales indican la forma en que el trauma experimentado en una generación afecta la salud y bienestar de los descendientes[6 7]. Esta clase de trauma afecta a muchas poblaciones; sin embargo, la mayoría son descendientes de sobrevivientes de abuso, conflicto armado y genocidio[8]. Según un estudio cualitativo realizado en la población iraquí y libanesa, los hijos de padres traumatizados mostraron niveles significativamente más altos de deficiencia de atención, síntomas depresivos, estrés postraumático, ansiedad y estrés psicosocial[9]. A diferencia de este grupo, los refugiados no muestran signos inmediatos de tal angustia mental sino que la expresión de estos síntomas puede llevar meses y años. Socialmente, los refugiados a menudo se enfrentan a la separación familiar, a la pérdida de redes sociales, redes de seguridad y están expuestos a situaciones de

Foto: Jonatan Konfino

racismo, lo cual contribuye al estrés crónico y a sus consecuencias como el desequilibrio de la presión arterial, entre otras cosas. El desplazamiento no solo tiene un impacto mental y psicológico también presenta un sinfín de desafíos y barreras que limitan el acceso a la atención médica, lo que resulta en mayores problemas de salud física. Según la Oficina de Reasentamiento de Refugiados, los refugiados enfrentan una amplia variedad de problemas de salud agudos o crónicos. Los ejemplos incluyen enfermedades infecciosas como la tuberculosis, los parásitos intestinales, enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión y problemas de salud mental como el trastorno de estrés postraumático o la depresión[10]. Muchos tienden a no recibir tratamiento debido a restricciones internas, incluidas las enfermedades mentales, el fatalismo, la desconfianza y la discriminación percibida o estructural, incluyendo asequibilidad, servicios limitados, interpretación inadecuada, desafíos de reasentamiento como vivienda, alimentación e inseguridad laboral, atención médica solo de urgencia y escasa competencia cultural.

El desplazamiento no solo tiene un impacto mental y psicológico también presenta un sinfín de desafíos y barreras que limitan el acceso a la atención médica, lo que resulta en mayores problemas de salud física.

Oportunidades de inserción y crecimiento

A pesar de la adversidad extremadamente experimentada, los refugiados tienden a tener un impacto positivo en el país que los recibe. Se ha demostrado que aportan productividad y estimulan la economía a gran escala. El fundador de Open Political Economy Network afirma que, cuando se les da la oportunidad, los refugiados pue-

den agregar un gran valor al sector económico como trabajadores, innovadores, empresarios, contribuyentes, consumidores e inversores; dichos factores son capaces de crear puestos de trabajo, aumentar la productividad y los salarios de trabajadores locales, elevando los rendimientos del capital, estimulando el comercio, la inversión internacional y el crecimiento[11].

Apoyando esta afirmación, un análisis que recupera 30 años de datos de Europa Occidental, realizado por Amy Maxmen, refuta las sugerencias de que los solicitantes de asilo representan un riesgo financiero que carga sobre el país que los recibe: hay estadísticas que prueban la influencia positiva de los refugiados ya que el producto interno bruto per cápita aumenta y el desempleo disminuye. Por lo tanto, los refugiados son capaces de implementar una gran cantidad de conocimientos y diversidad para generar crecimiento económico en su país de acogida después de huir a la fuerza de circunstancias incomprensibles. De esta manera vemos la necesidad de reconocer a los refugiados como una población vulnerable desde lo humanitario y sanitario como así también la importancia de abordar las problemáticas de salud con políticas específicamente orientadas desde la mayor integralidad posible.

Maryam Aso es B.S. in Criminal Justice, Research Assistant at San Diego State Research Foundation and The Herbert Wertheim School of Public Health, University of California, San Diego, and Legal Intern at the San Diego Public Defender.
Jonatan Konfino es Secretario de Salud de Quilmes. Profesor de Salud Pública de UNAJ y de GWU.
Tala Al-Rousan es Assistant Professor of Public Health at the Herbert Wertheim School of Public Health, University of California, San Diego, Atlantic Fellow for Equity in Brain Health, University of California, San Francisco.

Notas al pie

1 United Nations High Commissioner for Refugees. (n.d.). Mid-year trends. UNHCR. Retrieved March 18, 2022, from https://www.unhcr.org/en-us/mid-year-trends.html

2 Ibrahim, A., Gadzo, M., Rasheed, Z., & Harb, A. (2022, March 18). Un says 6.5 million are internally displaced in Ukraine due to War. Russia-Ukraine war News | Al Jazeera. Retrieved March 18, 2022, from

3 https://www.aljazeera.com/news/2022/3/17/un-says-more-than-700-civilians-killed-ukraine-liveblog

United Nations High Commissioner for Refugees. (n.d.). Refugee statistics. UNHCR. Retrieved March 15, 2022, from https://www.unhcr.org/refugee-statistics/

4 Dow Jones & Company. (n.d.). Migrant crisis: A history of displacement. The Wall Street Journal. Retrieved March 15, 2022, from http://graphics.wsj.com/migrant-crisis-a-history-of-displacement/

5 Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. PLoS medicine, 17(9), e1003337. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337

6 Dekel R, Goldblatt H. Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. Am J Orthopsychiatry. 2008;78(3):281. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]

7 Bezo B, Maggi S. Living in "survival mode:" Intergenerational transmission of trauma from the Holodomor genocide of 1932–1933 in Ukraine. Soc Sci Med. 2015;134:87–94. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]

8 Han M. Relationship among perceived parental trauma, parental attachment, and sense of coherence in Southeast Asian American college students. J Fam Soc Work. 2005;9(2):25–45. [Google Scholar] [Ref list]

9 Daud A, Skoglund E, Rydelius PA. Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. Int J Soc Welf. 2005;14(1):23–32. [Google Scholar]

10 Refugee health. The Administration for Children and Families. (n.d.). Retrieved March 23, 2022, from https://www.acf.hhs.gov/orr/programs/refugees/refugee-health

11 OECD yearbook - Organisation for Economic Co-operation and development. OECD Yearbook - Organisation for Economic Co-operation and Development. (n.d.). Retrieved March 23, 2022, from
https://www.oecd.org/forum/oecdyearbook/refugees-are-not-a-burden-but-an-opportunity.htm

ENTREVISTA A SILVIA BARRERA

LAS MUJERES DE MALVINAS

■ Por Diana Garcilazo y Manuela Ledesma Groba

El 7 de junio de 1982, Silvia Barrera se preparaba para dar clases de instrumentación quirúrgica en el Hospital Militar Central de la Ciudad de Buenos Aires. Mientras los médicos se encargaban de enseñar el contenido teórico, ella junto a otras compañeras, se ocupaban de lo práctico. Las alumnas iban a vivir la primera experiencia en el quirófano. Sin embargo, la llegada de un mensaje cambió el rumbo de aquel lunes por la mañana: se necesitaban instrumentadoras mujeres para asistir en la Guerra de Malvinas.

Diana Garcilazo y Manuela Ledesma Groba (E): Empezando por el principio: sos instrumentadora quirúrgica. ¿Por qué elegiste tu profesión?
Silvia Barrera (SB): Yo quería estudiar medicina y mi padrino, que en ese momento era el jefe de cirugía del Ramos Mejía, me propuso acompañarlo al quirófano para "ver otra profesión que podría interesarme" (sic). Un día voy al quirófano con él y me presenta a la instrumentadora. Ella era Susana Isuqui, instructora histórica del Ramos Mejía, un emblema, como Mónica Cook. La veo instrumentar y quedo fascinada. Después de esa experiencia, me cambié e hice la carrera de instrumentación quirúrgica.

E: ¿Cómo fueron hasta Malvinas?
SB: Salimos de Buenos Aires en un avión de Aerolíneas. Para muchas, era la primera vez viajando en avión. Las primeras mujeres que la gente veía vestidas de verde, éramos toda una sorpresa. Por estar vestidas de verde, el piloto nos invitó a la cabina. Llegamos a Río Gallegos. Por la guerra, todos los aviones llegaban hasta ahí. En Río Gallegos bajabas y seguías por tierra. El aeropuerto de Río Gallegos era una oficina de Aerolíneas, nada más. Fuimos, preguntamos ahí, pero nadie sabía nada. Esperamos. Vimos que empezó a llegar mucha gente. Era un aeropuerto que prácticamente operaba de día. Cuando comenzó a llegar más gente y no teníamos respuesta de nada, nos empezamos a preguntar donde nos habíamos metido. Pensamos que todo era un poco improvisado. Los hombres, los militares, ni nos contestaban. Solo nos decían "no sé" y se daban vuelta, para no meterse en líos. Hasta que dimos con un médico, un dermatólogo, que había estado en el hospital. Él nos reconoció y nos llevó al Hospital Militar de Río Gallegos. El director también había estado en el Hospital Militar Central. Nos vino a ver y como el hospital se cerraba a las dos de la tarde nos indicó que nos compraramos comida, porque no tenían la orden para darnos de comer.

Del comando logístico nos fuimos a Punta Quilla, a unos galpones de la aeronáutica. Ahí estuvimos unas horas, hasta que vino el helicóptero del Irizar, el buque hospital, a buscarnos. Subimos al helicóptero y el piloto me dice: "En breves llegamos y los vamos a sorprender". Al Irizar había llegado el mensaje de que iba personal de sanidad del ejército, no habían dicho que éramos mujeres. Cuando se abre la puerta del helicóptero, el jefe de la cubierta, que era un rambo, uno de esos que son buzo táctico, helicopterista, infante, marina, nos ve y empieza a los gritos y a las puteadas: "Miren con quién nos mandan a la guerra, con estas chiquitas, tan chicas". Pasado ese ataque de nervios, nos dejaron ahí sentadas en la cubierta. Hacía mucho frío. Vino el segundo comandante y nos dijo que subamos al casino. Nos presentaron a todos los médicos de la armada que iban a Puerto Argentino, como nosotras.

E: ¿Cómo fue ese primer momento en Puerto Argentino?
SB: Lo primero que nos dijeron fue que nos necesitaban para que organicemos los quirófanos, porque nosotras íbamos a bajar del buque en algún momento. Toda la primera noche fue de organización del material que habían llevado: dividirlo, armarles las cajas, inventariarlo. Me refiero a una caja de abdomen, una caja de traumatología, de acuerdo a la especialidad que teníamos, les fuimos dejando todas las cajas armadas. Nos llevó toda la noche. Desde las 5 de la tarde que habíamos llegado al buque, hasta el otro día. Toda esa noche estuvimos sin dormir dejando el

stock preparado. Yo no hacía oftalmología desde la escuela, menos mal que había ido María Angelica, que hacía oftalmología. Gracias a dios, había ido Cecilia que era la única que hacía traumatología. Todo ese instrumental es diferente. Cada una de nosotras fue dejando cajas para que pudieran organizarse. Cuando terminamos fuimos a cubierta a sacar fotos.

E: ¿Pudieron establecer algún tipo de contacto con sus familiares o se iban enterando por las noticias?
SB: No. Un buque no puede tener contacto con tierra a menos que tenga una emergencia. Con nosotras, por ser las únicas mujeres, el comandante hizo una excepción. A los dos o tres días de estar en el barco, nos dejó llamar a nuestras casas y decir "Hola, estoy bien" y colgar. Nuestra familia sabía que estábamos bien, pero no sabían donde estábamos. Esa fue la única comunicación que tuvimos.

E: Pudieron avisar que había llegado...
Nuestra familia no sabía dónde estuvimos hasta que volvimos.

E: ¿Cómo era un día en el barco?
SB: La primera noche cuando estábamos anclados en Puerto Argentino sufrimos nuestro primer bombardeo, fue nuestro bautismo de fuego. Sufrimos bombardeos desde el día que llegamos hasta el día 14, que fue el día que se firmó el cese de fuego. Todos los días eran así: a la noche bombardeaban los ingleses y por la mañana nosotros recibimos los heridos. Nuestra tarea principal era evacuar el hospital de Puerto Argentino para que ellos siguieran recibiendo heridos. Nos mandaban a los pacientes que ya estaban con el tratamiento hecho. Cuando llegamos fueron los peores combates en los alrededores de Puerto Argentino y eso hizo que el hospital se empezará a saturar y empezaron a traer heridos directamente al Irizar, directamente desde el campo de batalla. El recorrido era el siguiente: el herido caía en combate y se lo llevaba a un puesto de socorro, que era armado con lo que había en ese momento, piedras y chapas. Ahí mismo, el enfermero militar le hacía un torniquete, le ponía suero, como para mantenerlo estable y lo mandaba al hospital. Ahí lo recibían y se le hacía el tratamiento que necesitaba. Una vez hecho esto, por medio de los aviones Hércules se los llevaba al continente o al Bahía Paraíso (que era el otro buque hospital) o a nosotros.

Todos los días eran así: a la noche bombardeaban los ingleses y por la mañana nosotros recibimos los heridos. Nuestra tarea principal era evacuar el hospital de Puerto Argentino para que ellos siguieran recibiendo heridos.

E: ¿Ahí tuvieron el primer contacto con los ingleses?
SB: Exacto. Vino un helicóptero que venía a buscar sangre, plasma y suturas. Fuimos a buscarles esos insumos y se lo llevaron al barco hospital de ellos, porque se habían quedado sin sangre, se les había coagulado. Les dimos la sangre que llevábamos nosotros y les dimos las suturas. Ellos tenían muchos quemados y no tenían suturas finas para hacer los tratamientos y algún otro injerto que tenían que hacer. Empezamos a ver más barcos ingleses, barcos de guerra.

También tuvimos un control de Las Naciones Unidas y de la Cruz Roja. Cada buque hospital se declara por el Convenio de Internacional de la Convención de Ginebra. Debe declararse ante ellos y vienen a controlar que no lleves armamento, nada que contribuya al combate, solo las cosas de sanidad. Así como nos controlaron a nosotros, al lado nuestro paso un barco que no fue controlado, con el que los ingleses hicieron el desembarco. Esa foto también es histórica, es mía. Demuestra que ellos pasaron por al lado nuestro y a ellos no los controlaron. Los barcos hospital tienen que estar pintados de blanco con la cruz roja, bien visible, para que lo vean los aviones desde el cielo. Tiene que estar con las luces prendidas todo el tiempo y no puede contribuir al combate. El barco estaba pintado de blanco, sin la cruz roja. Nuestros aviones lo vieron pintado de blanco, y ante la duda, no le tiraron. Son esas trampas de los aliados ingleses que nos dejaron solos.

Seguimos viaje y llegamos, el día nueve, a Puerto Argentino. Ahí nosotras pensamos que bajábamos. Una vez allí, nos encontramos con que se habían olvidado de nosotras. "Se habían olvidado". No teníamos documentación, no teníamos grado militar, por ende, eramos personal civil. Al no tener grado militar no nos podían bajar del buque, decían ellos.

Por la convención de Ginebra, un civil sin grado es un espía. Ellos te podían tomar prisionero y no devolverte. Ante ese peligro, empezaron las dudas de si bajarnos o si no bajarnos, porque nos necesitaban en el hospital. Subió el director del hospital a pedirle al comandante que haga las tratativas. El problema era que no nos querían dar grado militar porque éramos las únicas mujeres que íbamos a tener grado militar en el ejército, esa es la verdad. Ellos no quisieron hacerlo. En tierra había personal civil que estaba en la misma condición que nosotras, pero como eran hombres a ellos los bajaron y a nosotras no.

E: ¿Después se firmó el cese de fuego?
SB: Si. El comandante avisó que se iba a firmar un cese de fuego, no sabíamos si era temporal o definitivo. Nosotras habíamos salido de Buenos Aires cuando salió la tapa de la revista Gente que decía: "Seguimos ganando". Fue todo un bajón para todos.

Esos hombres, que nos habían recibido pensando que no íbamos a cumplir con nuestro rol, se empezaron a derrumbar, a llorar. Nos tocó hacernos más fuertes y consolarlos, escucharlos. Yo tenía 23 años y María Angelica tenía 33. Ellos nos llevaban como 10 años.

La noche del 13, los ingleses tomaron al Irizar para camuflarse. Con unos gomones, unos buzos tácticos quisieron desembarcar en Puerto Argentino para tomar la ciudad. La gente del irizar les tiró y se armó un tiroteo, que escuchamos desde el quirófano. Ellos nos recomendaron no salir a cubierta por esa noche, sin decirnos nada. Nosotras nos enteramos mucho tiempo después lo que había pasado esa noche.

Los ingleses tomaban de prisionero a nuestros hombres y les hacían que se saquen la ropa, dejaran el armamento, el casco, todo. Los dejaban en calzoncillos a la intemperie con 5 grados bajo cero. Eso era muy doloroso de ver. Ahí vino el apuro en tratar de sacar a todo el personal civil que, al igual que nosotras, estaba sin grado militar. Empezó a fallar el tiempo, el barco se empezó a mover y no podían salir los helicópteros. Y había personal que había que sacarlo urgente para que no cayera prisionero: el personal de vialidad, el correo, los periodistas. Había que evacuarlos rápido. Los traían por medio de un barquito, que era un remolcador que estaba pintado de negro con una cruz roja. Eso lo hicimos hasta el día 17, ya terminada la guerra.

E: Las fotos que sacaste con tu Minolta Pocket recorrieron el mundo. ¿Qué pasó con ellas?
SB: Subieron los ingleses, hicieron un control del buque y ahí se llevaron mis rollos de fotos. Iban entrando a los camarotes y lo que veían se llevaban. Se llevaron la mitad de mis rollos de fotos. Como éramos las únicas mujeres no nos podían revisar y así pude salvar esas tres o cuatro fotos, las que ustedes ven. Antes de subir los ingleses, nos pusieron al lado del comandante, porque temían lo que pudieran hacer con nosotras. Nos dejaron en el puente de mando hasta que los ingleses bajaron y autorizaron el regreso.

Llegamos a Comodoro Rivadavia el 18 a la tarde. Ahí estuvimos hasta las 5 de la tarde. Nos subieron a un avión. Viajamos todos sentados en el piso, para que pudiera entrar más personal. Era tal el estado de ánimo que ni nos miraban, como si ya no sorprendiera nuestra presencia.

Se llevaron la mitad de mis rollos de fotos. Como éramos las únicas mujeres no nos podían revisar y así pude salvar esas tres o cuatro fotos.

Llegamos a El Palomar a las 11 de la noche y allí nos estaban esperando nuestras familias. Por lo menos, les habían avisado que nos vengan a buscar. A los soldados que llegaban los mandaban a Campo de Mayo. Nosotras éramos un problema, ¿a donde nos iban a llevar? Entonces avisaron a nuestras familias.

E: Con respecto al rol de ustedes como mujeres en Malvinas, es como si hubieran sido invisibles en algún punto, ¿no?
SB: Claro. Durante la guerra, parecíamos ser un problema más que personas que veníamos a aportar nuestro conocimiento para dar soluciones y colaborar. Al regreso, ellos venían tan golpeados que ni siquiera les importaba si éramos mujeres.

E: ¿Sentís que ustedes, como mujeres, tuvieron un reconocimiento especial por haber estado en Malvinas?
SB: Hay que diferenciar lo que es un reconocimiento de lo que es la divulgación.
A nosotras nos reconocen como veteranas de guerra en 1983. A lo largo de estos 40 años hemos tenido un montón de reconocimientos de la fuerza, en nuestro caso, del Ejército. Hubo otras fuerzas, como la Armada, que no otorgó el mismo reconocimiento a sus mujeres. Las reconocieron el primer año como veteranas de guerra, pero no tienen las medallas que tenemos nosotras. Cada fuerza fue actuando como le parecía con respecto a las mujeres. En el caso del ejército, que es el nuestro, nosotros cada año tenemos nuestro reconocimiento, nuestro diploma, nuestra medalla, a los 25, a los 30, a los 35. Por eso nosotras somos las más condecoradas en la historia. El reconocimiento de la fuerza está, lo que no está es el conocimiento y la divulgación, transmitir lo que fue pasando todos estos años. Esa fue una de las fallas que tuvieron los distintos jefes de Estado Mayor y jefes de Estado Mayor Conjunto. Lo que hay que pensar es que ellos son hombres. ¿Cómo iban a divulgar que las mujeres más condecoradas en la historia de la República Argentina son mujeres y civiles?

Diana Garcilazo es Licenciada en Instrumentación quirúrgica, Coordinadora de la Licenciatura en Instrumentación quirúrgica (UNPAZ), miembro de la Asociación Argentina de Instrumentadoras (filial Oeste).
Manuela Ledesma Groba es Técnica en Políticas Públicas. Responsable de Comunicación Fundación Soberanía Sanitaria.

Entrevista a José "Pepe" Valdez

EL LUGAR NUESTRO

■ Por Jonatan Konfino y Manuela Ledesma Groba

Pepe nos abre las puertas del Centro de Veteranos de Malvinas de Quilmes, ubicado en la esquina de Joaquín V. González y Ricardo Gutiérrez. Nos cuenta su historia y la de sus compañeros ex combatientes, su mirada sobre la salud y el rol comunitario que ocupan en su distrito.

Jonatan Konfino y Manuela Ledesma Groba (E): ¿Cuál es la asociación que percibís entre guerra y salud desde tu experiencia en Malvinas? ¿Cómo te imaginás esa relación?
Jose "Pepe" Valdez (JV): Mientras estuvimos en Malvinas, tuvimos una participación muy fuerte de la Cruz Roja Internacional, con la designación de un hospital de campaña y con médicos de distintos lugares del mundo, principalmente de centroamérica. Mientras estuvimos en Malvinas, su participación fue positiva: se salvaron vidas, curaron heridas.

A nuestro regreso, tuvimos una evaluación médica, no así una correcta contención psicológica, lo que nos trajo aparejados muchos problemas a lo largo del tiempo, por el llamado estrés postraumático crónico, que tenemos nosotros. En ese sentido, nos faltó salud.

Podríamos decir que, durante el conflicto había dispositivos de salud, estaban los medicamentos, estaba la contención, estaban los médicos; pero, cuando volvimos, no hubo absolutamente nada de salud para nosotros.

E: Mientras estaban allá el rol era principalmente de la Cruz Roja ¿o había un hospital de campaña del ejército argentino o había médicos?
JV: Había, sí. Estaba el hospital de campaña de la Cruz Roja y había un pequeño hospital junto a distintas fuerzas sanitarias del ejército, también de la armada, con enfermeras y médicos a bordo de los dos buques hospital. Allí se atendían los aspectos más graves, heridas. Si tenías algo menor, no se atendía.

E: Con el correr de los años, ¿hubo alguna modificación en ese aspecto?
JV: Si. En el año 1991 comenzamos a tener PAMI. Pero, nosotros siempre decimos, en el año 91 éramos muy jóvenes, muchos de nosotros no lo usamos, o teníamos un trabajo con alguna obra social específica.

A partir del año 83, muchísimos ex combatientes trabajamos en las reparticiones del Estado. Se habían abierto las puertas. Particularmente, yo entré a trabajar en lo que era la Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL), que después se dividió en Telefónica y Telecom.

Después vino la década del 90, que implicó el cierre de empresas, los retiros voluntarios, el achicamiento del estado. Muchos de los compañeros se quedaron sin laburo y como consecuencia, sin obra social. Ya habían pasado 10 años desde Malvinas y empezamos a necesitar los servicios de la obra social. También estábamos formando nuestras familias, PAMI también era muy reciente, fundada hace muy poquitos años y todavía no tenía maternidad, pediatría, muchos servicios que nuestras familias también necesitaban.

Después del reconocimiento que nos hizo Néstor, que fue verdaderamente un reconocimiento y una apertura de políticas de estado para los ex combatientes de Malvinas, se establece dentro de PAMI la Circular 191, que comienza a armar un circuito dentro de PAMI, exclusivo para veteranos de guerra, sostenido también por compañeros veteranos de guerra que habían entrado a trabajar.

Más allá de las cuestiones de salud física, hubo un gran impacto en nuestra salud mental. No tenemos un registro exacto de los compañeros fallecidos pero sí sabemos que, en los primeros diez años posteriores a la guerra, hubo entre 600 y 700 compañeros suicidados.

E: ¿Les facilitó el acceso?
JV: Si, nos facilitó el acceso y nos dio un beneficio. Lo que nos diferencia de forma sustancial del afiliado común de PAMI es la libre elección de prestadores y clínicas que tenemos. Nos permitía una libre elección. Hoy el sistema PAMI para todos los afiliados está cambiando hacia esa línea, hacia la libre elección de prestadores.

E: ¿Considerás que se pudo dar respuesta a las necesidades de salud que fueron teniendo?
JV: La verdad es que sí, nosotros. Consideramos que el PAMI, nos dió y da soluciones, pero también tenemos que tener en cuenta el mapa sanitario de nuestra República. No es la misma realidad que tenemos los compañeros de Buenos Aires que los de Chaco. Allí no hay una estructura sanitaria como la que podemos tener en la Provincia de Buenos Aires o como la que tenemos en el distrito de Quilmes. Aquí tenemos dos hospitales: uno provincial y uno municipal. También tenemos montones de clínicas, un dispensario, hay clínicas privadas de distintos niveles y distintos servicios, en general es una oferta bastante grande.

E: ¿Qué podés decirnos sobre el impacto en la salud que tuvo haber estado en Malvinas?
JV: Más allá de las cuestiones de salud física, hubo un gran impacto en nuestra salud mental. No tenemos un registro exacto de los compañeros fallecidos pero sí sabemos que, en los primeros diez años posteriores a la guerra, hubo entre 600 y 700 compañeros suicidados. En gran parte, por el estigma y el manto de silencio que hubo alrededor de la guerra, pero también producto de la falta de asistencia médica, inclusive teniendo leyes de protección. En el año 89 se sancionó la Ley de protección al ex combatiente que, entre otras cosas, obligaba al Estado y a las

fuerzas que nos habían llevado a Malvinas - en mi caso, el ejército-, a realizar un examen exhaustivo de salud y también a otorgar una pensión para mejorar nuestra condición socioeconómica.
En lo que respecta a la salud, la ley no se cumplió. Ninguna de las fuerzas nos hizo los estudios correspondientes. A raíz de eso, tenemos muchos compañeros que hoy, después de cuarenta años, tienen secuelas directas de la guerra y todavía no pueden acceder a una pensión por discapacidad. Muchos ex combatientes trajeron discapacidades que no fueron reconocidas en ese primer momento y que a través del tiempo se agudizaron. Recién en los últimos años se reconoció esa discapacidad.

E: ¿De qué secuelas hablas?
JV: Específicamente secuelas físicas y muchas secuelas mentales. En los primeros cuatro años posteriores de la guerra, tuvimos a 1500 compañeros internados durante dos, tres o cuatro años, en los hospitales militares, tanto en el hospital naval como en el hospital militar, por temas psicológicos, con medicación psiquiátrica, internados durante mucho tiempo. De esos 1500 muchachos fueron saliendo en forma paulatina, algunos se encontraban bien y otros siguen mal. En general el estrés postraumático se manifestaba en depresión, en adicciones, como el alcoholismo.

E: ¿Cuándo empezaron a reconocer que estos padecimientos que creían individuales, los reconocían en otros compañeros? ¿Cómo se empezó a gestar lo común, lo comunitario?
JV: Fue prácticamente de inmediato y se dió naturalmente. Nosotros llegamos de Malvinas en junio. Los primeros meses, nos tomamos un tiempo para estar en casa. Luego, comenzaron las juntadas, muchas veces con la excusa de cumplir alguna promesa que teníamos. Nosotros, por ejemplo, nos habíamos prometido que en octubre íbamos a ir caminando hasta Luján y lo cumplimos.

En estas juntadas encontrábamos en nosotros mismos, es decir, en otro veterano, el espacio para hablar, para decir muchas cosas que no podíamos decir por distintos motivos: cuestiones propias, personales, de la sociedad. Pero en ese momentito que estábamos nosotros, hablábamos de todo y sentíamos que era el lugar nuestro. Lo típico era tomar una cerveza y quedarnos abrazados. A veces estas juntadas duraban días, en los que pasábamos las horas hablando de cosas que habíamos vivido en Malvinas, armando las historias. Siempre decimos que uno estuvo en una trinchera a cien metros y el otro estuvo a veinte metros. Cada uno tiene un pedacito de la verdad. Cuando juntás todas esos relatos vas armando un rompecabezas.

Empezamos a armar las instituciones una vez que se restableció la democracia, en diciembre del 83. Algunas de las asociaciones de veteranos ya tienen 40 años de funcionamiento. Es decir, primero vinieron las juntadas y después les fuimos dando la forma de organización, de tratar de unirnos y organizarnos. Sabíamos que era la única manera de sacar las cosas adelante.

En estas juntadas encontrábamos en nosotros mismos, es decir, en otro veterano, el espacio para hablar, para decir muchas cosas que no podíamos decir por distintos motivos: cuestiones propias, personales, de la sociedad.

E: Ustedes, así como otras organizaciones de veteranos, han contribuido a la salud del pueblo, en diferentes formatos. ¿Qué los motivó y qué tipo de acciones realizan?
JV: Nosotros sentimos que tenemos una deuda con el pueblo. Ahora que comenzamos a recibir un reconocimiento, un afecto de la sociedad, tenemos que devolver a la sociedad un poco de todo esto que tenemos. Por ejemplo, este predio, que fue un bien del Estado. Nosotros nos pusimos en la fila y nos tocó. Por eso, estamos al servicio de la sociedad. Estamos terminando de armar un museo, este año o el próximo. Sabemos que en unos años nosotros no vamos a estar y nuestro sueño es que este espacio se convierta en un museo municipal que cuente nuestra historia.

Aquí hemos organizado jornadas de colecta de sangre, donaciones para el hospital local, durante la pandemia instalamos un vacunatorio. También tenemos prácticas deportivas al servicio del barrio.

Con respecto a la pandemia, fue una situación muy complicada. Muchos de nuestros compañeros tienen enfermedades de base y el COVID hizo estragos en nosotros. Por eso, el vacunatorio fue la posibilidad de abrir nuestras puertas al servicio de nuestros veteranos y de la sociedad. Por aquí pasaron 70.000 quilmeños y nos llenó de orgullo poder aportar algo a la situación. Fue el único vacunatorio COVID que funcionó en un Centro de veteranos de guerra.

E: ¿Tienen vinculación con las escuelas locales?
JV: Si. A pesar de que no está incluido dentro de la currícula escolar, es algo que nosotros venimos trabajando hace mucho tiempo, generando propuestas. Nosotros queremos que la cuestión Malvinas se hable y no solamente de la guerra, sino de todo Malvinas: esa historia que empezó doscientos, trescientos años atrás, desde el primer momento que fueron "descubiertas", de las primeras y las segundas invasiones inglesas y de cómo, a través del tiempo, esas formas de colonización se fueron maquillando. Hace 400 años te ponían una fragata enfrente y con dos o tres cañonazos, te rendías. Hoy, a través del poder económico, a través del poder de las comunicaciones, a través de la cultura, también hay colonización. Colonización y desigualdad. La pandemia y el acceso a las vacunas podría ser un ejemplo de ello.

E: Dos temas atravesados por la soberanía.
JV: Exactamente. Nosotros lo vemos desde el punto de vista de la soberanía. Eso se vió en el mundo con la cuestión de las vacunas. La soberanía científica de producir tus propias vacunas, la desigual distribución: algunos países con muchas vacunas y otros países sin vacunas, sabiendo que la solución al problema es que estemos todos vacunados.

E: ¿Algo más que quieran contarnos sobre el trabajo que desarrollan?
JV: Nosotros trabajamos fuertemente la parte social y solidaria, no solo como quilmeños, sino como argentinos. Cuando nos invitan a un acto, algunos participan. Ahora, cuando hay que ir a los comedores, en los barrios, se juntan treinta compañeros veteranos que colaboran con la cocina, que juntan cincuenta kilos de verdura, de carne, y se ponen a cocinar. Los muchachos se van con alegría en los corazones. Son cosas que también hacemos por nosotros mismos, por lo que significa para el grupo humano poder dar una mano.

Esas son las cosas que nosotros aprendimos en Malvinas y las transmitimos acá: desde el primero hasta el último, somos responsables. Es una responsabilidad de todos los argentinos: sacar adelante al país con esfuerzo y renunciamientos propios, mirando siempre a quién está al costado.

Jonatan Konfino es Secretario de Salud de Quilmes. Profesor de Salud Pública de UNAJ y de GWU.
Manuela Ledesma Groba es técnica en Políticas Públicas. Responsable de Comunicación Fundación Soberanía Sanitaria.

Foto: Argentina.gob.ar

NO AUSENTARNOS DEL DOLOR DEL MUNDO

Dedicado a la Dra. Irene Samzol.

■ Por Roberto Gutman

El programa de salud para ex combatientes de Moreno, creado en 1997, fue una iniciativa que marcó un antes y un después en relación al tratamiento de los veteranos de guerra. También fue y sigue siendo un programa de salud mental que busca acompañar en el tratamiento del trauma, en la reinserción social y en el reconocimiento de los veteranos, que fueron silenciados durante muchos años.

Nuestra Post-Guerra

La guerra de Malvinas se desarrolló entre el 02 de abril y el 14 de junio de 1982. De 10.000 hombres que fueron enviados a combatir, 649 murieron,quedaron en el mar o en las Islas, otros volvieron y muy pocos regresaron. El "no regresar" es propio de la temática del trauma, "patria extranjera a la cual siempre sigo volviendo"[1]. A falta de datos certeros y siguiendo los cálculos de diferentes agrupaciones de veteranos, estimamos que hubo más de 400 suicidios desde el 15 de junio de 1982 en adelante.

La dictadura cívico militar, en ese momento encabezada por el general Galtieri, había invadido las islas con la esperanza de perpetuarse en el poder y de aquietar el frente de conflicto interno. El terrorismo de Estado ya

había producido el grueso de los 30.000 desaparecidos y 500.000 exiliados. La implementación de las políticas neoliberales de los "Chicago boys" había logrado aumentar la deuda externa de 7.800 a 43.600 millones de dólares y la pobreza del 4,4 al 37%. Nunca había habido una transferencia de ingreso tan violenta y abrupta en defensa de los sectores más concentrados de la economía. La desocupación y la pérdida del poder adquisitivo del salario, sumadas a la violación sistemática de los derechos humanos, habían derivado en una combatividad del movimiento obrero organizado y de los partidos políticos. La calamitosa y rápida derrota en el Atlántico Sur marcó un punto sin retorno para el régimen y desencadenó un proceso que concluiría con las elecciones de octubre de 1983 y la asunción de Raúl Alfonsín el 10 de diciembre de ese año.

Las autoridades militares se dedicaron a escamotear la verdad de la guerra, a mutilarla, anulando lo épico de la acción de nuestros soldados. La post-guerra comenzó con una operación que incluyó la invisibilización y la prohibición a los ex combatientes de hablar de lo que habían vivido en las islas y de lo que estaban viviendo en ese momento[2]. "Llevé la solicitud de trabajo al correo", narraba tiempo después un veterano, "la chica me dijo<<no gastes más plata en viajes porque tenemos órdenes de tirar todas las solicitudes de trabajo de los ex-combatientes>>". El rechazo que experimentaban también provenía de la propia comunidad, como evidencia este otro testimonio: "Venía para el centro, me tomé el colectivo y me tiré en el asiento de atrás (...). Sube un vecino mío que me conocía de chico, me ve y en voz alta dice <<miren la pinta que tiene, con gente así, como no íbamos a perder la guerra>>; no te puedo decir cómo me sentí, el último de los hombres en el mund

El terrorismo de Estado había contaminado la guerra y la "desmalvinización" que le siguió; se trataba de asesinar la memoria. Eso, sumado al desconcierto que produjo al Estado la irrupción de una nueva figura, la del veterano de guerra, hizo que el abordaje específico desde la salud tardase 15 años en terminar de definirse.

En este trabajo se intentará recuperar una experiencia que se viene sosteniendo en este campo en el partido de Moreno, provincia de Buenos Aires, desde 1997.

La post-guerra comenzó con una operación que incluyó la invisibilización y la prohibición a los ex combatientes de hablar de lo que habían vivido en las islas y de lo que estaban viviendo en ese momento.

La salud de los ex combatientes

El cuidado de la salud de los veteranos fue un tema presente desde el inicio mismo de la posguerra. La dictadura abrió una cantidad importante de oficinas "de Malvinas" en dependencias del ejército repartidas por todo el país que, como otras tantas cosas que intentó, fracasaron en su intento de brindar reconocimiento y atención a quienes habían participado de la guerra, especialmente a la enorme mayoría de civiles que estuvieron allí en calidad de conscriptos. En 1984, el recién estrenado Congreso aprobó la Ley 23.109, que establece "prioridad" respecto a vivienda, trabajo, educación y salud. Sin embargo, su reglamentación por parte del Poder Ejecutivo tuvo que esperar hasta 1988 y, aún así, siguió sin implementarse[3].

Tanto el dispositivo fallido de la dictadura como los mecanismos que creaba la ley se centraban en la atención de la enfermedad y en una posible reparación monetaria; a la vez que dejaban de lado cualquier mención de la salud o de la prevención. En 1990, en el marco de las reformas neoliberales del menemismo e insertándose en una ola de políticas sociales focalizadas, la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) resolvió garantizar la cobertura de salud a los veteranos y a las familias de los caídos en combate.. Sin embargo, recién en 1997 terminó de consolidarse la forma de cobertura en salud de los veteranos, repartida entre el PAMI y la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. En ese marco surge la experiencia de Moreno.

El programa de salud para ex combatientes de Moreno
Los ex combatientes comenzaron a juntarse a mediados de la década de 1990 y finalmente formaron la UCIM

(Unión de Ex Combatientes de las Islas Malvinas), organización territorial que se constituyó como una comunidad fraterna recortada frente a la indiferencia del OTRO SOCIAL. Fue a través de esta institución que se logró en la provincia de Buenos Aires el desarrollo de un programa de atención a la salud del ex combatiente.

Los que siguieron fueron años de una larga travesía sin tregua, donde la soledad y el aislamiento no lograron atenuarse. No había un discurso social que operara como pantalla a las heridas abiertas en el alma, ya que no había un reconocimiento por parte de la sociedad de la verdadera dimensión que había tenido Malvinas. De hecho, en esta etapa sucede la mayor cantidad de suicidios: los excombatientes calcularon cerca de 400. Para los veteranos los únicos héroes eran los que habían caído en el Atlántico Sur. La heroicidad, el brillo, estaba del lado de la muerte y los que volvieron pero no regresaron estaban en el limbo, re-experimentando en las pesadillas y en vigilia la locura de la guerra. Muchos pensaron que la mejor cura era volver a estar con sus compañeros muertos y obtener el brillo que les correspondía, ya que en el mundo de los vivos sus voces no eran escuchadas.

En la localidad de Moreno, para ese entonces, el Secretario de Salud era el Dr. Morello, que apoyó con mucho entusiasmo el nacimiento del programa. El Dr. Bormioli como Subsecretario de Atención Primaria me invitó a participar activamente con la coordinación de Salud Mental.

El objetivo del programa fue la producción de un lugar donde el excombatiente iba a ser escuchado y, por lo tanto, su testimonio tendría valor de verdad. Además del trabajo clínico específico se buscó promover la articulación de los veteranos con la sociedad. Los excombatientes se convirtieron en docentes y comenzaron a transmitir con su testimonio los acontecimientos de la guerra, así como sus dificultades para integrarse en la trama comunitaria. Estas actividades tenían enormes efectos terapéuticos ya que su palabra era escuchada en contextos institucionales y barriales. Se pudo perforar el tejido social, hasta ese momento muy reactivo, para producir un nuevo lazo entre la sociedad y los veteranos de Malvinas. La Dra. Irene Samzol, médica clínica del programa decía: "queremos que los excombatientes se integren en el corazón del pueblo argentino en condición de héroes vivos, y también que dejen de hacer suya una derrota que no les corresponde".

El programa comenzó con dos acciones complementarias: una capacitación que dictaban expertos estadounidenses en el síndrome de estrés post-traumático junto a veteranos de la guerra de Vietnam, y un catastro de salud para los 126 excombatientes que vivían en Moreno.

Los pacientes llegaban totalmente desconfiados, agresivos "¿Ahora se acuerdan?", reclamaban. Habían pasado 15 años. Llegaban en racimos, en grupos de varios, no podían esperar, no lo toleraban. Muchos manifestaron que no habían hablado con nadie desde la guerra y otros que cuando habían consultado en los hospitales militares se habían sentido maltratados, y que por eso no acudieron más al sistema de salud. Se sentían incomprendidos: " yo me puse a llorar y el médico se fue a fumar".

Concurrieron a la evaluación clínica psicológica 96 de un total de 126 pacientes en el distrito y la misma fue realizada por una médica clínica y una psicóloga, quienes en algunos casos derivaban a otros especialistas. Este espacio fue íntegramente coordinado y gestionado por los facilitadores.

Las conclusiones arrojadas por del examen psicofísico determinaron la presencia de múltiples síntomas vinculados a la ansiedad y angustia, afecciones del aparato locomotor (lumbalgia crónica) y llamaron la atención las dolencias en piernas y pies, en especial con el frío, sin hallazgos físicos que los justifiquen. También se encontró un consumo generalizado de tabaco y alcohol.

Durante la consulta se les explicaba a los pacientes su situación subjetiva y se los invitaba a los grupos RAP (un espacio terapéutico grupal de rememoración de situaciones traumáticas).

El gran obstáculo fue el tema de la desconfianza, el cual se logró sortear gracias a la constancia de los agentes facilitadores. En este sentido, hubiera sido imposible el programa sin la figura de este agente terapéutico, una especie de bisagra entre los veteranos y la sociedad.

El facilitador, figura que nos propusieron los expertos, era un excombatiente que hacía las veces de articulador entre el paciente y el sistema de salud. Formaba parte del colectivo de veteranos y del equipo de salud y ponía su tiempo al servicio de aliviar el sufrimiento de otro veterano de guerra. Noches y noches sin dormir, viviendo

junto al riesgo de sus compañeros, corriendo por los medicamentos, por articular al veterano con su familia, incluso contemplando el cuidado de nosotros, "los profesionales". La emergencia cotidiana nos atravesaba a todos.

"Quedé muy impactada y conmovida por el efecto devastador de la guerra y el dolor vigente hoy", comentaba Samzol, "como si el tiempo no hubiera pasado, y estaban ya a 15 años del final de la guerra".

El tratamiento grupal fue una estrategia clínica basada en la catarsis de la experiencia donde alguno de sus miembros relata acontecimientos de su vida en la guerra y durante la postguerra. Suponemos que algo de lo real del trauma es posible de ser simbolizado, es decir, incluido en el campo del saber por la vía de la palabra.

Las conclusiones arrojadas por del examen psicofísico determinaron la presencia de múltiples síntomas vinculados a la ansiedad y angustia, afecciones del aparato locomotor y llamaron la atención las dolencias en piernas y pies, en especial con el frío, sin hallazgos físicos que los justifiquen.

No había para el paciente una promesa de curación. El padecimiento se puede atemperar, no solo por la clínica sino también por la vía de la producción de semblantes sociales de solidaridad, de reconocimiento.

El programa produjo efectos muy poderosos no sólo en relación a Malvinas, sino en la posición que debemos tener para trabajar en salud mental. Aprendimos a quitarnos el dogmatismo profesional, la infatuación y el despotismo terapéutico. Eso nos permitió poner en entredicho los recursos institucionales existentes. Además, los veteranos comenzaron a contar con una red de contención compuesta por sus compañeros facilitadores y por los profesionales del equipo.

Entre ellos estuvo la Dra. Samzol, que con su paciencia, su amor con los excombatientes y su compromiso con la cura, supo ir más allá de los tratamientos tradicionales. En cierta ocasión, un excombatiente se puso a disparar con un fusil en la terraza del conglomerado habitacional Las Catonas, en Moreno. Estaba capturado por un flash-back, estaba en plena batalla. Llegó la policía pero no subió hasta que llegó la Dra. Samzol. Ella logró que el paciente retorne a la realidad y deje de disparar. Lo más difícil vino luego, cuando se le pidió que dejara el arma y él no la quería soltar. Finalmente la doctora. le propuso la firma de un contrato escrito donde se le aclarara las condiciones de la entrega, tiempos, compromisos, etc. Recién entonces aceptó dejar de defenderse de los fantasmas con un arma en la mano.

Antes se practicaban las terapias de silenciamiento en las instituciones. Lo significativo del programa es que logró visibilizar la voz de los excombatientes, permitiéndoles ser escuchados, marcando un antes y un después para que no se vivan nunca más las inclemencias del tiempo Malvinas.

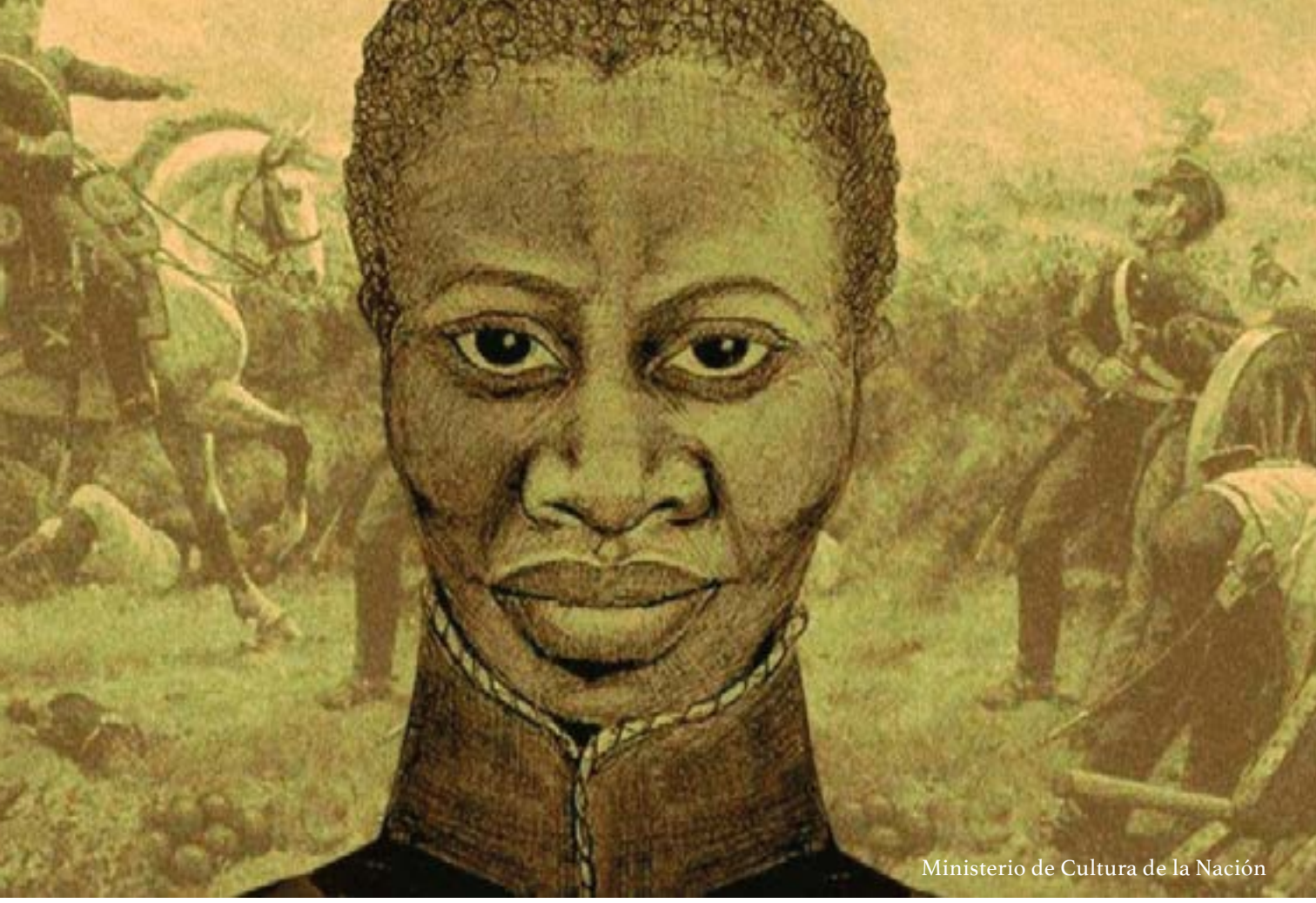
Roberto Gutman es psicólogo, psicoanalista. Ex Director de Salud Mental del municipio de Moreno.

Notas al pie

1 Semprun, J. La escritura o la vida. Barcelona, Tusquets Editores, 1995. p 18. El autor imagina estas palabras como pensadas por León Blum cada vez que volvía a percibir el olor del horno crematorio del campo de concentración de Buchewald, donde había estado detenido durante la Segunda Guerra Mundial.

2 Gamarnik, C; Guembe,ML; Agostini V y Flores, MC. El regreso de los soldados de Malvinas: la historia de un ocultamiento. Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En ligne], Images, mémoires et sons, mis en ligne le 08 octobre 2019, consulté le 18 juin 2022. URL : http://journals.openedition.org/nuevomundo/76901 ; DOI : https://doi.org/10.4000/nuevomundo.76901

3 Chao, D. (2020). Especial y marginal: hacia una problematización de la intervención estatal en la salud de los veteranos de Malvinas (1984-2000). Salud colectiva, 15, e2205.


Ministerio de Cultura de la Nación

¿DÓNDE ESTARÁ ENTERRADA MARÍA REMEDIOS DEL VALLE?

■ Por Leonel Tesler

El recorrido por la historia de María Remedios del Valle, enfermera y combatiente, ilustra la subordinación y las desigualdades basadas en la raza el sexo y la clase que atravesaban las mujeres que se desempeñaron en el ámbito de la saludo durante el siglo XIX.

Hace poco visité el cementerio de La Recoleta. Entre las tumbas de personajes ilustres, me topé con el sepulcro de Cosme Argerich, prócer de la medicina vernácula. Este hallazgo casual, sumado a un capítulo de la serie animada Zamba en el que él y Nina luchan por rescatarla del olvido, hizo que nos preguntemos dónde estaría enterrada María Remedios del Valle.¿, conocida como "La Capitana" y "Madre de la Patria". Ella y Argerich sirvieron en la campaña del Ejército del Norte a las órdenes de Manuel Belgrano, uno como médico y la otra como enfermera y combatiente. Ella mujer parda,liberta analfabeta, y aquel un hombre blanco graduado en una universidad europea. Mientras Argerich es fácil de encontrar en la Recoleta, es casi imposible averiguar qué destino habrán tenido los restos Del Valle. Es muy probable que, como otras personas de su condición, esté enterrada en algún sitio perdido bajo las veredas del barrio de San Nicolás, donde pasó sus últimos años.

Si el trato que estas dos personas recibieron en la muerte fue tan distinto, es seguro que sus vidas como médico y enfermera en tiempos de la guerra de la Independencia también tuvieron grandes diferencias. A partir de

ellxs, intentaré un acercamiento al trabajo en salud en las fuerzas armadas de nuestro país siguiendo una hipótesis modesta: su proceso de institucionalización, en especial del Ejército, llevó al plano normativo relaciones de subordinación preexistentes y que se basaban en la raza, el sexo y la clase.

Insistimos con el uso de estas categorías para analizar las relaciones interprofesionales por nuestro interés en las relaciones de dominación que rigen actualmente a los equipos de salud. Uno de los grandes obstáculos que tienen los intentos de superarlas, o al menos de ponerlas en cuestión, es su posicionamiento a-histórico. En este humilde texto, como en otros tantos, intentamos proponer un boceto de la genealogía de las desigualdades en la fuerza de trabajo en salud con la esperanza de limarlas con mucha paciencia y, algún día, lograr que desaparezcan.

Las guerras de independencia y el patriarcado de hecho

Cuando nos detenemos a estudiar las guerras que parieron este país, vemos que aquel ejército patriota es muy diferente del actual. Aunque el Ejército Argentino afirme en su escudo que nació en mayo de 1810, se instituyó como tal casi un siglo después, en 1901, con la promulgación de la Ley 4.301, conocida como Ley Ricchieri. Además de establecer el servicio militar obligatorio para todos los argentinos de veinte años, define la constitución del Ejército (de Línea, Guardia Nacional y Guardia Territorial) y separa, dentro del Ejército permanente, al cuerpo de "oficiales superiores, jefes y oficiales subalternos y asimilados" de "las clases: suboficiales, sargentos y cabos"[1] . En el artículo 67 se deja claro que "los suboficiales constituyen una categoría especial entre las clases, siendo intermediaria entre éstas y los oficiales, pero sin que puedan en ningún caso ascender a oficiales en tiempos de paz"[2]. Sin tener uno ni varios artículos que traten sobre eso, más bien por omisión, la norma termina de excluir a las mujeres de las fuerzas armadas[3].

Las mujeres, como María Remedios del Valle, si bien no estaban oficialmente incluidas entre las milicias, eran toleradas y se les asignaban roles diferenciados, como la cocina y las tareas de cuidado.

Hasta ese momento, la conformación de los ejércitos se había dado en la tensión permanente entre los esfuerzos por lograr un ejército regular moderno, las diferentes modalidades de la leva forzada como castigo para determinados delitos como la vagancia y las milicias voluntarias que, heredadas de la época colonial, todavía eran un importante factor de poder para los gobernadores provinciales. Los grados militares variaban constantemente, no seguían normas específicas y la posibilidad de ascender dependía muchas veces del reconocimiento del mérito por parte del jefe. Las mujeres, como María Remedios del Valle, si bien no estaban oficialmente incluidas entre las milicias, eran toleradas y se les asignaban roles diferenciados, como la cocina y las tareas de cuidado, aunque también participaban de los combates y puestos de mando, como en el caso de Juana Azurduy. Si bien esa figura de la mujer guerrera o al menos formando parte de un ejército aparece en las guerras de independencia, sobrevivió prácticamente todo el siglo XIX. En la década de 1860 encontramos a Santos "La Rubia" Moreno colaborando con la milicia del caudillo mitrista santiagueño Antonino Taboada y en la de 1880 a Carmen Funes, "La Pasto Verde", como fortinera del ejército de Roca y primera habitante de Plaza Huincul, Neuquén. Cada una de ellas tiene una hermosa zamba que la homenajea.

Rita Segato, al comparar las relaciones de género en las comunidades originarias y en la sociedad colonial moderna, clasifica al patriarcado según su intensidad. Las desigualdades de género existían en ambos grupos pero la dominación que ejercía el varón indígena sobre las mujeres era de baja intensidad, mientras que el patriarcado colonial es de alta intensidad. Cuando habla de moderna colonialidad no se refiere exclusivamente a un período histórico sino a una modalidad de dominación fundamentada en supuestas diferencias biológicas que sustentan las categorías de raza y sexo y que heredaron los Estados independientes[4]. Si bien el período que nos toca abordar hoy se ubica indudablemente en el patriarcado colonial moderno, nos parece necesario marcar una diferencia entre las modalidades de desigualdad de raza y género que se daban durante la mayor parte del siglo XIX. Éstas se basaban en los usos y costumbres y se hicieron efectivas a partir de la organización nacional; llegaron a su punto cúlmine con el cambio de

siglo, promulgadas mediante el texto de las leyes y fundamentadas con el discurso científico. Por eso, a las primeras la llamaremos patriarcado de hecho y a las segundas, patriarcado de derecho. El pasaje de una a otra marca tanto la exclusión de las mujeres del ámbito castrense como la cristalización del rol de la enfermería en el campo de la salud.

Una primera característica que distinguió a los médicos de enfermeras, hasta hace no tanto, es que tenían rostro. Formaban parte de la clase social que era retratada por los pintores del momento. Había dos formas de llegar a ser retratado: pagando o habiendo hecho méritos para merecerlo. El ejemplo de los Argerich es particularmente fácil de rastrear ya que encontramos retratos de representantes de la familia desde fines del siglo XVIII hasta principios del siglo XX. Tal vez el más ilustre sea Cosme Mariano, instigador involuntario de estas líneas. Formado en Barcelona, junto a Miguel O'Gorman y Agustín Fabre, integró el tribunal del protomedicato de Buenos Aires, y fundó la escuela de medicina que después, como facultad, pasaría a formar parte de la universidad, que recién se fundaría en 1821. Después de participar en la defensa de la ciudad durante las invasiones inglesas adhirió a la causa revolucionaria y participó como cirujano de la campaña del Ejército del Norte conducido por Manuel Belgrano. Al revisar los partes de la batalla de Caseros nos encontramos con Manuel Gregorio Argerich sirviendo como médico en las filas rosistas. Aunque ni él ni su hermano Juan Antonio se sumaron al Cuerpo Médico Militar creado por Bartolomé Mitre para la Guerra del Paraguay, la familia estuvo presente en la persona de Pedro Argerich, sobrino de ambos y uno de los estudiantes de medicina reclutados compulsivamente ante la falta de profesionales voluntarios y de un cuerpo médico militar (que se creó en ese mismo momento), cuyo retrato figura en el Álbum de la Guerra del Paraguay. Al asomarnos al famoso Episodio de la fiebre amarilla, que pintó Juan Manuel Blanes, nos topamos nuevamente con Manuel Gregorio, quien formaba parte de la Comisión Popular de Salud Pública que se hizo cargo de la lucha contra la epidemia de 1871 y dejó su vida. Pero no tenemos ninguna pista certera de cómo habrá sido la cara de María Remedios del Valle. Sus primeros retratos datan de 2008, cuando se comenzó a rescatar su figura del olvido como parte del reconocimiento de la herencia negra en Argentina y sólo comparten la imagen de una mujer negra[5].

Otro atributo que tenían los médicos era la voz. De hecho, encontramos escritos de los Argerich en diferentes periódicos participando del debate público sobre los temas que estuvieran en boga en cada época, tuviesen o no que ver con la salud o la enfermedad. Por ejemplo, Cosme Mariano se sumergió en una polémica con Juan Crisóstomo Lafinur en el diario El Americano alrededor de la prescindencia de la teología a la hora de estudiar la fisiología humana. Por su parte, Manuel Gregorio, que además de médico era abogado y matemático, incursionó también en el arte y escribió los textos de la zarzuela Los consejos de Don Javier, que fue musicalizada y estrenada varios años después de su muerte. María Remedios del Valle, lo mismo que la mayoría de las mujeres no blancas que desarrollaban tareas de cuidado en su época, no tiene voz. Lo más probable es que haya sido analfabeta. Nos enteramos de ella y de su vida a través de un expediente administrativo en el que solicita una pensión como veterana del Ejército y por el debate que ese expediente desencadenó en la Junta de Representantes de la Provincia de Buenos Aires. Viamonte la reconoció mientras ella mendigaba en los alrededores de la Plaza de la Victoria e impulsó el trámite. Los hombres blancos hablan de ella, algunos con afecto y respeto, otros con indiferencia burocrática, pero nunca le ceden la palabra.

Una tercera característica que le podemos atribuir a los médicos es el legado. Por un lado, encontramos rastros de su paso por el mundo en hospitales (como los hospitales que llevan el nombre de Cosme Argerich), libros, cátedras universitarias (Cosme, Francisco Javier y Juan Antonio fueron profesores de la Facultad de Medicina de la UBA) y sociedades a las que pertenecieron (Manuel Gregorio fue un importante miembro de la masonería argentina). Por otro, el homenaje a los ilustres antepasados a la hora de bautizar niños hace que aún hoy encontremos a Pedro o Francisco Argerich vivos y entre la población económicamente activa. El legado de María Remedios del Valle comenzó a recrearse cien años después de su muerte, cuando Carlos Ibarguren publicó una serie de artículos a partir del diario de sesiones de la Junta de Representantes. Según consta en el expediente, ella sobrevivió a sus dos hijos, uno biológico y otro adoptivo, quienes junto a su marido murieron en el campo de batalla[6].

A lo que acabamos de escribir debemos sumar que el cuidado de heridos y enfermos, con la denominación de "enfermería" o no, se contaba en esa época entre las variantes del servicio doméstico. Quien se ocupaba de esos quehaceres también podía cocinar, lavar la ropa o limpiar y con mucha frecuencia era una mujer no blanca. Aunque se hablase de enfermeras y enfermeros, faltaban décadas para que se constituyese como una profesión o un oficio. Por lo tanto, no había normas que regulasen la actividad ni su presencia entre las tropas. Era algo que, por lo que aparece en los relatos de quienes tuvieron parte de la gesta independentista y de las guerras civiles, comenzaba a suceder en algún momento y era tolerado más que propiciado por los jefes militares.

La organización nacional, la insititucionalización del Ejército y el patriarcado de derecho

Después de la batalla de Caseros pero especialmente a partir de Pavón y la inauguración de las presidencias nacionales de Mitre, Sarmiento y Avellaneda, se dio en la Argentina un proceso de construcción de normativa e instituciones que, además de sentar las bases del funcionamiento de un Estado unificado y moderno, tuvo dos víctimas principales: las personas no blancas y las mujeres. Los pueblos originarios, que formaban parte de las personas no blancas fueron los más atacados. Primero con la Constitución de 1853, luego con el Código Civil de Vélez Sarsfield y, por último, con la guerra de exterminio denominada "conquista del desierto", cuando se les negó todo derecho sobre la tierra que habitaban, sobre sus cuerpos y sobre sus vidas. Con los afrodescendientes se realizó una operación más compleja en pos del blanqueamiento de la nación. Más allá de que puede haber aumentado su mortalidad por enfermedades o por las guerras, se invisibilizó la negritud mediante la creación de nuevas categorías de color de piel ("trigueño", "moreno") que aparecieron en los censos y en los datos biométricos del enrolamiento militar. Las negras y los negros pasaron a formar parte del pasado y su desaparición se volvió un misterio. En el relato escolar, negras y negros eran parte del elenco de personajes de la época colonial y la Revolución de Mayo. Para el acto del 9 de julio ya no estaban presentes.

Las mujeres se vieron especialmente perjudicadas a partir de la promulgación del Código Civil en 1871. En la mayor parte de las 97 veces en que se las menciona, aparecen junto a los menores de edad, los dementes, los que no tengan uso de razón y otras personas consideradas incapaces. No podían ser tutoras (salvo que fuesen abuelas), ni presentarse como testigos en instrumentos públicos ni celebrar contratos. Vélez Sarsfield se ocupó de aclarar que su posición con respecto a la mujer era una innovación que venía a romper con la tradición del derecho romano y las partidas españolas. Consideraba que la igualdad de derechos entre hombre y mujer en la

sociedad conyugal atentaban contra el matrimonio y la familia y que, además, dejaba desprotegida a la mujer, quien dejada a su propio arbitrio corría el riesgo de perder sus bienes[7].

En ese contexto general, Cecilia Grierson funda la primera escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas 1886. Aunque al principio eran admitidos varones, a partir de 1912 y hasta la década de 1970 solo se permitió ingresaran mujeres. La ordenanza municipal que introducía esa restricción tenía los siguientes fundamentos: "Nadie puede negar la superioridad de la mujer en todo lo que se refiere al manejo de la casa. La enfermera aporta a su oficio sus conocimientos de Economía Doméstica y sus condiciones naturales, que la hacen más solícita con el que sufre, más abnegada, más minuciosa y más ordenada". A partir de ese momento, la Enfermería se feminiza por la fuerza en todo el país (y en todo el continente) salvo en el ámbito militar, donde la totalidad de los enfermeros eran varones y lo siguió siendo por décadas.

En el Ejército, los enfermeros quedaron en la carrera de suboficiales mientras que los médicos desde el inicio estuvieron en la oficialidad. Una vez más, la diferencia entre profesiones marcaba una relación de subordinación atravesada por la clase y por la raza. Recién en 1980 las mujeres volverían a ser admitidas en las Fuerzas Armadas.

Con esta breve exploración no pudimos averiguar dónde está enterrada María Remedios del Valle pero pudimos asomarnos a los mecanismos normativos y de acceso a la modernidad que cristalizaron las relaciones de dominación que existían en un plano informal desde hacía siglos que, aún hoy, siguen apareciendo como un obstáculo para la conformación de equipos regidos por la paridad, organizados a partir de las tarea y comprometidos con la salud del Pueblo.

Leonel Tesler es médico especialista en psiquiatría infanto-juvenil. Presidente de Fundación Soberanía Sanitaria y Director del Departamento de Ciencias de la Salud y el Deporte de la Universidad Nacional de José C. Paz.

Notas al pie

1 Ley 4.301. Art 11.

2 Ibid.

3 Lanzavecchia, H. (2018). Masculinizando al ciudadano: un aporte para el análisis de la Ley Ricchieri (1901). In V Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos 10 y 12 de julio de 2018 Ensenada, Argentina. Desarmar las violencias, crear las resistencias. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género.

4 Segato, R. Género y colonialidad: del patriarcado comunitario de baja intensidad al patriarcado colonial moderno de alta intensidad. En Segato, R. La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Prometeo libros, Buenos Aires, 2018.

5 Ghidoli, L. M. (2020). Los múltiples rostros de la Madre de la Patria. Retratos de María Remedios del Valle, una heroína afrodescendiente en la Argentina contemporánea. En caiana. Caiana. Revista De Historia Del Arte y Cultura Visual Del Centro Argentino De Investigadores De Arte (CAIA), 16(1).

6 Brepe, F. (2020). CAPITANA REMEDIOS DEL VALLE. CONCURRENCIAS Y DIVERGENCIAS EN LOS PROCESOS REIVINDICATIVOS EN TORNO A LA FIGURA DE LA MADRE DE LA PATRIA. Temas de Mujeres, 16 (16), 04-22.

7 Sotomayor, M. N. (2009). Derechos civiles de la mujer en Argentina. Un análisis histórico-jurídico de su tratamiento parlamentario a principios del siglo XX. XII Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia, 000-008.

8 Wainerman, C. H., & Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires. Desarrollo económico, 271-284.

Foto: Ricardo Stuckert

"La democracia, para mí, no es una media palabra. Es una palabra completa. Algunos entienden por democracia apenas el derecho del pueblo a gritar que tiene hambre. Yo entiendo por democracia no sólo el derecho de gritar contra el hambre sino el derecho de comer. Esa es la diferencia fundamental. Democracia, para mí es permitir el derecho de adquirir conquistas, y no sólo el derecho a la protesta."

Luiz Inácio Lula da Silva

soberanía sanitaria

ATE Santa Fe
Secretario General: Jorge A. Hoffmann
Secretario General Adjunto: Ricardo M. Delfor
San Luis 2854, Santa Fe, Argentina, CP S3000GBH
0342-455-5557 · ate.org

Fundación Soberanía Sanitaria
San Martín 448, PB A, CABA, Argentina
CP 1004AAJ011 · 011-4328-9113
soberaniasanitaria.org.ar