

Medicalización ¿una categoría útil para reflexionar sobre el desarrollo de la salubridad en la Argentina?

Ana Mines

RESUMEN

En este trabajo analizamos, de modo exploratorio y cualitativo, la utilidad de la categoría de medicalización y sus alcances para reflexionar sobre aspectos del desarrollo del sistema de salubridad nacional. El trabajo consta de tres instancias. En la primera vamos a definir qué entendemos por medicalización. La noción de medicalización, tal como la han definido E. Menéndez, P. Conrad, entre otros, describe el proceso mediante el cual cuestiones no médicas pasan a ser pensadas y entendidas como médicas. En la segunda, vamos a analizar una serie de procesos institucionales de la historia argentina reciente, es decir, una serie de cristalizaciones de procesos seguramente más generales y complejos. Por último, vamos a elaborar algunas reflexiones finales con el objetivo de pensar tanto la utilidad de la noción de medicalización, es decir, qué y cómo nos permite pensar tal noción el desarrollo del sistema de salubridad nacional, como también reflexionar sobre sus efectos en tanto proceso histórico.

Palabras clave: medicalización, sistema de salubridad, biopolítica, autonomía.

MEDICALIZATION, DOES A USEFUL CATEGORY TO REFLECT ON THE DEVELOPMENT OF HEALTH IN ARGENTINA?

ABSTRACT

This paper analyzes by an exploratory and qualitative way, the usefulness of the category of medicalization and its scope to reflect on aspects of development of the national health system. The work consists of three instances. At first let's define what we mean by medicalization. The notion of medicalization, as defined E. Menendez, P. Conrad, among others, describes the process by which non-medical issues become thought and understood as medical. In the second, we will analyze a series of institutional processes Argentina's recent history, that is to say, a series of crystallization of general and certainly more complex processes. Finally we will make some final thoughts in order to think about both the usefulness of the concept of medicalization, that is why and how it allows us to think such a notion the development of the system of national safety, and also reflect on its effects on both historical process.

Key words: medicalization, health system, biopolitics, autonomy.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2014; 34(4): 00-00.

La salud no es solamente la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales.

G. Canguilhem

INTRODUCCIÓN

En este artículo reflexionamos en torno la utilidad de la categoría de *medicalización* para analizar aspectos del desarrollo del sistema de salubridad¹ nacional argentino. Cabe destacar que es un trabajo exploratorio y cualitativo, en el cual nos proponemos pensar qué aporta la noción de *medicalización* cuando la utilizamos para interpretar aspectos de los procesos políticos y biopolíticos locales. El trabajo consta de tres instancias. Primero vamos a definir qué entendemos por medicalización y para ello haremos un breve *racconto* del uso que hacen de tal concepto algunos

autores. Por ejemplo, medicalización, tal como la han definido E. Menéndez² y P. Conrad³, entre otros, describe el proceso mediante el cual cuestiones no médicas pasan a ser pensadas y entendidas como médicas. Según M. Foucault⁴, este proceso surge a mediados del siglo XVIII en Europa y se relaciona con el proceso de desarrollo de los Estados modernos occidentales y sus consiguientes necesidades de control social.

Segundo, tomaremos una serie de procesos institucionales de la historia argentina reciente, es decir, una serie de cristalizaciones de procesos seguramente más generales y complejos de lo que aquí se vaya a abordar. Cabe señalar que el relato que planteamos es una construcción e interpretación situada⁵: parcial, localizada en relación con nuestros objetivos, etcétera.

Por último, vamos a elaborar algunas reflexiones con el objetivo de, por un lado, pensar tanto la utilidad de la noción de medicalización (es decir, qué y cómo nos permite pensar tal noción el desarrollo del sistema de salubridad nacional) y, por otro, reflexionar sobre sus efectos en tanto proceso histórico.

Recibido: 4/12/2014

Aceptado: 29/12/2014

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, República Argentina.
Correspondencia: anamines@yahoo.com.ar

MEDICALIZACIÓN. DEFINICIONES Y ALCANCES

Al reflexionar sobre los orígenes de la medicalización en Europa, allá por el siglo XVIII, Foucault afirma que esta consistió en un proceso a través del cual no solo la conciencia sino también el cuerpo humano se vieron englobados en una red, cada vez más densa y amplia de instituciones, saberes y discursos que tenía por objeto la atención de la enfermedad y el control de diferentes procesos vitales⁶. Según Menéndez, la medicalización consiste en el proceso a través del cual toda una serie de episodios vitales que hasta entonces fueron parte de los acontecimientos y comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos se convierten en enfermedades. La medicalización implica no solo que sujetos y grupos asuman dichos acontecimientos y comportamientos en términos de enfermedad (y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir, conflictos y padecimientos), sino que pasen a explicarlos y atenderlos a través de técnicas y concepciones biomédicas⁷. En este sentido, para Menéndez, la medicalización es un modo de operar de la biomedicina. Menéndez afirma que, si bien en nuestra sociedad existe toda una variedad de formas de comprender y actuar sobre los procesos de salud, enfermedad y atención, la biomedicina –en tanto dispositivo hegemónico– niega dichos saberes y prácticas, ubicándolos en una posición de subalternidad⁸. En efecto, Menéndez utiliza el término *biomedicina* con el objetivo de especificar este modo particular de comprender y actuar con respecto a los procesos de salud, enfermedad y atención, el cual se caracteriza por su identificación con la racionalidad científica moderna y la centralidad explicativa que le otorga a la biología.

P. Conrad, por su parte, señala que la medicalización ha desarrollado sus características actuales al promediar la segunda mitad del siglo XX, paralelamente a la expansión de la industria farmacéutica. Afirma que la medicalización es un proceso múltiple por el cual diferentes aspectos de nuestra vida pasaron y pasan a ser propios del campo biomédico ya sea bajo la forma de enfermedades o trastornos⁹. La industria químico-farmacéutica, en alianza con los medios de comunicación, componen una verdadera usina tendiente a la mercantilización de la salud, proceso visceralmente enredado en la medicalización de la sociedad. Tal industria desempeña un papel activo tanto en la producción de sustancias como en la construcción de patrones de legitimación del consumo de medicamento¹⁰, estilos de vida saludable-deseable, patrones de comportamiento, etcétera. En Occidente en general, y en la Argentina en particular, estamos viviendo un proceso de mercantilización de la salud¹¹. En este contexto, la industria químico-farmacéutica se conforma como un actor poderoso que favorece el fenómeno de la mercantilización de la salud al punto de subordinar el papel del médico a los intereses del mercado¹². Desde diferentes corrientes de pensamiento, N. Rose y R. Passos Nogueira coinciden en que el alcance de la medicalización no se agota en los procesos de salud y enfermedad

sino que, cada vez más, opera a través de otro tipo de regulaciones sobre la vida, como por ejemplo, los procesos de control, administración, modificación, redefinición y modulación de nuestras propias capacidades vitales. Según Rose, las tecnologías médicas contemporáneas no buscan meramente curar la enfermedad una vez que se manifiesta, sino controlar procesos vitales del cuerpo y la mente¹³. En efecto, este autor sugiere pensar los procesos contemporáneos de medicalización en términos de *optimización* de los cuerpos y sus procesos vitales. Por otro lado, Passos Nogueira afirma que en nuestras sociedades modernas se creó una especie de obsesión por la salud. Se trata de un nuevo consumismo de un cuerpo saludable que es alimentado de forma difusa por diferentes actores, entre ellos la ya mencionada industria farmacéutica y su alianza con los medios de comunicación¹⁴.

Menéndez disiente con la perspectiva de Rose y Passos Nogueira respecto del papel que desempeña la noción de enfermedad¹⁵. Afirma que, si bien la mayoría de las formas de atención y de saberes respecto del cuerpo se preocupan por la salud, e incluso la biomedicina habla de producir salud y de estilos de vida saludables, lo cierto es que casi la totalidad de las actividades, los diversos saberes y formas de atención actúan respecto de los padecimientos y enfermedades y no respecto de la producción de salud. Y esto ocurre no solo porque lo proponen e impulsan los curadores, sino porque, además, los sujetos y los grupos sociales demandan básicamente acciones sobre sus padecimientos más que sobre su salud¹⁶. A diferencia de Menéndez, Rose y Passos Nogueira toman distancia de la idea de enfermedad poniendo énfasis en el despliegue de la medicalización en términos positivos/productivos.

La medicalización es un proceso complejo, en el que se yuxtaponen diversos procesos. La biomedicina se apropia de prácticas y saberes que antes no eran de su competencia. En este sentido, la medicalización es un proceso que podría traer consecuencias negativas en tanto consiste en expropiar a las personas en su capacidad de cuidar de su salud. Por otro lado (y probablemente al mismo tiempo), mediante la creciente articulación entre estrategias de mercado y publicidad, la confluencia de la expansión y penetración de saberes y prácticas propias del campo biomédico en múltiples aspectos de la vida, etc., asistimos tanto a la conformación de una subjetividad obsesionada por la vida saludable y garante y responsable por esta, como a la conformación de todo un biomercado en el cual el cuerpo y sus procesos son intervenidos en pos de una lógica capitalista de lucro.

Otro aspecto que nos gustaría señalar es la relevancia de la noción de *riesgo*. Según Passos Nogueira, la noción de riesgo se traduce en *conciencia del riesgo*, la cual motoriza una serie de acciones por parte de los sujetos que, sin estar enfermos, al entenderse en riesgo, actúan (constantemente) en consecuencia. Así, por ejemplo, tomar yogur laxante, comer cereales fortificados, tomar sustan-

cias que aumentan nuestras defensas, consumir pastillas que previenen infartos, hacer ejercicio, tomar dos litros de agua, dormir 8 horas, etc. componen hábitos de vida saludable, baluartes frente a la amenaza omnipresente de afecciones silenciosas.

ARGENTINA: UN RELATO DEL DESARROLLO DE SU SISTEMA DE SALUBRIDAD¹⁷

Como hemos desarrollado en el apartado anterior, el siglo XX fue escenario de un proceso de medicalización creciente, proceso que –si bien excede los límites que establecen las fronteras nacionales– adquiere características particulares según el contexto, los actores que lo componen, etc. En este sentido quisiéramos rescatar algunos aspectos del desarrollo institucional del sistema de salubridad nacional y pensarlos a la luz de la noción de medicalización.

El siglo XX fue el escenario en el cual, en la Argentina, se construyeron las bases institucionales del Estado nacional, y, consiguientemente, del sistema de salubridad en tanto parte de él. Este proceso de edificación institucional se fue cimentando al calor de fuertes pujas sociales y al ritmo de una permanente crisis de hegemonía en la arena política. Cabe señalar también que el Estado nacional se fue configurando al mismo tiempo que expandiendo.

Una característica notable del sistema sanitario argentino es su heterogeneidad. Está compuesto por tres sectores: el público (llamado en este trabajo sistema de salubridad), el privado y la seguridad social. Estos sectores, las relaciones entre sí y su injerencia en el sistema sanitario nacional se fueron delimitando en tensión con procesos políticos, económicos e institucionales de mayor alcance por los que pasó el país. Tanto la disputa en la definición de qué sector social iba a financiar el gasto que implicaba el desarrollo del sistema de salubridad como la lucha por las ganancias que comenzaron a vislumbrarse con el proceso de la mercantilización de la salud fueron tensiones subrepticias a lo largo de todos estos años (actualmente vigentes).

Si bien sus antecedentes pueden ubicarse mucho antes, las bases del sistema de salubridad nacional, tal como lo conocemos hoy, tienen casi 70 años¹⁸. Una figura destacada en este proceso fue la de Ramón Carrillo, quien en 1946, en el mismo momento en que la cartera de salud se independizó del Ministerio del Interior, fue nombrado primer Secretario de Salud Pública del país. Pocos años más tarde, en 1949 la Secretaría de salud se jerarquizó al lograr rango ministerial; Carrillo fue el primer Ministro de Salud del país¹⁹. Anteriormente, Carrillo había sido Jefe de Neurocirugía del Hospital Militar²⁰. Durante los años en que Carrillo estuvo frente a la cartera de salud se produjo un fuerte crecimiento del sector público al incrementar y mejorar la dotación de recursos humanos y materiales. En efecto, en esta etapa se iniciaron una serie de medidas que expresaron la voluntad de expansión, regulación y homogeneización²¹ mediante la centralización del sistema

de salubridad por parte del Estado²². Para ello, Carrillo hablaba (apelando a metáforas militares) de una “unidad de comando”²³. La intervención del Estado se basó, primero, en la extensión del sistema sanitario, luego en la necesidad de organizar y homogeneizar un sistema que, hasta ese momento, se había caracterizado por condiciones de fragmentación y heterogeneidad²⁴.

En esta etapa, el hospital público se convirtió en un centro formador de nuevos profesionales y en un lugar de atención médica que ya no estaba destinado solo a los “indigentes” (como sí lo fue durante el siglo XIX). El sector privado quedaría como destino de los sectores más pudientes, quienes podían costearse los gastos en salud.

Por otro lado, durante el gobierno peronista, se asistió a una notable expansión de la seguridad social, principalmente de las obras sociales impulsadas por sindicatos. Sería útil pensar este proceso a la luz de las relaciones entre el gobierno peronista y las organizaciones sindicales de aquel entonces, tema que excede los límites de este breve trabajo. La expansión del sistema sanitario de aquellos años produjo la redefinición de prioridades en materia sanitaria y la elaboración de nuevos saberes y nuevas prácticas para conceptualizar, definir e intervenir en torno a los procesos de salud, es decir, la configuración de un nuevo campo de saber/poder²⁵ en torno al cuerpo. Este proceso trajo aparejada la configuración de nomenclaturas específicas, datos estadísticos, clasificaciones e instituciones que pudiesen llevar esto a cabo como también la producción de nuevas problemáticas sanitarias y la configuración de nuevos actores sociales. Todo ello no solo debía ser atendido por un Estado en construcción sino que se configuraba entrelazadamente con él. En efecto, en este período, se focalizó el tratamiento de enfermedades infectocontagiosas; la defensa sanitaria de fronteras, puertos terrestres, marítimos, etc.; la protección integral de la madre y el niño, la higiene y la medicina infantil y del trabajo; la prestación médica de seguros, maternidad, enfermedad y vejez; la higiene y la vivienda urbana; el suministro de agua potable; la medicina preventiva; la elaboración de campañas sanitarias; la creación y la dirección de establecimientos para fines de salud pública; etc.²⁶. Diversos aspectos de la vida social e individual (que no necesariamente se relacionaban con la enfermedad) pasaron a ser de competencia de las políticas sanitarias. Algunos sectores sociales que antes no accedían al sistema de salubridad ahora sí lo hacen y, en paralelo, se verán sometidos a una nueva serie de controles médicos. La maternidad (parto, puerperio, lactancia, primera infancia), por ejemplo, sin ser definida como una enfermedad, se constituyó en una etapa de la vida medicalizada. La expansión de las políticas de prevención se centró en incidir masivamente en acontecimientos cotidianos, como por ejemplo la higiene. El proceso de medicalización comenzó a expandirse en paralelo a un Estado que también lo hacía. Otro aspecto que nos interesa señalar de esta etapa es

el surgimiento de una retórica en la que se conjugan incipientemente el sentido de *universalidad* con el de *accesibilidad*. El entonces presidente del país, el general Perón, estableció tres principios de lo que llamó la *sanidad justicialista* (una “nueva sanidad que no se ha iniciado en ninguna otra parte del mundo, sino en la República Argentina”²⁷): “1) todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la salud, 2) no puede haber política sanitaria sin política social y 3) de nada sirven las conquistas de la técnica médica si esta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados. En estos principios están los Derechos de la Salud, incluidos también en los Derechos del Trabajador”²⁸.

Durante la década de los años sesenta se profundizó un proceso de expansión y tecnificación del sistema de salubridad²⁹, el cual se mantendrá durante los gobiernos de Frondizi (1958-1962), Illia (1963-1966) y, en sus aspectos “tecnocráticos”, también durante parte del gobierno de facto de Onganía (1966-1970)³⁰. Durante este período identificamos por lo menos dos imperativos (que separamos con fines analíticos) en los cuales se fundamentaba la intervención estatal en materia de salud: el técnico-organizativo y el político-redistribucionista. La financiación de los servicios de atención médica y su organización política constituyeron dos puntos nodales de las disputas en el desarrollo del sistema sanitario de entonces. Por otra parte, queremos señalar que durante esos años la seguridad social experimentó un importante crecimiento tanto en los alcances de su cobertura (para el año 1969 el 26,7% de la población del área metropolitana se hallaba cubierta por las obras sociales³¹) como en la complejización de su institucionalización (burocratización) y en su relación con el Estado nacional.

Durante el “onganiato”, el Estado puso en marcha un programa de reorganización de las instituciones del sector salud conforme a las pautas técnico-organizativas elaboradas desde instituciones internacionales como OPS/OMS, las que, según S. Belmartino, gozaban de aceptada generalización en los medios sanitarios locales³². Así, por primera vez, estas agencias paradigmáticas del modelo biomédico³³ comienzan a incidir en la agenda de salubridad local y a regularla. En paralelo, nos parece interesante señalar que, solo en la década del 70, la Argentina alcanzó una proporción de médicos acorde a su población³⁴.

La dictadura de 1976 provocó importantes cambios para el sistema de salubridad local entre los que destacamos el ingreso abrumador de una lógica neoliberal junto con el achicamiento y desplazamiento del Estado. En efecto, la reducción de la capacidad reguladora, ejecutora y fiscalizadora del Estado fue acompañada por el desarrollo de un creciente mercado privado de servicios de salud³⁵ junto con la consolidación de agentes políticos internacionales (como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo) en tanto auditores de las políticas locales.

Los sinuosos caminos que venían experimentando los procesos político-institucionales tendientes a la universalidad y a la accesibilidad se vieron truncados. Como afirma Menéndez, con el neoliberalismo entrante, el papel del médico quedó subordinado a los intereses del mercado consolidándose así un modelo prestador de servicios privado, sumamente tecnificado y de alta especialización. En este modelo se privilegiaba el uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos y la atención de determinadas patologías específicas en detrimento de los servicios de menor complejidad, la medicina general y las acciones preventivas³⁶. Así, el mencionado autor propone pensar el desplazamiento de la figura del paciente a la figura del consumidor³⁷.

Por otra parte, el gobierno dictatorial atacó a las organizaciones sindicales en su intento por debilitarlas, tendiendo a eliminar la presencia del Estado en la administración de las obras sociales. Este fue sin duda el principal objetivo de la Ley 22.269 sancionada en 1980³⁸.

En 1979 se llevó a cabo el proceso de transferencia de los servicios salubridad de la nación a las provincias y municipios. En el año 1980 solo el 2% de los establecimientos públicos pertenecían al nivel nacional (el resto era de competencia de los niveles provinciales y municipales). Dicha medida no solo favoreció la desarticulación y fragmentación del sistema sino también, al no contemplar una transferencia de recursos financieros basada en las realidades locales, provocó el empobrecimiento generalizado en las instituciones transferidas efecto agudizado en las provincias y municipios más pobres y periféricos del país. Según A. Isuani y H. Mercer, durante las décadas de los años setenta y ochenta, se consolidó un espectro institucional caracterizado por un sector público de la salud en retroceso y por el despliegue del sector privado, correspondiendo al primero, básicamente, favorecer, cuando no financiar, al segundo³⁹. Durante esos años, los sectores que componían el sistema sanitario local no solo no se integraron sino actuaron de modo contradictorio: carencia de materiales/presupuestos cuantiosos, concentración de servicios en algunas zonas, e insuficiencia en otras, etcétera. El restablecimiento del régimen democrático estuvo atravesado por el ya mencionado desmantelamiento del aparato estatal, por las consecuencias más amplias del terrorismo de Estado, por el creciente proceso de globalización, etc. Fragilidad, atomización, desarticulación son algunas de las características que tiñeron el funcionamiento del sistema de salubridad en ese período consolidando una accesibilidad estratificada en detrimento de la equidad en su acceso. Según Isuani y Mercer, el mosaico institucional de la salubridad de la Argentina de aquellos años difícilmente puede ser calificado como un “sistema de salud”. En la década del 90 y durante los primeros años del 2000, promovidas por las políticas ejecutadas por el menemismo, las tendencias neoliberales se agudizaron. Esta etapa

significó el reachicamiento del Estado en su capacidad de organizar, regular, administrar, y el triunfo de una lógica del lucro que favoreció a sectores privados. De este modo, la salud se convirtió en un bien de mercado⁴⁰.

De la última década podemos mencionar, de modo general, que el Estado ha recuperado parte de su capacidad de regulación y gestión. Esto se refleja en la amplia cobertura de previsión social, programas de medicamentos como el REMEDIAR, la capacidad y calidad de los hospitales públicos (si bien mayoría depende de gobiernos provinciales y municipales), etc. También podemos destacar el crecimiento de la seguridad social como el acercamiento entre este sector y el Estado nacional. Hoy, nuestro sistema de salud es de carácter mixto, con cierta centralidad del sector público, pero con un sistema privado con fuerte capacidad de acción política. Podríamos decir que ambas partes conviven tensamente. Por otro lado, cabe mencionar cierta continuidad tanto en la permeabilidad de las agencias internacionales de salud en la agenda de las políticas sanitarias como en el estado de fuerte fragmentación y diversificación del sistema sanitario⁴¹.

REFLEXIONES FINALES: ¿ UN PROCESO DE MEDICALIZACIÓN EN LA ARGENTINA?

Como intentamos mostrar, el desenvolvimiento del sistema sanitario local conforma un complejo entramado de dimensiones. Así, quisiéramos afirmar que en la Argentina convivieron por lo menos dos procesos complementarios, diferenciables solo a nivel analítico ya que ambos se configuran mutuamente. Primero, el de las disputas y conflictos en torno a la conformación, alcances y capacidades del Estado/sistema de salubridad. Estos conflictos se esgrimieron en un medio comprendido por dos tensiones: 1) la tirantez que implica la expansión/centralización estatal frente a expresiones locales particulares y 2) el sentido de lo público/estatal frente a una lógica del lucro. Ambas tensiones, a su vez, están atravesadas por una tercera tensión relacionada con los efectos de la expansión y el funcionamiento del sistema de salubridad, sus costos y ganancias. Segundo, las mutaciones que fueron experimentando la mirada y la práctica médica, a la luz no solo de las transformaciones en el sistema de salubridad, sino también ante la emergencia de nuevas formas de mirar, pensar, entender la salud, y de nuevas tecnologías. Como desarrollamos a lo largo del texto, estas mutaciones tendieron, con muchos matices, a la expansión del proceso de medicalización.

Una noción que nos parece interesante para profundizar en posibles matices con respecto a la medicalización es la de *accesibilidad*. Esta ha flotado a lo largo del recorrido propuesto en tanto atributo que se puso en juego en los vaivenes entre la ampliación y el achicamiento del Estado y en las tensiones subsiguientes entre el sector privado y el público. Vamos a detenernos aquí para hacer una serie de puntualizaciones. A primera vista podría parecer que

medicalización, ampliación del alcance del sistema de salubridad y accesibilidad constituyen un *continuum*. Sin embargo, podemos afirmar que accesibilidad no implica *sine qua non* medicalización del mismo modo que *no accesibilidad* no implica *per se* un proceso de *desmedicalización*. Esto es así si entendemos que la accesibilidad (asequibilidad) tiene un fuerte parentesco con la noción de *disponibilidad*. Mientras que la disponibilidad referiría a, por ejemplo, servicios ofrecidos por el sistema de salud, la accesibilidad implicaría la posibilidad de que esos servicios ofrecidos sean realmente utilizados por quienes los requieren. Así, un hospital disponible no necesariamente es accesible. En este punto resulta fundamental problematizar la idea de *pasividad* con la que la biomedicina caracteriza al paciente. En términos abstractos, un sistema de salubridad disponible y accesible, en el que la relación médico-paciente fuese horizontal, priorizando el trabajo comunitario, situado, basado en la circulación de conocimientos y herramientas, podría garantizar la accesibilidad promoviendo la desmedicalización. Esto sería plausible siempre y cuando se privilegie un enfoque de salud que priorice la autonomía y las capacidades de las personas⁴². Asimismo quisiéramos agregar otra puntualización paralela a la recién comentada. En el texto hemos señalado por lo menos dos aspectos posibles del proceso de medicalización. El primero se relaciona de modo directo con las instituciones del sistema de salud y la penetración de la lógica de lucro. Cuando esto sucede, se intensifica la conversión de problemas no médicos en médicos ya que, si en el funcionamiento del sistema sanitario prima una lógica capitalista en la que la industria farmacéutica y las corporaciones privadas marcan el pulso de su funcionamiento, la medicalización creciente de la vida sería proporcional al incremento de ganancias ya que implica la ampliación de un mercado⁴³. Entonces allí es pertinente decir que el contexto argentino requiere un análisis detenido ya que, como intentamos mostrar, la lógica del lucro no fue la única que operaba. El carácter complejo de nuestro sistema de salud (compuesto por el sistema de salubridad, servicios sociales y empresas privadas) ofrece resistencias y matices a dicha lógica. El sector público, al estar regulado, *a priori*, por una lógica que no es idéntica a la de compra/venta, actuó y actúa ofreciendo algún tipo de resistencia ante la tendencia medicalizadora/mercantilizadora de alcance occidental.

El segundo se expresa mediante la introyección por parte de los sujetos (proceso de subjetivación) de la noción de *riesgo* y se manifiesta en el disciplinamiento de la propia vida en tanto vida saludable, principalmente mediante la adquisición de hábitos preventivos, lo que implica también el consumo de productos de diversa índole en un novedoso biomercado. La configuración de este nuevo tipo de subjetividad ciudadana tiende a la creciente demanda y consumo de técnicas de monitorización, intervenciones, consumo

de medicamentos y tratamientos “preventivos” ante potenciales enfermedades o trastornos (es decir, consumo en “estado de salud”) motorizados por la noción de riesgo y el constante estado de alerta que esta produce. Desde muchos sectores (especialmente desde la ya mencionada alianza medios de comunicación/industria farmacéutica) moldean los parámetros de consumo promoviendo la venta de productos que prometen una vida sana. Como señala Passos Nogueira, en nuestras sociedades posindustriales, tan enamoradas de la *promoción persecutoria*, el cuidado compulsivo está relacionado con la proliferación de la noción de riesgo. Así, parece naturalizarse el *ethos* de la enfermedad como potencia, lo que conlleva una nueva

pérdida de la autonomía⁴⁴ de las personas e implica la producción de un tipo de sujeto que desea consumir lo que el biomercado tenga para ofrecerle.

A modo de cierre nos preguntamos, ¿es posible soñar con un sistema de salubridad que combine su accesibilidad con el respeto hacia las heterogeneidades sociales y su autonomía?, ¿es posible promover la equidad en el acceso a los servicios de salud sin que ello implique reforzar la lógica de mercado e imponer modos de saber?, ¿podremos disfrutar de la disponibilidad de recursos humanos, farmacológicos, tecnológicos, institucionales, comunicativos, etc. y que estos circulen según las necesidades y deseos de las personas y los grupos?

Conflictos de interés: el autor no presenta conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. G. Canguilhem problematiza la noción de salud pública. Afirma que la distinción entre lo público y lo privado en los procesos que atañen a la salud no son tajantes ni lineales. Por ello propone utilizar el término salubridad para pensar los procesos que involucran a un individuo y lo ponen en relación con diferentes relaciones sociales, con el Estado, con médicos/as, con diferentes instituciones abocadas a la salud, etc. En su: *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu; 2004.
2. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2009.
3. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2007.
4. Foucault M. *Historia de la medicalización*. En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira; 2008.
5. Para ampliar sobre esta idea puede consultarse: Haraway D. *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Madrid: Cátedra; 1995.
6. Foucault M. *Historia de la medicalización*. En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira; 2008.
7. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2009. p. 40.
8. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva. Bs. As: Ed. Lugar; 2009; 26.
9. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2007.
10. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2009.
11. Según J. C. Escudero (citado por G. Laplacette y L. Vignau), la presión para convertir la salud en un área prioritaria de beneficio capitalista sigue siendo muy fuerte, motorizada principalmente por los organismos rectores del capitalismo mundial: la Organización Mundial de Comercio, el FMI y el Banco Mundial, además de una larga lista de gobiernos centrales, especialmente aquellos que fabrican medicamentos nuevos y que han colocado capitales en los seguros privados de América Latina.
12. Laplacette G, Vignau L. *Medicalización de la salud*. En: Cannellotto A, Luchtenberg E. *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción de enfermedades*. Buenos Aires: UNSAM EDITA; 2010. p. 65.
13. Rose N. *Políticas de la vida; biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: UNIPE Editorial Universitaria; 2012. p. 48.
14. Nogueira Passos R. *La salud que hace mal*. Buenos Aires: Lugar; 2008. p. 27.
15. El rol que juega la noción de enfermedad en el proceso de medicalización es un punto de abierta discusión en los estudios sociales citados. Seguramente las diferencias en los enfoques no se salden ni deban saldarse a nivel teórico o abstracto sino a nivel local mediante un enfoque situado.
16. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2009.
17. Como adelantamos en la introducción de este trabajo, en este apartado vamos a proponer un relato situado; necesariamente fragmentario, discreto, para el cual seleccionamos fuentes secundarias (principalmente investigaciones historiográficas) según los propósitos de investigación aquí definidos. Intentamos seguir a M. Foucault en su crítica al relato Universal de la Historia, una historia lineal, acumulativa, con origen. En efecto, no buscamos ofrecer la verdad de la historia del sistema de salubridad de la Argentina, sino un relato de la misma. Para ampliar sobre esta idea puede consultarse en: Foucault M. *Nietzsche, la genealogía y la historia*. Buenos Aires: La piqueta; 1992.
18. Róvere M. *La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto* [Internet]. UNER. Facultad de Ciencias de la Salud; [2004]. [Último acceso: 11/10/2014]. Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfsc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
19. Ramacciotti KI. De neurocirujano a primer ministro de salud de Argentina. *Salud Colectiva*. 2008;4(1):91-103.
20. Ya sea para caracterizar, debatir o ahondar en cuestiones pertinentes al sistema de salubridad, en sus discursos más de una vez se utilizó metáforas de índole militar: “La defensa de la salud pública debe ser una defensa organizada, porque las enfermedades son ejércitos formados por enemigos invisibles (...). Entendemos que los médicos debemos familiarizarnos con el ejército, sino también para analizar el proceso de medicalización de los hospitales europeos (modelos de los nuestros). Cabe mencionar que filósofo e historiador M. Foucault también recurrió a metáforas militares no sólo para describir el proceso de expansión de la medicalización de Alemania en el siglo XVIII (la conformación de una “policía médica”). Carrillo R. *Contribuciones al conocimiento sanitario. Obras completas*. Buenos Aires: Eudeba; 1974. p. 146.
21. Foucault M. *Historia de la medicalización*. En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira; 2008. p. 90.
21. Para ampliar en los modos y efectos del proceso de homogenización puede consultarse: Ben P. *Muéstrame tus genitales y te diré quién eres*. En: Acha O, Halperin

- P (comps). *Cuerpos, géneros e identidades*. Buenos Aires: Ediciones del Siglo; 2000.
- Y Salessi J. Médicos, maleantes y maricas: higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina (1871-1914). Buenos Aires: Beatriz Viterbo; 1995.
22. Isuani EA, Mercer H. La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad? Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 34.
23. Belmartino S. Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970. En Armus D. Avatares de la medicalización en América Latina 1870 – 1970. Buenos Aires: Lugar editorial, 2005; 104.
24. Ramacciotti K. La política sanitaria del peronismo. Buenos Aires: Biblos; 2009. p. 64.
25. Estamos utilizando la noción de saber tal como la entiende Michel Foucault, es decir, de modo inseparable de la noción de poder. El poder en Foucault es un poder productivo, no represivo. En efecto, “el saber es la integración de las relaciones de fuerza [poder] en el sentido más general que exista: las relaciones de fuerza entre las cosas, entre las personas, entre letras, entre luces, entre sombras y luz, entre todo lo que quieran” En Deleuze G. *El saber: curso sobre Foucault*. Buenos Aires: Cactus; 2013. p. 243.
26. Ramacciotti K. La política sanitaria del peronismo. Buenos Aires: Biblos; 2009. p. 65.
27. Carrillo R. Sanidad justicialista. En *Obras completas II. Contribuciones al conocimiento sanitario*. Buenos Aires: Eudeba; 1974. p. 424.
28. En: Carrillo R. Sanidad justicialista. En *Obras completas II. Contribuciones al conocimiento sanitario*. Buenos Aires: Eudeba; 1974. p. 432.
29. Róvere M. La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto [Internet]. UNER. Facultad de Ciencias de la Salud; [2004]. [Último acceso: 11/10/2014]. Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
30. Belmartino S. Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970. En: Armus D. Avatares de la medicalización en América Latina 1870 – 1970. Buenos Aires: Lugar; 2005. p. 107.
31. Isuani EA, Mercer H. La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad? Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 48.
32. Belmartino S. Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970. En: Armus D. Avatares de la medicalización en América Latina 1870 – 1970. Buenos Aires: Lugar; 2005. p. 108.
33. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2009. p. 37.
34. Isuani EA, Mercer H. La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad? Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 65.
35. A modo de ejemplo, podemos decir que este período el sector privado se convirtió en el más importante propietario de equipos de medicina de alta complejidad Ver: Isuani EA, Mercer H. La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad? Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 69.
36. Isuani EA, Mercer H. La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad? Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 39.
37. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2009.
38. Isuani EA, Mercer H. La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad? Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988.
39. Isuani EA, Mercer H. La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad? Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 75.
40. Laplacette G y Vignau L. Medicalización de la salud. En *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires: UNSAM Edita; 2010. p. 64.
41. Róvere M. La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto [Internet]. UNER. Facultad de Ciencias de la Salud; [2004]. [Último acceso: 11/10/2014]. Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
42. Siguiendo las reflexiones que I. Illich propone en su libro “Némesis médica”, este equilibrio dinámico entre la autonomía de los sujetos (atributo deseable para nuestras sociedades) y heteronomía en relación a los saberes específicos sobre salud y a los recursos biotecnológicos y farmacológicos, no se salda en términos universales ya que, según Illich, sería insoslayable la tensión que provee cada contexto, las características de los actores sociales, institucionales e individuales en cuestión, etc. En efecto, el problema aquí planteado debería ser abordado, para este autor, a nivel comunitario. En: Illich I. *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral; 1975.
43. Laplacette G, Vignau L. Medicalización de la salud. En: Cannelotto A, Luchtenberg E. *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires: UNSAM Edita; 2010.
44. Nogueira Passos R. La salud que hace mal. Buenos Aires: Lugar; 2008. p. 23.