



REVISTA
FAMG

2025

Edición
"40 años de
FAMG"

COMISIÓN DIRECTIVA 2023-2025

Presidenta:

Pilar Galende
APaMGFES (La Pampa)

Vice-Presidenta:

Andrea Obregón
ASMGyF (Santa Fe)

Secretaria:

Arminda Mattar
AMGyES (San Luis)

Pro-Secretaria:

Mercedes Albornoz
AMES (CABA)

Tesorero:

Martín Vargas Enríquez
SMR (Neuquén)

Pro-Tesorera:

Andrea Lascano
SMGT (Tucumán)

1º Vocal Titular:

Adriana Rotela
ARES (Río Negro)

2º Vocal Titular:

Luz Díaz
ADESAJ (Jujuy)

1º Vocal Suplente:

Diana Sacco
ASMGyF (Santa Fe)

2º Vocal Suplente:

Carlos Rodríguez
SMGT (Tucumán)

1º Sindico:

Silvina Fábregas Lengard
AMGBA (Buenos Aires)

2º Sindico:

María Beatriz Taboada
APARSE (Santiago del Estero)

Síndico Suplente:

María Laura González
ACorES (Córdoba)

Tribunal Revisor de Cuentas:

Juan Pedro Bonifazzi -
ASMGyF (Santa Fe)

Esteban Vianello.

APaMGFES (La Pampa)

Víctor Orellana.

SMGT (Tucumán)

Secretaría de Asuntos

Científicos:

Érica Montaña

APaMGFES (La Pampa)

Secretaría de Prensa y

Difusión:

Alejandro Poudes

AcFudES (Tierra del Fuego)

Secretaría de Relaciones

Internacionales:

Darío Montenegro

ASMGyF (Santa Fe)



EQUIPO EDITORIAL DE ESTE NÚMERO

Erica Montaña (APaMGFES)

Serena Perner (ARES)

Andrea Obregon (ASMGyF)

Luciana Galloni (ASMGyF)

Pilar Galende Villavicencio (APaMGFES)

Analía Leyes (AMGyES)

Emanuel Cardozo (AMES)

DISEÑO EDITORIAL Y DIRECCIÓN DE ARTE

Manuela Bersier Arias - Diseñadora de Imagen y Sonido (UBA)

Imagen de tapa producida mediante herramienta de inteligencia artificial, supervisada y editada por Manuela Bersier Arias.

ÍNDICE

Texto Editorial

Autora: Pilar Galende Villavicencio [5](#)

Sección Posicionamiento FAMG

"40 años de la Federación Argentina de Medicina General y Equipos de Salud, la lucha por una Salud para todas y todos continúa". [6](#)
Autoras/es: Comisión directiva FAMG 2023-2025

Sección Grupos de Trabajo

"Convocatoria al equipo de salud a sumarse al Grupo de trabajo en Salud Socio Ambiental de la FAMG y sus asociaciones." [9](#)
Autor: Pablo Javier Reyes

"La perspectiva internacionalista de la salud colectiva". Autor: Darío Montenegro [13](#)

"Procesos de trabajo en la salud: las dinámicas de subjetivación y los horizontes de producción de subjetividad." [16](#)
Autoras/es: María Carolina Baratti, Pablo A. Chaves, Luciana L Galloni, Mariela Muñoz

Sección Aportes para la investigación

"Habitar la calle: subjetividades y cuidados" [22](#)
Autoras/es: María Laura Bergues, Ángeles Canale, Sofía Denisse Zapata

El feminismo en la ciencia: el legado de María Lugones. Autora: Alejandra Érica Montaña [28](#)

Sección Convocatoria Especial

"Interculturalidad: desafío para la biomedicina y sus equipos de salud". Autora: Celia Iriart [33](#)



EDITORIAL

Autora: Pilar Galende Villavicencio¹

Nuestra querida Federación Argentina de Medicina General y Equipos de Salud celebra sus primeros 40 años de historia. Una historia que nace allá en 1985, en la ciudad de La Plata, cuando se conforma por primera vez a nivel federal la entonces Asociación Argentina de Medicina General (AAMG), al calor de los debates del retorno democrático por un sistema de salud integrado, solidario, participativo y equitativo.¹

A lo largo de este tiempo, nuestro espacio colectivo creció y se consolidó como una referencia por el derecho a la salud en nuestro país y América Latina. Hoy conformamos una red con trece asociaciones provinciales que reúnen equipos de salud del primer nivel de atención y la participación fundamental de nuestro semillero de profesionales con compromiso social como es la Comisión Nacional de Residentes.

La producción científico académica, la divulgación y el debate de ideas estuvieron siempre en el centro de nuestras políticas institucionales, como un desafío de enlazar el pensamiento crítico en salud con el trabajo territorial en todos los escenarios posibles. Por eso, la revista de la FAMG también tiene historia. En los años 90 la AAMG publicaba Nivel 1, reuniendo diversidad de artículos científicos, pero también políticos sobre la época: desnutrición infantil, las luchas contra el hospital de autogestión, los derechos de las mujeres, el reconocimiento de la especialidad, las temáticas ambientales y la atención primaria en salud, entre otros temas.

Durante toda esa década y años posteriores, la revista de la AAMG se sostuvo en publicaciones periódicas que se ampliaron a la divulgación de investigaciones y actualizaciones en salud, trayendo nuevos horizontes de participación federal e incluyendo agendas renovadas con temáticas como la acreditación de residencias, los impactos del neoliberalismo en las condiciones laborales, los derechos sexuales y reproductivos, la epidemiología crítica, la formación de recursos humanos, la participación comunitaria en salud y muchos otros.

En 2010, ya como FAMG, aparece Huellas en APS, como un espacio abierto a la difusión de experiencias del trabajo de los equipos de salud, asumiendo la tarea de alojar la necesidad de revisión de las prácticas en

salud como una condición ineludible de transformación de nuestros sistemas sanitarios, bajo las premisas de que no es posible el derecho a la salud en sociedades marcadas por la desigualdad, la injusticia, la inequidad y deshumanización en muchos ámbitos de la vida.

Como en 2019, asumimos nuevamente el desafío de sostener nuestra revista FAMG como herramienta de comunicación e intercambio, recuperando esta historia de trabajo de nuestro colectivo y con la expectativa de seguir caminando en el tiempo con nuevos equipos y nuevas ideas, pero el compromiso de siempre: luchar en todos los planos posibles por el derecho a la salud.

Vivimos tiempos de profunda crueldad, de avasallamiento a los/as trabajadores/as, con despidos masivos, desfinanciamiento de políticas públicas estratégicas para la salud pública y desmantelamiento de programas claves para el funcionamiento de nuestro sistema sanitario, con hospitales nacionales en riesgo y centros de salud precarizados, y un intento de debilitamiento de nuestras redes comunitarias y lazos sociales, que profundizan la fragmentación y mercantilización de la salud con el propósito último de privatizarla.

¿Qué tiempos son estos en los que hay que defender lo obvio? se preguntaba Bertolt Brecht. Ayer como hoy, seguimos defendiendo la salud como un derecho humano fundamental. Por eso, en el contexto difícil que nos toca atravesar, es un orgullo y una esperanza que volvamos a recuperar este espacio de encuentro que empuña la palabra como acto político de reconocimiento al valor de lo que hacemos.

Esta primera edición reúne documentos elaborados por nuestros espacios institucionales y grupos de trabajo, así como producciones científicas presentadas en congresos y algunos artículos de colaboradores/as. Estará abierto a recibir propuestas colectivas y elaboraciones propias de quienes conformamos nuestra FAMG, esperamos que sea un nuevo inicio en este proceso de construir entre todos y todas una revista que refleje nuestra historia, nuestro presente y sobre todo nos proyecte en un futuro de crecimiento y compromiso con el derecho a la salud.

1 Médica Generalista. Presidenta FAMG 2023-2025

40 años de la Federación Argentina de Medicina General y Equipos de Salud, la lucha por una Salud para todas y todos continúa

Recuperar nuestra historia para pensar el presente: posición de la Federación Argentina de Medicina General en defensa del derecho a la salud.

Autoras/es: Comisión directiva FAMG 2023-2025

La antigua Asociación Argentina de Medicina General (AAMG) fue fundada en 1985, apenas unos años después de la recuperación de la democracia.

En su origen nucleaba a médicos y médicas generalistas de todo el país con desempeño rural o urbano y acompañando a quienes realizaban sus residencias de posgrado.

La AAMG adhirió a los postulados de la famosa reunión de Alma Atta¹ propiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978. Desde esta postura política e ideológica la Medicina General tomó como eje transversal en sus habilidades, destrezas y de sus contenidos teóricos a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

La APS debutó formalmente en el mundo y en el campo de la salud a partir de la Conferencia de Alma Atta, aunque existían experiencias enroladas en esos términos tanto en Argentina como en otros países. La reunión de 1978 se realizó en medio de las tensiones geopolíticas acontecidas en la denominada “guerra fría” y constituyó un notable desafío hacia el mundo occidental por parte de la OMS al celebrarla al otro lado de la “cortina de hierro”.

A partir de las reformas neoliberales implementadas durante la década del 90 en numerosos países y en lo particular en Argentina, se inicia un largo proceso caracterizado por el cercenamiento del derecho a la salud mediante el denominado “subsidio a la demanda” propuesto por las políticas de aseguramiento y lógicas encubiertas de privatización de servicios públicos de salud gratuitos. Todo esto, además, en línea con otras reformas en diferentes sectores del Estado y la sociedad.

Las provincias argentinas, que en su gran mayoría financian los subsectores estatales de la salud, inician también recorridos similares con reformas que presuponen “capacidades de pago encubiertas” de la ciudadanía. Dichas reformas producen en los territorios con mayores dificultades socioeconómicas, la instalación de aranceles y pagos para atenciones, lo que impide directamente la accesibilidad a los servicios.

Al inicio del siglo XXI la antigua AAMG considera oportuno pasar a constituir una organización federal en tanto así se define la propia organización del país. Es por ello que, se funda la Federación Argentina de Medicina General FAMG²

1 Ciudad Capital de la república de Kazajistán integrante en aquel tiempo de la URSS (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas)

2 La FAMG se encuentra conformada por las asociaciones de las siguientes provincias argentinas: Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Río Negro, San Luis, Tucumán, Tierra del Fuego, Neuquén, La Pampa, Jujuy, Chaco y CABA.

como Federación de Asociaciones Provinciales de Medicina General, familiar y comunitaria y Equipos de salud. La AAMG es entonces convertida en FAMG, que sostiene los mismos principios aglutinadores desde los inicios: derecho a la salud, estrategia de Atención Primaria de la Salud, perspectiva de Salud Colectiva Latinoamericana, medicamentos y tecnologías de punta en producción pública, salud sexual y reproductiva, entre otros.

En estos más de 40 años de democracia en Argentina, la FAMG ha sido un actor indiscutible en la defensa del derecho a la salud, en diálogo permanente con otras organizaciones y aportando al pensamiento crítico en salud, provenientes de las luchas contra los extractivismos, de los pueblos originarios en la defensa de sus territorios, de los colectivos de desmanicomialización, de las reivindicaciones de los/as trabajadores/as de la salud pública por condiciones laborales dignas y de los movimientos de mujeres y disidencias sexuales.

Los principios que mencionamos han sido y siguen siendo, las trazadoras y ejes permanentes en cada Congreso anual en las exposiciones centrales, otorgando elementos facilitadores para la Educación Permanente en Salud. Desde la AAMG en sus inicios como luego la FAMG hemos defendido permanentemente la construcción de sistemas de salud universales, equitativos, solidarios y participativos.

En este sentido, se generaron propuestas para la creación de leyes generales de salud en conjunto con legisladoras y legisladores en numerosas reuniones con Ministros y Ministras de salud de la Nación y provinciales. De igual modo, desde la FAMG nos comprometemos ante la situación ambiental y ecológica, el impacto del modelo del agronegocio en la salud, del cambio climático y la alimentación transgénica, convocando a expertos para su participación y disertación en los Congresos. Tuvimos el privilegio de contar con la participación de Julio Monsalvo³ quien desde su generosidad nos ha aportado su saber y experiencia invaluable. Asumimos con convicción la necesidad de transversalizar la perspectiva

de género en el campo de la salud, a partir de las interpelaciones constantes de los feminismos, y convocamos a referentes de esta perspectiva en cursos de capacitación para los equipos de salud, conversatorios, congresos provinciales y nacionales.

También nuestra organización ha hecho historia en el avance de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, gracias a numerosas médicas y médicos e integrantes del equipo de salud que garantizan la accesibilidad a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) a partir de la incorporación de la causal “salud integral” bajo el modelo de causas o permisos que autorizaba el Código penal argentino y que fuera reafirmado por el denominado fallo “F.A.L.” de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, a inicios de 2012. Asimismo, logramos constituirnos en referentes de salud pública y colectiva, y en reconocimiento a su rol estratégico en los equipos de salud del primer nivel de atención, nuestra organización tuvo una participación notable en los debates legislativos que dieron fuerza de ley a la IVE mediante la sanción de la Ley 27.610 en el año 2020. Antes y con más intensidad a partir de la sanción de la ley acompañamos los procesos de capacitación y fortalecimiento de los/as profesionales de salud que realizan dicha práctica en reconocimiento de los derechos de la ciudadanía a decidir sobre sus pautas reproductivas.

Por todo eso, la nueva etapa que nos dejó la pandemia, no solo en las condiciones de reproducción social del pueblo trabajador, sino también en el debilitamiento de los servicios públicos de salud, fundamentalmente del primer nivel de atención, nos obliga a recuperar nuestra historia y aunar esfuerzos para repensar nuestros sistemas sanitarios. Tarea imprescindible ante los peligros del avance de la necropolítica en nuestro país y en toda la región latinoamericana que van por los derechos conquistados.

El mercado sueña con deglutir la seguridad social, el subsector salud estatal, la educación pública en todos sus niveles, incluida la Universitaria y al sistema previsional. Le interesa desregular el Estado en todos

3 Julio Monsalvo fue un médico cordobés que trabajó en numerosas regiones de Argentina, con pueblos originarios. Fue un reivindicador de la ecología y el respeto al agua y a la tierra. Fundador de la “alegremia”. Ha fallecido en 2021

sus niveles dado que lo considera un elefante inútil e ineficiente.

Es necesario construir la conciencia sanitaria colectiva para que la tecnocracia y la visión economicista no se lleve puesto lo poco que se ha podido construir en términos de acceso gratuito a medicamentos, tecnologías de alto costo, de la atención de la salud integral que incluye los padecimientos subjetivos, entre otros tantos aspectos que involucren el campo de la salud colectiva. Estos han de ser principios innegociables.

Es por ello que se requiere re-convocarnos como organización vanguardista. Hacer público nuestro posicionamiento, como en su momento hiciéramos con el rechazo a la estrategia de ajuste denominada CUS⁴ o en los 90 contra las políticas de aseguramiento pergeñadas por el Banco Mundial. Nuestra historia nos convoca tanto como nuestro presente. El dinamismo que le es propio a la categoría “salud” nos hace detenernos a reflexionar permanentemente en el “cómo vamos” y en el “cómo queremos” que marchen los acontecimientos.

Por ello consideramos oportuno avanzar hacia una red de organizaciones con las cuales compartimos los mismos principios en nuestra región del Cono Sur y resto de Latinoamérica y el Caribe, que nos constituya como actores políticos capaces de generar transformaciones. Avanzar de ese modo, a una instancia de salud internacional colectiva latinoamericana donde se potencien no sólo los ideales o las declaraciones de principios sino donde sea posible generar hechos de naturaleza trascendental al respecto de la iniciativa de “refundación de los sistemas de salud”.

Una refundación que no solamente se proponga superar la fragmentación actual (a nivel de sistemas de salud, de equipos de salud y comunitaria

potenciada por la pandemia del Covid 19) y agravada por una precarización laboral creciente en vistas a garantizar el derecho universal a la salud con equidad y justicia sino que también destierre los sesgos racistas, misóginos, capacitistas y de clase que aún prevalecen en el modelo médico que hegemoniza nuestros sistemas de salud. Descolonizar las prácticas y saberes vigentes debe ser un horizonte común que nos convoque en esta tarea de defender lo conquistado y refundar lo necesario para que pueda dar respuesta a los padecimientos de nuestros pueblos atravesados por la miseria y la desesperanza.

Proponemos una refundación que contemple tres dimensiones: **Política, Sanitaria y SocioAmbiental**. Entendiendo lo político como la explicitación de reglas de juego claras de los sistemas de salud que superen la fragmentación y permitan la participación de todos los actores; lo sanitario como la respuesta organizada ante las problemáticas urgentes y pendientes de nuestra población así como la democratización e integralidad de los servicios; y lo socio ambiental desde una perspectiva basada en la ecología política que propone una nueva forma de mirar al mundo que habitamos, postulando una visión de todas las personas como parte implicada en el mundo, con capacidad de modificarlo y ser modificado por el y de esta forma impactar en la salud humana y de nuestra madre tierra. Concebimos que esta tarea requiere de nuevas y nuevas trabajadoras y trabajadores de la salud colectiva que, con base en los valores expresados, puedan contribuir a esta refundación activamente, trabajando desde su lugar y acompañando a las personas y comunidades.

Más que nunca llamamos a todas las fuerzas embanderadas en la salud colectiva latinoamericana a reunirse en esta tarea urgente y convocamos a la ciudadanía a participar activamente de esa lucha en defensa de una salud pública, gratuita, universal, participativa, feminista e intercultural.

4 Cobertura Universal de Salud: iniciativa que había ya venido fracasando en otros países de la región, tal el caso de Colombia y que el gobierno del Presidente Mauricio Macri intentó aplicar en su gestión.

Convocatoria al equipo de salud a sumarse al Grupo de trabajo en Salud Socio Ambiental de la FAMG y sus asociaciones.

Autor: Pablo Javier Reyes ¹

Resumen: El Grupo de trabajo en salud socio ambiental (SSA) está compuesto por integrantes del equipo de salud de distintas asociaciones provinciales del país. También es un espacio abierto a personas de organizaciones reconocidas por sus luchas en la materia, donde compartimos una visión y una misión como Asociaciones científico-académicas. La misión es la defensa del Derecho a la Salud, muy vulnerado por determinaciones del campo socio ambiental; y la visión es que con la estrategia Atención Primaria de la Salud (APS) vamos a lograr Salud para Todxs.

Palabras claves: Salud de los ecosistemas; Complejidad; micropolítica; Subjetividad

Nuestro paradigma

Partimos de la convicción de la complejidad de los problemas de salud, los cuales son ontológicamente sistémicos, procesuales y abiertos a múltiples interdependencias (Capra, 1996; Monsalvo, 2004). Entendemos que lo que explica la realidad y sus problemas de salud son sus conexiones, sus relaciones y su contexto. Todo esto enmarcado dentro de procesos productivos inmanentes (Franco y Merhy, 2016).

La realidad interpretada es la cristalización de una totalidad compuesta por la trama de relaciones que se establecen entre sus partes; partes constituidas por dimensiones de distinta naturaleza, ya sea biológicas, psicosociales, culturales o histórico-procesuales. Esa totalidad, manifestada como un síntoma, vista desde sus configuraciones relacionales, constituye una red causal; es decir, que sus manifestaciones (síntomas o situaciones de salud), pueden ser pensadas como las “propiedades emergentes” del sistema que analicemos: individuo, grupos, barrios, etc.

Este pensamiento comprensivo, integral e integrado, nos lleva a una deducción: la salud es una sola y la salud es la ‘salud de las relaciones’ y de

los ecosistemas, en donde el sistema social es un subsistema que PERTENECE a esa totalidad que llamamos naturaleza. Su consecuencia es la no separación entre la persona y el ambiente (donde interactúa e interdepende la persona). Uno en otro, como en la cinta de Moebius, no hay afuera, no hay adentro, uno en el otro.



En este paradigma, la típica visión moderna de la realidad como un conjunto de elementos o partes aislados, apenas vinculados por relaciones mecánicas o cuasi mecánicas, no existe. No es con arreglos técnicos simplificados o ingenuos -producto de reducciones de esa complejidad-, que vamos a lograr esa anhelada salud para todxs.

Las características esenciales del pensamiento sistémico:

El primer y más general criterio es el cambio de las partes al todo. Los sistemas vivos son totali-

¹ Médico Generalista (CD-AMGBA). Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud (UNLa). Coordinador Docente de APS y Salud Comunitaria para las Residencias de la Región Sanitaria II (Provincia de Bs. As.). Participante del “Movimiento de Salud Popular Laicrimpo”. Correo de contacto: pjreyes.2006@gmail.com

² Texto revisado y editado por el grupo de trabajo en SSA-FAMG.

dades integradas cuyas propiedades no pueden ser reducidas a las de sus partes más pequeñas. Sus propiedades esenciales o «sistémicas» son propiedades del conjunto, que ninguna de las partes tiene por sí sola. Emergen de las «relaciones organizadoras» entre las partes, es decir, de la configuración de relaciones ordenadas que caracteriza aquella clase específica de organismos o sistemas en general. Las propiedades sistémicas quedan destruidas cuando el sistema se disecciona en elementos aislados. Otro criterio básico del pensamiento sistémico es la habilidad para focalizar la atención alternativamente en distintos niveles sistémicos. A través del mundo viviente nos encontramos con sistemas dentro de sistemas, y en general a distintos niveles sistémicos corresponden distintos niveles de complejidad. Y a cada nivel, los fenómenos observados poseen propiedades que no se dan a niveles inferiores. Las propiedades sistémicas de un nivel concreto reciben el nombre de propiedades «emergentes», puesto que emergen precisamente en aquel nivel. (Capra, 1996 p. 56). [...]

La ciencia sistémica demuestra que los sistemas vivos no pueden ser comprendidos desde el análisis. Las propiedades de las partes no son propiedades intrínsecas y sólo pueden entenderse desde el contexto del todo mayor. Por tanto, el pensamiento sistémico es un pensamiento «contextual», y puesto que la explicación en términos de contexto significa la explicación en términos de entorno, podemos también afirmar que el pensamiento sistémico es un pensamiento medioambiental. (Capra, 1996, p. 57).

En épocas más cercanas, la física cuántica demostró que no hay partes en absoluto. Lo que denominamos parte es meramente un patrón dentro de una inseparable red de relaciones. Es decir, el cambio de las partes al todo puede también ser entendido como el cambio de objetos a relaciones. En la visión mecanicista, el mundo es un conjunto de objetos que interactúan y aquí y allá aparecen relaciones entre ellos, pero éstas son secundarias. En la visión sistémica vemos que los objetos en sí mismos son redes de relaciones inmersas en redes mayores.

Esta aproximación a la ciencia plantea de inmediato una importante deducción: si las propiedades emergentes son el resultado de la trama de relaciones que constituyen el todo del sistema analizado, y si esas relaciones son producto de una trama de interdependencias e interacciones entre las partes, entonces se abre una esperanzadora posibilidad para el trabajo con esta complejidad, pues si logramos modificar unas pocas relaciones de un sistema problemático, podemos modificar las propiedades emergentes de todo el sistema. Y quienes trabajamos en salud, ya por el solo hecho de involucrarnos, nos constituimos en una nueva parte en el sistema relacional, y participamos en la configuración relacional del sistema. Es decir que -al menos potencialmente-, podemos lograr grandes cambios con pequeños movimientos.

Reconocemos que el trabajo en salud se hipercomplejiza cuando reconocemos que en ese todo sistémico, delimitado arbitrariamente como la salud de un individuo, de una familia o de un grupo poblacional, se superponen, interactúan e interdependen dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales, históricas, que se van entramando como partes de variadas dimensiones que cristalizan en una “determinada” situación de salud, producto de una red causal ecosistémica, una trama donde todo está relacionado con todo (Monsalvo, 2014).

Como ejemplo: a) visto desde las partes, si la tierra no tiene salud los alimentos tampoco y, en consecuencia, nosotrxs tenemos menos probabilidad de estar saludables, b) visto desde las relaciones, si nuestra relación con la tierra es de producción extractivista utilizando tecnología que la enferma (como agrotóxicos), estos van a moverse por aire, agua y tierra y también se van a encontrar en pequeñas cantidades como residuos o trazas en los alimentos, por lo cual nuestra biología va a ser “tensionada” en su funcionamiento humoral; y c) visto desde la complejidad, el modelo productivo es el modelo político-institucional hegemónico, que afecta lo biológico, con las disrupciones endócrinas, trastornos de la fertilidad, cáncer; que afecta la cultura, con pérdida de fuentes laborales, soberanía alimentaria y modos de vida; que afecta lo social,

con migraciones del campo a la ciudad, cierre de escuelas rurales; que afecta lo psicológico, por las consecuencias del desarraigo, entre otros aspectos, ya que su capital cultural, muy rico en el campo, resulta inútil en los trabajos de la ciudad. Todas las afectaciones del recorte ejemplificado son abiertas, interactivas e interdependientes.

¿Qué hemos aprendido trabajando con problemáticas socioambientales?

Que es necesario pensar los problemas socioambientales en equipo transdisciplinario, transectorial y comunitario, de modo tal que se pueda cubrir en RED las dimensiones implicadas, tanto para su comprensión como para su intervención. De ese conjunto, la mayor aliada suele ser la Comunidad autoconvocada, siendo que en muchos casos la institucionalidad y sus ejes de poder funcionan como obstaculizadores de los movimientos. Esta aproximación es un “norte” que tenemos que considerar al momento de luchar por un problema socio ambiental.

Que, como regla general, las instituciones son resortes de quienes ostentan el gobierno y sus políticas, que muchas veces se asemejan más a agentes representantes externos, desnaturalizando así su objeto institucional; cuestión que se traduce en negacionismo, dilaciones o desacreditaciones cuando hay conflictos de interés. En este sentido, cuando la sociedad se organiza y logra expresarse con repercusiones en los medios masivos de comunicación, la clase política y las instituciones se activan, tardía y ambiguamente, con resultados no siempre garantizados para el bien común.

Que hay que desplegar una actitud de vinculación y ampliación de Redes, uniendo sectores y actores interesados en la problemática. Como trabajadorxs de la salud estamos habilitados socialmente para actuar en comunidad, vinculando personas, organizaciones o agentes del mismo campo problemático.

Que hay que mirar el problema en sus distintos niveles sistémicos y de forma estratégica, con herramientas participativas y de análisis de viabilidad de las intervenciones. El Análisis de la Situación de Salud, los Proyectos Locales Participativos, la

Planificación Estratégica Situacional son algunas posibilidades;

Que hay que trabajar en modificar las distintas relaciones al alcance del equipo, valorizando especialmente las dimensiones simbólicas y subjetivas de la sociedad. Pequeñas acciones (aún dentro de un consultorio) pueden modificar parte del sistema.

Que hay que reconocer la importancia fundamental del campo socio económico en la determinación de la SSA, en la medida que las más amplias representaciones sociales (Groült, 2018), tienen inscriptas la lógica y la organización capitalista en su imaginario, en el cual el desarrollo sólo se reconoce como desarrollo económico. Aquí la salud es un valor subordinado y hay que pensar en acciones para centralizar la salud en este campo simbólico; realizar acciones para colocar la salud socioambiental en la agenda pública;

Que contamos como herramienta para incidir en estos planos simbólicos y subjetivos al trabajo con grupos, considerando que en los encuentros se genera una micropolítica entre las personas participantes, en donde cada sujeto vive situaciones que pueden funcionar como acontecimientos muy subjetivantes, capaces de cambiar sus coordenadas de interpretación y de acción sobre la realidad. De allí que nuestro accionar debe construir talleres democráticos, simétricos, diseñados como dispositivos que habiliten aprendizajes significativos, reflexiones y autoanálisis (se pueden profundizar estos conceptos en fundamentos de la Psicología Social de Pichón Riviére, la Educación Popular de Paulo Freire, y la Salud Colectiva de Emerson Merhy y Tulio Franco);

Que los medios masivos de comunicación son otra gran fuente de producción simbólica y subjetiva, incidir allí es contribuir a los cambios en los sistemas representacionales de la ciudadanía, aportando otra lectura de la realidad, con nuevas posibilidades, antes impensadas (por ejemplo, que es posible producir con agroecología en gran escala y con buena rentabilidad). Por ello aconsejamos estar atentxs con las novedades que hayan tenido impacto social y que vayan surgiendo en la agenda mediática, como una oportunidad sobre la cual

proyectar su problematización desde el ángulo de la salud comunitaria. Es trabajar para que los problemas de SSA estén más cerca de la agenda pública;

Que a las consignas de información (actividades de educación para la salud), y organización (actividades de participación comunitaria), hay que sumarle la dimensión transversal de transformación (en actividades educativas o participativas que impliquen aprendizajes significativos o subjetivaciones), para lo cual solo informar, o lograr que la gente participe no alcanza. La propuesta acá es utilizar la teoría pedagógica como forma de interactuar con la comunidad y el equipo. La misma debe ser activa, problematizadora, crítica, complejizadora, donde quienes trabajamos en salud somos fuente de insumos, de reflexiones, generadores de puentes de aprendizaje que pueden ser transformadores. Aquí cabe destacar lo mucho que hemos aprendido de las comunidades, ya que son ellas las que nos han

hecho reflexionar con sus experiencias y aprendizajes; en este sentido, debemos practicar una escucha activa de los saberes comunitarios para encontrar las mejores pistas de interpretación y acción sobre las problemáticas socioambientales, siempre situadas en un territorio;

Que hay que ser estratégicxs en las narrativas que se utilizan y lo que éstas construyen en la sociedad. Como personas que actuamos en los campos científico-académicos, tenemos que cuidar no caer en la captura dicotomizante entre intereses sociales (extractivismo versus fundamentalismo ambientalista), con la cual se neutraliza la perlocusión de nuestros discursos. Cada contexto requiere de su análisis, y debemos llegar al campo representacional de las mayorías desde nuestra identidad (trabajadorxs de la salud), con un discurso moderado, conceptual, con evidencias científicas y, fundamentalmente revelador.

BIBLIOGRAFÍA

- Capra, F. (1996). La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Ed. Anagrama: Barcelona.
- Deleuze, G. (1990) ¿Qué es un dispositivo? En: Michel Foucault, filósofo (pp 155-161). Barcelona: Gedisa.
<https://www.escolanomade.org/2016/02/24/deleuze-o-que-e-um-dispositivo/>
- Fernández, A. M. (1989). El campo grupal. Notas para una genealogía. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión S.A.I.C.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2016). Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Textos seleccionados. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Franco, T. B. (2007). Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 11(23), 427-438.
<https://www.scielo.br/j/icse/a/Tc5BpVpJMWgWJDVPjJWcYVH/?lang=pt6>.
- Groült, N. (2018). Universidad Nacional Autónoma de México (12 feb 2018). La presencia de las representaciones sociales en la vida cotidiana.[Video]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=NhsrRQ1lIk&list=LL&index=58>
- Ministerio de Salud de la Nación (2009). Módulo 4: Herramientas para la planificación y programación local. Programa de Médicos Comunitarios. Postgrado en Salud Social y Comunitaria; CABA.
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Remediar. (2004) Guía de planificación local participativa. Disponible en: <http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/Gu%EDa.pdf>
- Monsalvo, J. (2014). Una sola salud: la salud de los ecosistemas.
https://www.altalegremia.com.ar/Archivos-Website/Rev-SUSTENTABILIDADES_N_10.pdf

La perspectiva internacionalista de la salud colectiva: Una mirada latinoamericana del pasado reciente, propuestas a futuro

Autor: Darío Montenegro¹

Resumen: Se pretende realizar un análisis histórico situacional sobre el desarrollo de organizaciones como la UNASUR y su área de salud ISAGS, y su posterior desmantelamiento en relación a los modelos de cooperación internacional vigentes en el mundo: Sur-Sur, Norte-Sur con lo que cada uno implica. En relación también a las causas políticas que llevaron a su desaparición. Se menciona el rol de la Federación Argentina de Medicina General en este campo y propuestas a los efectos de poder recuperar espacios de decisiones claves en América Latina en pos del internacionalismo en salud que están siendo perdidos.

Palabras clave: internacionalismo, salud colectiva, UNASUR, ISAGS, Cooperación.

Análisis histórico reciente:

Durante la primera década del nuevo milenio fue propulsado el desarrollo de alianzas de cooperación entre países del cono sur que fueran más allá de meros acuerdos comerciales y coyunturales. La agenda latinoamericana comenzó a plantear iniciativas que establecían lógicas de cooperación Sur-Sur, poniendo ciertos límites a la histórica cooperación Norte-Sur. Esta última enmarcada en el diseño de programas y apoyo económico según la perspectiva de los organismos multilaterales de crédito y organizaciones filantrópicas vinculadas al mundo desarrollado. El modelo de cooperación Norte-Sur, en general, tiene por objeto trabajar sobre un puñado de consecuencias y no sobre las causas estructurales que ocasionan problemas de salud en nuestros países. Estas causas tienen relación estrecha con los modelos productivos o la matriz energética con la cual generan sus materias primas y que sin lugar a dudas, provocan un notable impacto en las condiciones de vida. Dado las relaciones que a veces tiene el mundo desarrollado con los modelos productivos en países en desarrollo e

intereses comerciales, suelen obviar el cuestionamiento sobre esos puntos.

Esa etapa denominada políticamente como la “*la primera ola progresista*” se atrevió a pensar desde la perspectiva de la salud colectiva en diferentes instancias que sean capaces de establecer cierta “*soberanía sanitaria*” en Latinoamérica. Para ello se establecieron organismos como la desaparecida UNASUR (Unión de Naciones del Sur) en la cual funcionó un área muy importante y específica de salud denominada ISAGS (**Instituto Suramericano de Gobierno en Salud**). Ese organismo llegó a emitir algunas publicaciones que problematizaban tecnologías y debates sobre sistemas de salud con rectoría del estado y plantear iniciativas al respecto, entre otros tantos. Además con notable claridad sobre la disputa de la salud como derecho o como bien asequible en el mercado. También sobre categorías muy importantes tales como la universalidad y la accesibilidad. Estimaba además la propugna- ción de acuerdos multilaterales y fronterizos de

¹ Médico especialista universitario en Medicina General y Familiar (UNR), Egresado del Programa Líderes de salud Internacional-OPS, Diplomado en Salud internacional-Universidad Nacional José C Paz, Secretario Relaciones Internacionales FAMG, E-mail de contacto: internacional@famg.org.ar

atención de personas en los diferentes países integrantes y formas de intercambio. En ese sentido la cooperación cubana con soporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el gobierno de Brasil, lanza el programa “Mais Médicos” a los efectos de nutrir de capacidad instalada de equipos profesionales de atención en regiones postergadas del Brasil, sobre todo en la región del Nordeste. Anteriormente este modelo de cooperación cubana en salud fue lanzado por el gobierno de Venezuela, de por cierto resistido por las corporaciones médicas venezolanas, como ocurrió también en Brasil.

El ISAGS además pudo plantear la posibilidad de fabricación de tecnologías sanitarias (vacunas, drogas de alto coste, vinculadas a la prevalencia regional) en el marco asociativo con los diferentes países integrantes de la alianza, fortaleciendo la producción pública de esos insumos y como modo de regulación de los mercados para poder garantizar la accesibilidad según el problema de la gente y no estar sujeto esto a las variables económicas exclusivamente. Recuperando el concepto de “bien social” de los medicamentos y tecnologías y asegurarlas a la población de modo universal. Igualmente la potencialidad en tanto poder plantear y dar el debate hacia la región y dentro de cada país de la necesidad de avanzar a reformas de los sistemas de salud que dejen de subsidiar la demanda al modo de seguros de objetos materiales para comenzar a subsidiar una oferta de servicios amplia y que incluya todos los problemas de salud de las poblaciones. Sin lugar a dudas que el avance fue notable y desde la perspectiva del derecho a la salud pregonado por la “Salud colectiva latinoamericana”²

La corriente ideológica de esos años estableció estos principios contra -hegemónicos del histórico poder establecido como tal en la salud y la atención y la mercantilización/privatización de servicios excluyentes de las personas. Por otra parte los países sudamericanos iniciaron un proceso de desendeudamiento con organismos como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y otros, lo cual permitió autonomía en la toma de decisiones

al respecto de lo que financieramente se menciona como “el mercado de la salud”.

Los años subsiguientes y las variantes políticas de cada país echaron por tierra estas iniciativas transformadoras. Ya en la segunda década del milenio el auge de la ultraderecha negacionista, inicialmente en 2018 en Ecuador con la presidencia de Lenin Moreno, y en Brasil con la llegada de Jair Bolsonaro, se generaron las propicias condiciones para que el gobierno Argentino pudiera avanzar en el desmantelamiento de la UNASUR. Con el alineamiento ideológico de derecha-centro de Brasil y Argentina (principales integrantes de UNASUR) más Ecuador país sede formal de la Unión de Naciones del Sur, se concreta la desaparición de la organización.

Este hecho pasado por alto por la cadena de medios hegemónicos regionales no fue casual. Por el contrario, diseñado con atención, dado que UNASUR podía propiciar autonomías en el marco geo-estratégico y político desde lo general y desde la perspectiva de salud colectiva en lo particular, dejando de lado el concepto imperante de “bien de mercado” de la salud.

Al inicio de la gestión de Bolsonaro, Brasil, principal financiador de la ISAGS se retira abruptamente. También hacia el interior de la ciencia y técnica brasilera, coincidente con la aparición de la pandemia COVID 19 y el uso de la misma en el marco del auge de movimientos antivacunas y el denominado “terraplanismo”³ lograron imponerse en los diferentes medios hegemónicos de comunicación. El enojo ocasionado por el encierro o los aislamientos necesarios para evitar los contagios fue hábilmente tomado por los factores de poder económico en nuestros países y ferozmente denunciado como un “encarcelamiento” sin motivo, potenciando el mal humor social. La necesaria y temporaria interrupción de reuniones sociales, teniendo en cuenta la implicancia de eso en nuestra cultura latina, el mal manejo desde salud ante la agonía de personas enfermas, impidiendo despedirse a los familiares o los sepelios cerrados, entre otros, provocaron una

2 Nos referimos a un enfoque diferente a la clásica “salud pública” en el cuál no solo la medicina, también las ciencias sociales forman parte del análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención.

3 Movimiento pseudocientífico que afirma que la tierra es plana.

impronta compleja y de malestar en varios países de la región, expresado fuertemente en Argentina.

Estas consecuencias no solo se observan en nuestra región suramericana. En Europa se han establecido condiciones similares en tanto el auge de la ultraderecha es notable en términos de poner en riesgo los derechos y las conquistas sociales y parece también catapultado por los efectos de la pandemia. El estado garante de los derechos pasa a ser el enemigo de la sociedad y las poblaciones que han de beneficiarse de estos derechos parecen repudiarlos. Más allá de la imposibilidad del capitalismo moderno de mejorar la vida de la sociedad en pleno.

Es decir, a nivel regional la existencia de organismos de unidad entre países que pretendan generar autonomía y reducir dependencias económicas, producir tecnologías al servicio de la sociedad y no del mercado y que sean capaces de regularlo, pero también dándole participación asociativa a empresas y que pretendan un desarrollo sustentable en función del respeto al medio ambiente y demás iniciativas son rápidamente identificadas como “políticamente peligrosas”. Estas terminan siendo objetivo de una rápida destrucción. Y se requiere no caer en ingenuidades inoportunas dado que las alianzas han demostrado más fortalezas que debilidades.

Claramente este tipo de alianzas establecen niveles cada vez menores de xenofobias y odios raciales y establecen una lógica de acuerdos superadores integrales en numerosos aspectos de nuestras sociedades complejas donde existen más coincidencias que diferencias. Se establecen también niveles de tolerancia necesarios para el desarrollo de lo colectivo, también desde la perspectiva de género. Pero el auge de la ultraderecha potencia los peores valores humanos en tanto la solidaridad e internacionalismos son vistos como enemigos del supremo desarrollo económico individual.

Conclusiones:

La incertidumbre sobre lo que vendrá en los próximos años no debe hacernos perder el horizonte en tanto podemos reconstruir alianzas y espacios estratégicos regionales capaces de recuperar propuestas estructurales y no netamente paliativas. Nuestros países fronterizos y los más lejanos de Sudamérica no son enemigos. Necesitamos niveles de coordinación que beneficien la multilateralidad. Nuestra región latinoamericana posee un potencial y capacidad notable para generar tecnologías que afronten los problemas pero también trabajar sobre las medidas preventivas. Será necesario replantear la atenuación del cambio climático para lo cual habrá que poner en discusión permanente el modelo productivo agro-exportador y extractivista que vienen desarrollando varios de nuestros países: Brasil, Paraguay, Argentina, etc, dado el enorme impacto de estas causales en la salud humana y de otras especies de la vida. Sin duda que esto iría a contramano en la actualidad, pero es un camino necesario e indefectible que colisiona con el deseo o sentido de supervivencia que ha caracterizado a la humanidad a lo largo de la historia con aciertos enormes y con errores también.

La Federación Argentina de Medicina General viene desde hace años dando el debate y haciendo práctica sobre esto, incluso en años anteriores de neoliberalismo salvaje como en la década del 90 del siglo XX, y a pesar de la situación actual: desmoralizante y destructiva de tantos derechos, es necesario reencontrarnos. Agudizar el ingenio y proponer soluciones y transformaciones y ser actores y actrices a la hora de poner en marcha las acciones.

Parafraseando a nuestro Maestro Julio Monsalvo:

“Otra salud es posible”

Procesos de trabajo en salud: las dinámicas de subjetivación y los horizontes de producción de subjetividad

Autoras/es¹:

María Carolina Baratti²

Pablo A. Chaves³

Luciana L. Galloni⁴

Mariela Muñoz⁵

Resumen: El presente ensayo busca poner en cuestión las dinámicas de subjetivación y los horizontes de producción de subjetividad que pueden darse en los procesos de trabajo en salud. Para esto realizamos un recorrido por los conceptos centrales para luego poder adentrarnos en la revisión de la noción de los encuentros en tanto modalidad vincular que permite pensar prácticas subjetivantes que alojen la producción de cuidados en salud. Se plantea una discusión necesaria del proceso de trabajo en salud en tanto reflexión política y colectiva de las prácticas. El trabajo desde la pregunta entendemos permite la producción de sentidos y búsquedas del lector de las posibilidades de revisión y propuesta.

Palabras clave: prácticas subjetivantes, proceso de trabajo en salud, encuentros

INTRODUCCIÓN

El saber dirigido al logro técnico construye objetos, pero el saber dirigido al logro existencial es el que construye sujetos (de Carvalho-Mesquita Ayres, 2002: p. 8)

Si aceptamos que el trabajo en Salud es un trabajo entre personas y ponemos en valor el cuidado, analizar el campo de la salud, la vida y su universo de determinaciones implica contemplar la subjetividad, los modos de andar por la vida y las formas de sentir-pensar-actuar. Es así, que las formas de configurar las prácticas hacen a los modos de producción de subjetividad (y son atravesadas por la propias de cada interviniente y el territorio) reconociendo así a la salud como un campo complejo.

Tal como menciona Del Cueto (2014) lo colectivo produce subjetividades. Ella invita a pensar que 'lo social', 'el Estado', 'la política', 'la moneda', 'los modos de producción' y también las prácticas y usos del sistema de salud son constitutivos de nuestra producción subjetiva. "No hay sociedad sin imagen de pensamiento que devenga de una máquina abstracta que controle los agenciamientos de deseo y de enunciación" (Del Cueto, 2014: p. 34).

La dimensión subjetiva -lejos de ser un obstáculo como lo sostiene la ciencia hegemónica- es para quienes escribimos potencia creadora, ya que en tanto proceso que habilita el encuentro es central en las dinámicas vinculares. De no ser así: ¿podríamos

1 Grupo de trabajo FAMG "Subjetividad, salud y comunidad"

2 Odontóloga (UNR). Maestranda en Salud Pública (UNR)

3 Lic. en Psicología (USAL). Maestrando en Salud Colectiva (UNS)

4 Lic. en Psicología (UCES Rafaela). Mgr. en Salud Pública (UNR-CEI). Mgr. en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (UNR-CEI). Diplomada Universitaria en Salud Mental Comunitaria (UnLa). Docente UCES, UNR-CEI, FCM-UNR. Coordinadora Regional de Salud Mental (Subsecretaría de Salud Mental, Ministerio de Salud de Santa Fe)

5 Lic. y Prof. en Psicología (UDA). Mgr. en Psicología Social (UNCuyo). Dra. en Psicología (UNSL). Docente FaPsi, UNSL. Becaria posdoctoral (CONICET). mail de contacto: lamunoz@email.unsl.edu.ar

pensar en una producción del cuidado como expresión de una salud relacional y discutir cuestiones como la interdisciplina, prácticas comunitarias o participación social?

Configurar espacios que consideren y alojen la dimensión subjetiva habilita el despliegue de aquello que desde la hegemonía positivista “queda afuera” (aunque en realidad, siempre está ‘adentro’ y en juego). Pero también es un espacio en términos de apertura, de hacer espacio, abrir un hueco, ampliar, en un universo del trabajo que se ciñe sobre el saber, la técnica, y el imperativo de hacer/responder/(re)producir. Un espacio abierto donde el encuentro sea una posibilidad. Un espacio para el reconocimiento de que los modos del “estar ahí” son una dimensión que impacta sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados.

El “entre” que buscamos problematizar es ese que aparece en nuestros territorios, es decir, el que se abre en las dinámicas cotidianas de trabajo situado. Por lo tanto, la búsqueda del grupo de trabajo es que la dinámica de pregunta y apertura contextualice nuestras realidades como espacio de creación de horizontes humanizantes.

SUBJETIVIDAD Y PRODUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD

Del Cueto (2014) menciona la necesidad de diferenciar los procesos de constitución del psiquismo de la producción de subjetividad, expresando:

“La producción de subjetividad incluye no sólo la constitución psíquica del sujeto en tanto que humano, sino todos aquellos aspectos que hacen a su construcción social, en términos de producción y reproducción ideológica y de articulación con las variables sociales incluidas en la formación del sujeto psíquico, que lo inscriben en un tiempo y un espacio particulares desde el punto de vista bio-socio-histórico-político. Por lo tanto, su constitución psíquica se desarrolla en el contexto social e histórico en el que el sujeto vive, se desarrolla y es afectado por los distintos encuentros. Este

contexto es en realidad un texto que lo atraviesa y lo define”

(Del Cueto, 2014: p. 28)

Así es como los procesos de producción subjetiva evidencian el entrelazamiento entre la constitución del sujeto psíquico y su ser en un mundo que le es propio, que lo constituye, produciendo a la vez el psiquismo y un sujeto histórico/social y político (Del Cueto, 2014). No es posible que se defina un sujeto únicamente a partir de la persona misma, ya que las clases sociales, las agrupaciones de individuos se constituyen por la red de relaciones, de restricciones y de conflictos en que están inmersos (Campos, 2009).

Por lo tanto, el mundo del sujeto, del grupo, de la comunidad se construye, se produce en los encuentros (Del Cueto, 2014: p. 72) y en la búsqueda de una política de lo común, debemos ponerlos en cuestión. Así aparece una doble dialéctica para comprender qué implican las diversas formas en la que los sujetos se relacionan con lo social, como también la presencia de lo social en cada sujeto (Galende, 2015), en sus vínculos y sus espacios de interacción; el lugar del otro en la vida psíquica, en la doble perspectiva de la constitución del sujeto y en la del sustento de toda forma de relación social a lo largo de una vida.

Desde esta perspectiva relacional, entendemos la subjetividad como una articulación indivisible entre los procesos de constitución psíquica y las determinaciones y condiciones sociales en las cuales se configuran los sujetos, que no pueden ser alcanzados directamente como una realidad sustancial presente en alguna parte, sino más bien, entendidos como aquello que resulta del encuentro con los dispositivos que lo atraviesan. La historia de la humanidad no es quizás otra cosa que el incesante cuerpo a cuerpo con los dispositivos que ella misma ha producido (Agamben 2005, citado en Stolkner, 2021).

Es desde la intersubjetividad que la vida cotidiana se construye y elabora las representaciones que organizan los procesos sociales, donde realidad objetiva y subjetiva se producen de manera simultánea, evidenciando cómo los dispositivos institucionales construyen subjetividad, ya sea como estrategias para la acción y el conocimiento o como máquinas

de control y dominación (Ussher, 2016). En este análisis debemos preguntarnos “si lo dominante es la producción/reproducción de modificaciones subjetivas, que también alterarían la situación de subalternidad colectiva, o si lo que opera es la reproducción de las relaciones de hegemonía/subalternidad” (Menéndez, 2015: p. 238).

En esta línea, Testa (2007) expresa que “la extensión del impacto [de las formas de poder] originado en el proceso de trabajo como construcción ideológica del sujeto, a la sociedad exterior al proceso de trabajo, se hace a través de las restantes prácticas sociales-reproductivas- que realizan los sujetos fuera de su trabajo” (p.45). Esta a su vez, es extensiva a los vínculos que se producen en los lugares de trabajo, es decir en los territorios con sus habitantes, subjetivando dialécticamente a quienes participan de los encuentros-desencuentros que allí se producen. “Esta institución de la sociedad produce individuos que a su vez reproducen dicha sociedad, conformando un determinado sistema de interpretación del mundo, y producen diferentes e iguales subjetividades en su seno” (Del Cueto, 2014: p.82)

En consecuencia, sólo podemos separar a las personas en juego y sus subjetividades en acto con fines de análisis parciales, ya que una perspectiva intersubjetiva demanda considerar los procesos de subjetivación que se producen en el encuentro entre ellos, como un espacio de mutua afectación. Así es que, “conceptos como representaciones sociales, actitud, imaginario social, intersubjetividad, interacción, vínculo, lazo social, se constituyen como alternativas para analizar y superar posturas dualistas. Se consolida también la noción de subjetividad que articula en forma dinámica lo individual y lo colectivo” (Ussher, 2016: p. 216).

Considerando lo expresado hasta el momento, es evidente la necesidad de pensar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado como producciones que no solo se dan en acto sino también en relación, cuyos efectos no derivan exclusivamente del universo de la técnica y sus intervenciones, sino que se configuran en los modos de relación instituidos que consolidan la cualidad de esos procesos. Estos modos de relación pertenecen al universo de la dimensión subjetiva, la cual integra a todos los

actores en juego en la dinámica de sus encuentros. Un ‘más allá de la técnica’ que imbrica dimensiones político-económicas e ideológico-culturales que configuran su complejidad, superando la simplificación pretendida por la razón instrumental (Spinelli, 2016). La hipervaloración de técnicas de objetivación y, por lo tanto, de uniformización, disminuyó la preocupación por la indagación de la subjetividad y la cultura en las prácticas del campo de la salud (Campos, 2009).

LOS ENCUENTROS: pistas para dispositivos subjetivantes en la producción de cuidados

“(...) además de tener un para qué, toda producción debe tener un para quién y un con quién, sin lo cual el riesgo de la pérdida de sentido y de la manipulación de las personas es por demás elevado. Localizamos ahí el efecto colonizador de la razón instrumental.”

(Onocko Campos, 2007: p. 57)

La producción de nuevos y mejores procesos de salud y cuidado funcionan a través del encuentro -relacional y en acto- como espacio intercesor (Merhy, 2021) en un proceso de trabajo en salud que es siempre una interacción subjetiva, un espacio colectivo (Sousa Campos, 2009). El término espacio intercesor utilizado por Merhy designa “(...) lo que se produce en las relaciones entre sujetos, en el espacio de sus intersecciones, que es un producto que existe para los dos en acto y no tiene existencia sin el momento de la relación en la cual los inter se colocan como instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos” (Merhy, 2021: p. 18). Este espacio de relación mutua es un lugar de construcción común, donde la subjetividad -articulada con una dimensión cognitiva, del conocimiento y la técnica- orienta los modos de analizar e intervenir (Merhy, 2016).

La dimensión subjetiva es inherente al trabajo entre personas, por lo tanto, es transversal y constante. Buscamos integrar su relación dialéctica entre personas usuarias, trabajadoras y trabajadores, sin mirar lo que afecta la dimensión subjetiva en entre ellas, entendiendo que las dinámicas interculturales son parte del tejido subjetivante y que no es posible separar el pensamiento de las condiciones de

su producción ni tampoco escindirlo de sujetos y movimientos o fuerzas sociales (Stolkiner, 2021).

Esto trae algunas tensiones que trascienden a la condición de encuentro: quienes trabajan en la salud son personas y profesionales, condición numerosas veces olvidada. Por otro lado, esto mismo pareciera ocurrir de otros modos en quien consulta, tanto el olvido por la condición de quien trabaja en salud, o la propia en tanto sujeto integral, trabajador, singular y social. Dinámicas todas constituyentes de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados.

Entonces, es preciso profundizar sobre los procesos de subjetivación que se dan en los encuentros con la comunidad, con personas usuarias, con consultantes; en las dinámicas vinculares que potencian distintas aristas con posibilidades de construir procesos de salud-enfermedad-cuidados.

Gervas y Pérez Fernández (2015) sostienen que en las prácticas de transformar la vivencia en algo definible y reducible a normas y estándares que se puedan medir, se pierde la autonomía personal y la capacidad para vivir, aspectos que llevan a la expropiación de la salud por el modelo médico hegemónico que es quien la definiría. Esta expropiación podría encontrarse, por ejemplo, en las palabras de Galende (2015) al expresar que aquello que los psiquiatras denominan conciencia de enfermedad, consiste en lograr en el individuo la consumación de una subjetividad que piense e interprete su sufrimiento con las mismas categorías que le ofrece la disciplina. Esta posición autorreferencial, de captura disciplinar, funciona como clausura simbólica (Spinelli, 2016). En relación a ello, podemos decir que “lo que prevalece son modalidades de producción/reproducción de subjetividad y de un ‘modelo subjetivo’” (Kazi y Ajerez, 2008: p. 17).

Estos encuentros y procesos de subjetivación, tienen la potencia para tensionar las lógicas instituidas, abriéndose a nuevas subjetividades que interpretan al mundo del trabajo y del cuidado en su forma compleja, interponiéndose en las relaciones y procesos de producción de la realidad (Merhy, 2016). Entendiéndose estos procesos desde las singularidades de cada sujeto en las dinámicas de vinculación

poniendo a trabajar las diferencias para procesos de subjetivación instituyentes.

PROCESO DE TRABAJO EN SALUD: reflexión política y colectiva de las prácticas

En la actualidad, desde los equipos de salud se hace evidente la necesidad de reflexionar en torno a las prácticas en salud y su construcción colectiva, no sólo en términos de cantidad (número de atenciones y número de prácticas) sino más bien, en la capacidad de reconocer y dar respuesta a las necesidades de salud de una población a cargo. Esto, lejos de significar necesidades prefijadas por el modelo de riesgo, implica acercarnos a la comunidad y poder construir lógicas comunes para poder mirar integralmente los territorios, escuchar sus demandas y visibilizar procesos malsanos y protectores de la salud.

Al analizar el diseño de los modelos de salud se advierte que los mismos han sido organizados según un modelo de gestión propio de las organizaciones fabriles y tecnologías gerenciales (Merhy, 1997; Campos, 2009). Este captura al trabajador en sus ejercicios de libertad y autonomía dentro del trabajo vivo en acto (Merhy, 2021) lo que incide en la forma de definir, entre otras cosas, su productividad.

Siguiendo a Merhy (1997), desde el paradigma industrial la eficacia del proceso de trabajo en salud estuvo dada según fuera el aumento de su producción. A modo de ejemplo, podría decirse que la productividad en salud era signada por el crecimiento en la cantidad de consultas y de prácticas. Sin embargo, Franco y Merhy (2023) refieren que, en los últimos años, se evidencia un desplazamiento del campo de la producción de valor -ponderado por el paradigma industrial- hacia el campo de la producción colectiva. Campos (2009, p. 76) nos acerca la pregunta de “¿Cómo enhebrar, al mismo tiempo, en el producto, deseos e intereses de la mayoría de los componentes de un grupo y cómo asegurar que el resultado signifique una producción colectiva y singular de todos y de cada uno?” Líneas que visibilizan la relevancia del trabajo cotidiano como instituyente de la capacidad de reconocernos, conocernos y actuar en el campo de las prácticas sociales.

Reflexionar respecto de los procesos de trabajo, requiere, por lo tanto, valorizar la fuerza que tienen las personas trabajadoras y personas usuarias, como promotoras de transformaciones en el sistema de salud.

Según Minayo (2012), una persona trabajadora comprometida con su tarea es aquella que forma parte de la definición del propio proceso de trabajo. “Si el profesional no se siente sujeto activo en él, perderá contacto con elementos potencialmente estimuladores de su creatividad, y tenderá a no responsabilizarse por el objetivo final de la propia intervención, burocratizando el saber y la práctica” (Sousa Campos Wagner, 2009; p. 107). En este proceso, no es de extrañar que exista una “tendencia del individuo a ser absorbido por el rol técnico de la tarea” (Kaminsky, 2010: 82).

Cobra vital importancia identificar los procesos de atención instituidos que, más de una vez, reproducen prácticas liberales materializadas en estrategias normativas y no en una construcción colectiva y participativa de prácticas territoriales para dar respuesta a las necesidades de salud de una población (Franco y Merhy, 2023). Así, la organización de los procesos de trabajo en salud es indisoluble de la discusión sobre los valores sociales que producen y los producen y las personas implicadas. Personas que son individual y colectivamente productoras y producidas en cada una de sus prácticas y en el encuentro con otras y otros. Todo espacio en el que se producen prácticas de salud opera en el campo de los procesos de subjetivación, que se expresan en la construcción de subjetividades comprometidas con la producción de sentidos para aquellas prácticas (Franco y Merhy, 2009).

Existen múltiples estudios que abordan en profundidad, el análisis de los procesos de trabajo en salud en su entrecruzamiento con la producción de cuidados y la construcción de subjetividad en salud. Merhy (2021) alude a que los procesos de trabajo en salud están atrapados por lógicas instituyentes donde el juego entre producción, consumo y necesidad tiene una dinámica particular. Dinámica que está siempre en estructuración, dentro de un marco de incertidumbre sobre cuál es el producto

final realizado, y cuál es el modo de satisfacción que este genera. Por ello, el trabajo en salud se produce en acto, durante su producción y para las personas directamente involucradas en el proceso (trabajadoras y usuarias) en las instituciones y territorios implicados.

En este escenario, historizar las prácticas, reflexionar sobre los procesos de trabajo y disponer condiciones para el encuentro se vuelve, necesariamente, un acto ético y político. Conocer los procesos de trabajo en salud permite pensar sus modos de producción en tanto política del cuidado. Estas acciones constituyen en primer lugar, a las personas en su identidad de trabajadoras y, al mismo tiempo, a la relación de éstas con las personas usuarias de los servicios de salud y, finalmente, con los procesos institucionales (Sousa Campos, 1998) y territoriales. “Esto exigiría actores dispuestos a repensar los saberes y las prácticas de los profesionales y de las instituciones, al combinar lo natural biológico a lo subjetivo-psicológico y a lo valorativo social” (Campos, 2009, p. 65).

Merhy (1997) desarrolla profundas conceptualizaciones en torno a la potencia subjetivante del trabajo. Plantea que la fuerza del trabajo vivo, entendido como proceso realizado por las personas, tiene -de manera intrínseca- el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva. La importancia del concepto de trabajo vivo aplicado al proceso de trabajo en salud revela la posibilidad que tienen las personas trabajadoras de realizar su tarea con alto grado de libertad, ejerciendo la capacidad de tomar decisiones sobre la actividad producida y por lo tanto, de insertar creatividad y diversidad en ella. Esto invita a reflexionar en torno a la subjetividad y los procesos subjetivantes implicados en el trabajo en salud y la producción de cuidados.

Aquí insiste la pregunta sobre el lugar dado al encuentro como catalizador de diálogos sobre los procesos/procedimientos técnicos/prácticos; los modos de producción en salud, teniendo como puntos de anclaje la descripción y debates sobre los propios procesos de trabajo, la producción de cuidados y el impacto sobre las subjetividades en clave de época.

BIBLIOGRAFÍA

- De Carvalho-Mesquita Ayres, J. R. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 20(2):67-82. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12020206.pdf>
- Del Cueto, A. M. (2014). *La salud mental comunitaria: vivir, pensar, desear*. Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires
- Franco, T. y Merhy, E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud colectiva* 5 (2): 181-194. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.259>
- Franco, T., y Merhy, E. (2023). *Trabajo, producción del Cuidado y subjetividad en salud*. EDUNLa: Buenos Aires. <https://doi.org/10.18294/9789878926513>
- Galende, E. (2015). *El conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Kaminsky, G. G. (2010). *Dispositivos institucionales I*. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Kazi, G., y Ajerez, M. (Orgs.). (2008). *Salud mental: experiencias y prácticas*. Espacio Editorial, Ediciones Madres de Plaza de Mayo: Buenos Aires
- Menéndez, E. L. (2025). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. EDUNLa: Buenos Aires. <https://doi.org/10.18294/CI.9789878926810>
- Merhy, E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. En: E Merhy, R Onocko (orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. 71-112. Hucitec: São Paulo.
- Merhy, E. (2021). *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. EDUNLa: Buenos Aires. <https://doi.org/10.18294/9789874937988>
- Minayo Gómez, C. (2012). Historicidad del concepto “salud del trabajador” en el ámbito de la Salud Colectiva: el caso de Brasil. *Salud Colectiva* 8(3), 221-227. <https://doi.org/10.18294/sc.2012.163>
- Onocko Campos, R. (2007). *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*. Lugar Editorial: Buenos Aires
- Seixas Terenzi, C., Merhy, E. E., Baduy Staevie, R., y Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva* 12 (1), 113-123. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>.
- Sousa Campos, G. (1998). Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. *Paideia y Gestión: Un ensayo sobre el soporte Paideia en el Trabajo en Salud*. *Salud*, 1(1), 59-67. www.alames.org/documentos/equipos.pdf
- Sousa Campos, G. W. (1997). Subjetividad y administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud. En E Merhy y R. Onocko (eds). *Praxis en Salud*. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Sousa Campos, Gastao Wagner de (2009). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud colectiva* 12 (2), <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Noveduc: Buenos Aires.
- Testa, M. (2007). *Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud*. Lugar Editorial: Buenos Aires
- Ussher, M. (2016). Intervención comunitaria y subjetividad. *Acta Académica*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-044/591.pdf>

Habitar la calle: subjetividades y cuidados¹

A Jason,
*por compartirnos parte de tu vida y enseñarnos de libertad,
agradecemos tu disponibilidad, te recordaremos como un gran
artista que dejó una marca de amor y ternura.*

Autoras:²

María Laura Bergues³

Ángeles Canale⁴

Sofía Denisse Zapata⁵

Resumen: El trabajo de investigación, de enfoque cualitativo y diseño biográfico de casos, se enmarca en la residencia PRIn en la localidad de Valeria del Mar. Nuestro objetivo es conocer las estrategias de auto y heterocuidado que expresan las subjetividades que habitan la calle en el Municipio de Pinamar entre septiembre de 2023 y agosto de 2024. Los instrumentos para la recolección de información para la co-construcción de conocimiento se realizó en conjunto con quienes participaron de la investigación. Se llevaron adelante entrevistas, observaciones, registros en cuadernos de campo y de historias clínicas. El método de análisis de la información utilizado fue el narrativo, a fin de conocer las trayectorias de vida de las personas a través de sus relatos.

Como conclusiones identificamos junto a las subjetividades que habitan la calle, que las mismas sostienen prácticas de cuidados y reconocen haber sido cuidadas durante su trayectoria vital. Analizar las categorías desarrolladas en el marco conceptual, permite contextualizarlas y ubicarlas en la coyuntura local. Identificamos en sus relatos decisiones y elecciones que dan cuenta de su autonomía al momento de cuidarse. Asimismo, hacer y sostener vínculos sociales desde la propia temporalidad que conlleva habitar la calle le imprimirán la categoría de lo transitorio a estas relaciones. Al mismo tiempo, las subjetividades que habitan la calle reconocen y encuentran prácticas de heterocuidado en la comunidad, particularmente en vecines⁶, comerciantes y, en menor medida, en profesionales de la Salud. Nuestra propuesta apunta a la promoción de prácticas salutogénicas identitarias de las personas.

Palabras clave: derechos humanos, vulnerabilidad social, estrategias de salud, autocuidado, biografía.

1 Este trabajo ha ganado el premio de honor del congreso FAMG 2024 Laureano Maradona al mejor Trabajo de Investigación del Congreso. Esta es una versión de dicho trabajo revisada, adaptada y aprobada por las autoras para presentar en esta revista.

2 El equipo de investigación está conformado por residentes de 2° año del Programa de Residencias Interdisciplinarias (PRIn) con Sede en el Primer Nivel de Atención de la localidad de Valeria del Mar, Municipio de Pinamar, Buenos Aires. Correo electrónico: prim.valerielmar@gmail.com

3 Licenciada en Trabajo Social

4 Licenciada en Psicología

5 Licenciada en Psicología

6 Uso de lenguaje inclusivo: Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidades de la Nación Argentina (2021).

Introducción

El trabajo de investigación se enmarca en el Programa de Residencias Interdisciplinarias con sede en el Primer Nivel de Atención en la localidad de Valeria del Mar. El interés surge a partir de nuestra rotación por el dispositivo de Salud Mental Comunitaria donde tomamos conocimiento de personas que habitan la calle. Consideramos que la denominada “situación de calle” no permite abordar la subjetividad de las personas, lo singular y lo colectivo que nos atraviesa. Elegimos hablar de subjetividades que habitan la calle porque eso implica relatarnos e historizarnos desde las trayectorias vitales.

Una de las historias que nos interpela es la de Jason quien llega derivado por la Secretaría de Desarrollo Social solicitando acompañamiento para su padecimiento de Salud Mental. Nos brindaron coordenadas y lo buscamos por la zona aledaña del Centro de Salud. Luego de hablar con diferentes personas, el personal administrativo nos expresó que hace un mes se encontraba “acampando” en la ladera del mismo. Fue así que descubrimos la ironía de lo invisible o de lo visible que nadie quería ver o escuchar. En un intento de alojar, los sucesivos encuentros con Jason generaron un lugar para que pueda desplegar su subjetividad y co-construir junto al equipo estrategias de cuidados contextualizadas. Asimismo, otra historia que nos convoca es la de Homero, quien habita la calle y es reconocido por gran parte de los equipos de salud.

A partir de esto, surge nuestra pregunta problema de investigación: ¿Cuáles son las estrategias de autocuidado que expresan las subjetividades que habitan la calle y qué estrategias de heterocuidado reconocen en el Sistema de Salud del Municipio de Pinamar, entre septiembre de 2023 y agosto de 2024?

Objetivo general: Conocer las estrategias de auto y heterocuidado que expresan las subjetividades que habitan la calle en el Municipio de Pinamar entre septiembre de 2023 y agosto de 2024.

Objetivos específicos

- Reconstruir en conjunto con las subjetividades que habitan la calle sus trayectorias vitales.

- Describir las estrategias de autocuidado que expresan dichas subjetividades.

- Identificar las prácticas de heterocuidado que reconocen las personas, en el Sistema de Salud.

Marco conceptual

Subjetividades. Elegimos hablar de subjetividades que habitan la calle porque eso implica relatarnos desde la forma de pensar, sentir y experimentar el mundo. Consideramos que la denominada “situación de calle” no permite abordar la subjetividad de las personas, lo singular de cada quien, así como también lo colectivo que nos atraviesa. Tajer (2009) propone que, el modo de subjetivación refiere a la relación entre las formas de representación que cada sociedad instituye para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior y las maneras en las que cada sujeto constituye su singularidad. Respecto al habitar, señala Cuervo Calle (2008) que, en sentido figurado, significa vivir por el hecho de residir y de permanecer en una morada, mientras que en sentido transitivo es ser; que habla más de nuestra condición de seres humanos. Habitar es mucho más que ocupar o la permanencia en un lugar, sino que se relaciona con las posibilidades de que la persona pueda desarrollarse como tal.

Habitar la calle. El hecho de que haya subjetividades que habitan la calle es una vulneración a los Derechos Humanos que compete a la Salud Pública. Al respecto, Di Iorio, Seidmann y Rigueiral (2019) las ubica en un grupo social definido por esta condición de privación y exclusión, producto de un proceso continuo de posesión y desposesión material, simbólica y afectiva, lo que las hace poseedoras de atributos socialmente desacreditadores, dando lugar a procesos de estigmatización que son producto de políticas de Estado regresivo-punitivas.

Estrategia. Para pensar en los procesos de salud de las subjetividades que habitan la calle, es preciso considerarlos desde su carácter dinámico, complejo, histórico-social y colectivo. Según Breilh (2009) para producir salud, se deben pensar estrategias que excedan el ámbito de la sanidad y valorizar

los diversos saberes -técnicos y no técnicos-, entendiendo al proceso de salud desde su complejidad. Según Auyero y Servián (2023), la noción de estrategia puede invocar imágenes de elecciones y decisiones explícitas y deliberadas realizadas por individuos aislados cuando, en realidad, muchas de las maneras en las que las personas se las arreglan son parte de un repertorio implícito, generalmente inconsciente, que emerge de colectivos y relaciones entre individuos.

Auto y heterocuidado. Para pensar en las estrategias de cuidado de los procesos de salud, reparamos en que la idea de cuidado habita en una multiplicidad de representaciones que circulan en el imaginario colectivo. Las relaciones de cuidado, desde Fredi y Gambardella (2023), son constructos socioculturales complejos y multidimensionales en donde se cristalizan relaciones de poder. Chapela Mendoza (2001) promueve acciones encaminadas a potenciar a las personas a que impulsemos procesos emancipadores para cambiar las relaciones con el poder. Asimismo, Cepeda Reyes y González Vallejo (2017), enuncian que los seres humanos vivimos en perenne estado de vulnerabilidad, expuestos a daños y peligros potenciales que, en ocasiones, evitamos, y en otras, alguien lo hace por nosotros. Existe una acción que realizada por cada quien o por otros nos protege, y a esa acción la denominamos cuidar. En la presente investigación, establecimos dos tipos de prácticas de cuidado: autocuidado (cuidado de sí) y heterocuidado (cuidado (desde) y (hacia) otros). Por su parte, Algarra (2020) considera que el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de manera consciente y continua en el tiempo. Por último, para Aguirre (2024), el cuidado se diferencia en dos tipos: material (vinculadas al cuerpo y sus necesidades fisiológicas) e inmaterial (vinculado a lo afectivo, a lo emocional, a lo relacional).

Trayectorias vitales. Para conocer las estrategias de auto y heterocuidado reconstruimos con las subjetividades que habitan la calle, sus trayectorias vitales. Lacan (1953-1954) escribe que la historia no es el pasado, es el pasado historizado en el presente. El camino de la restitución de la historia del sujeto adquiere la forma de una búsqueda de restitución del pasado. El hecho de que el sujeto reviva, rememore, los acontecimientos formadores de su existencia, no es en sí tan importante, lo que cuenta

es lo que reconstruye de ellos. Muñiz Terra (2018) señala que la reconstrucción de historias de vida es el resultado del entrecruzamiento de una multiplicidad de elementos presentes en la historia de vida y la importancia que tienen cada uno de ellos. Revalorizando al sujeto, esta perspectiva rescata la trayectoria vital de las personas, sus experiencias, y aprehende el contexto en el que tienen lugar. Desde este enfoque, la historia de vida es reflejo de una época, de las normas sociales y los valores compartidos.

Estrategia metodológica

Trabajo de investigación, de enfoque cualitativo y diseño biográfico de casos. Los instrumentos para la recolección de información para la co-construcción de conocimiento se realizó en conjunto con las personas que participaron de la investigación. Se llevaron adelante entrevistas, observaciones, registros en cuadernos de campo y de historias clínicas.

Consideraciones éticas

En el marco de nuestra práctica cotidiana, se comunicó a los participantes que realizaríamos una investigación acerca de personas que habitan la calle de Pinamar. Previo a desarrollar las entrevistas y observaciones, según las recomendaciones del informe Belmont (1979), se brindó el consentimiento informado. A cada participante se le explicitaron los motivos de la investigación, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida mediante registro escrito, oral y audiovisual. Es decir, se informó que no se hará referencia de datos personales, los mismos serán reemplazados por un nombre ficticio y la información obtenida será únicamente utilizada para la elaboración de la investigación. Se manifestó que la participación es voluntaria y podrán interrumpirla en cualquier momento, sin que ello genere ningún perjuicio. Dichos resguardos éticos se trabajaron en base a la Ley Nacional 25.326 de Habeas Data (2000) y a la Guía para Investigaciones con Seres Humanos del Ministerio de Salud de la Nación (2011). Por último, se hizo uso de la historia clínica del Sistema de Salud local con autorización del Comité de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional de la Secretaría de Salud del Municipio de Pinamar.

Resultados

Identificamos junto a las subjetividades que habitan la calle, que las mismas sostienen y reconocen prácticas de autocuidado y heterocuidado a lo largo de su trayectoria vital. Asimismo, pudimos identificar que, hacer y sostener vínculos sociales desde la propia temporalidad que conlleva habitar la calle le imprimirán la categoría de lo transitorio a estas relaciones. Al mismo tiempo, las subjetividades que habitan la calle reconocen y encuentran prácticas de heterocuidado en la comunidad, particularmente en vecines, comerciantes y, en menor medida, en profesionales de la Salud.

Sus trayectorias vitales

Las personas entrevistadas habitan la calle incluso desde tiempos anteriores a su llegada a Pinamar. Dentro de su sistema de representaciones, Jason ubica el habitar la calle de Pinamar como parte de una elección o forma de vida: *“Siempre me criticaron mi forma de vivir. No doy pelota... cada uno elige su propio camino.”* Al preguntarle acerca de sí su familia apoyaba su decisión, expresa: *“No la comprenden porque no es muy fácil de comprender.”* Se nos abre la pregunta acerca de qué tanto de las elecciones es propio cuando hay derechos vulnerados desde la primera infancia. Sus trayectorias laborales estuvieron y están ligadas al trabajo informal. En relación a su red, si bien cuentan con figuras de apoyo como amistades, familiares y vecines, no se evidencia una red contenedora y consistente. En sus discursos dejan entrever sus deseos, elecciones, representaciones y rasgos de personalidad.

Autocuidados

La historia de Jason llega a nuestro conocimiento desde su propia demanda por registrar su malestar, lo cual da cuenta de una estrategia de autocuidado. Se identifica en ambos relatos el reconocimiento del envejecimiento: *“Tomar conciencia de que mi cuerpo está envejeciendo (...) el cuerpo empieza a pasar factura.”* (Jason) Por su parte, Homero expresa: *“Yo soldaba sin la máscara (...) Ahora que estoy viejo, ya no veo nada. (...)”*. Por otro lado, las veces que nos encontramos con Jason utilizó su bicicleta para trasladarse. A partir de estas observaciones, pudimos vislumbrar otras proyecciones en él; haberlo cruzado en la panadería ocupando el puesto “que él inventó” o el obtener un auto y haberlo intervenido

a su agrado. Por su parte, Homero refiere hacer uso de su dinero para comprar bebidas alcohólicas: *“Si tengo diez mil pesos, gasto diez mil pesos ¿qué será? Es una enfermedad eso, ¿no? (...) A mí lo que me tiene mal es el vino.”* Cultivar la espiritualidad funciona como otra práctica de autocuidado crucial en ambos. Homero se referencia con la iglesia y las personas que asisten allí, Jason refiere su interés por la vida espiritual, el sentido de la existencia y la religión como instituciones o personas en las que se apoyan cuando lo necesita.

La exposición que conlleva habitar la calle, supone tender a estar en un estado de alerta. Registramos el hábito de Jason de “coquear” para transitar sus días con “energía”, acción que también lleva a cabo durante la entrevista. Asimismo, lo impredecible de la calle, implica muchas veces el encuentro con los riesgos, las experiencias desagradables o agradables: *“Hay que respetarla porque tiene su riesgo. No siempre la pasé bien.”* (Jason). Enfrentarse con lo diario de vivir en la calle, implica el desarrollo de determinadas defensas que actúan como soporte y barrera ante lo insoportable del vivir en dichas condiciones. *“Y te vas haciendo como callos. Si sos blando... Te morís. Vas haciendo una corteza, que te proteja.”* (Jason). El cuerpo como territorio es “marcado”, expuesto. Exponerse como forma de hacerse ver y esconderse como forma de escaparse a las lógicas de consumo, son las estrategias que le permiten a Jason autocuidarse: *“He estado escondido, te podés morir ahí. He vivido en los médanos, pasás desapercibido, si te pones en una parada en el colectivo, recién ahí se fijan. Yo tomé la decisión de salir a exponerme.”*

Heterocuidados

En relación a ser receptores de cuidado, ubicamos: *“Hoy María (Trabajadora Social) me acompañó a la mañana. Gracias por la compañía de ustedes.”* (Homero) La posibilidad de estar con y confiar en otros, funciona como vínculo protector que pone en evidencia la capacidad de autogestionarse. Homero relata que, cuando pasa por carnicerías, les comerciantes le dan comida, la cual comparte con las personas que le ofrecen un lugar para dormir. En la entrevista con Homero, podríamos pensar que quedaría ubicado en un lugar de objeto cuando interviene el propietario del espacio donde pernocta: *“Lo agarramos con mi hijo. Lo arrastré porque es*

pesado. Lo metí dentro de un auto... Le doy un lugar para que no ande en la calle durmiendo."

Discusión

A partir de nuestro objetivo general, reconstruimos en conjunto sus trayectorias vitales. Al decir de Lacan (1953-1954), lo esencial es la reconstrucción en el presente de los acontecimientos formadores de la existencia, más que el recuerdo del pasado. Jason identifica que habita la calle desde su primera infancia. ¿Cuáles fueron los primeros cuidados recibidos? ¿Cómo fue su constitución subjetiva? Stolkiner (1994) plantea que las niñeces con experiencia de vida en calle, despliegan estrategias de sobrevivencia en los bordes, conformando nuevos modos de agrupamiento. Al respecto, Blanco (2011) trabaja en torno a cómo un acontecimiento familiar, económico o de otro tipo, modificará la probabilidad de que se produzcan otros eventos. Este acontecimiento podría relacionarse con la constitución subjetiva de Jason y se puede pensar que sus estrategias de autocuidado actuales son efecto de aquellas estrategias de supervivencia en los bordes en su niñez. En la actualidad, refiere que habitar la calle le ha brindado soluciones y aprendizajes. Ubicamos en este punto la calle como lo propio, adquiriendo una importancia donde también él se siente importante para ésta. Si bien entendemos que es un lugar que se sostiene a pura presencia, que sólo se soporta con lo real del cuerpo. No hay simbólico que lo sostenga, perder ese lugar es perderse. En palabras de Perugino (2014), las personas que viven en la calle han conformado sus estrategias para hacerlo, su mundo interno, sus rechazos, sus modos de soportar la existencia. Identificamos en la entrevista con Homero un reconocimiento y registro del consumo de alcohol como algo dañino para sí. Podría pensarse que la sustancia hace las veces de coraza para enfrentar la realidad. Por su parte, Jason refiere una corteza que se vio obligado a hacerse en pos de soportar las múltiples vulneraciones que implican el habitar la calle. A lo largo de la entrevista, resuenan referencias a un psiquismo que no cesa de estar en alerta, porque el propio habitar la calle trae aparejado un estado de hiperalerta que lo habita. Observamos, a su vez, que consume hojas de coca durante la entrevista y en la mayoría de las ocasiones que nos cruzamos. Ubicamos en sus cosmovisiones, que hay y existe algo más

allá de lo material, de sus cuerpos, de lo humano y terrenal. A través de la religión Homero hace lazos sociales. Por su parte, la movilidad y la permanencia que implica habitar la calle deja entre-abierta la posibilidad de mirar, de ser vistos y que el otro, en sus posibilidades, participe en el desarrollo de la vida cotidiana, lo cual también funciona como estrategia. En el caso de ambos, ser conocidos debido al caminar y habitar las calles les permite recibir ayudas desde lo material e inmaterial de los cuidados. Asimismo, la subjetividad de ambos se encuentra atravesada por los avatares del envejecimiento, escuchamos en sus discursos un registro de los cambios corporales, hay un reconocimiento de cómo el paso del tiempo conlleva cambios que implican nuevas estrategias de autocuidado. En la reconstrucción de su biografía, Jason muestra cómo el disfrute, la tranquilidad y la relajación son prioritarios, al momento de elegir lugares donde prime lo natural.

En un contexto sociopolítico neoliberal como el actual, abundan procesos de vulnerabilización, expulsión, y debilitamiento de los lazos sociales. Respecto de las estrategias de heterocuidado, identificamos que el cuidado está relacionado con un reconocimiento del otro y también de sí mismos. Según Seidmann et al. (2016) las personas que habitan la calle se configuran como receptores de cuidados, objetos de cuidado, y también ellos constituyendo y reproduciendo formas de heterocuidado. Cuando no somos escuchados, se implementan prácticas de cuidado desde el Sistema de Salud mediadas por representaciones sociales en las que las personas que habitan la calle son ubicadas como objetos receptores de cuidado, en perspectivas de tutelaje sobre las que hay que intervenir. De este modo, se invisibilizan procesos de revalorización de las redes afectivas ya existentes o de configuración de nuevos lazos sociales. Al mismo tiempo, ubicamos que las subjetividades que habitan la calle reconocen y encuentran prácticas de heterocuidado en la comunidad, particularmente en vecines, comerciantes y, en menor medida, en profesionales de la Salud.

Propuestas

Los resultados desarrollados deben ser comprendidos sólo como elementos emergentes que sirven

como primera aproximación al tema. Como posible línea de investigación futura proponemos conocer las representaciones que expresan les trabajadoras del Sistema de Salud sobre las subjetividades que habitan la calle debido a que las representaciones se reproducen en nuestras formas de intervención. Así como también, identificar las barreras existentes en la accesibilidad al Sistema de Salud de Pinamar que observamos en las intervenciones por parte de les profesionales. Dentro de las dificultades en la accesibilidad ubicamos, barreras geográficas tales como la solicitud de traslado de un CAPS a otro. Además, se identifica la dificultad para garantizar que la persona pueda acceder - en tiempo y forma- al recurso que se le indica.

Asimismo, promovemos la realización de jornadas de sensibilización entre quienes trabajan en el Sistema de Salud, en articulación con otras instituciones, para identificar las redes existentes y/o posibilitar la creación y el fortalecimiento de lazos sociales de las subjetividades que habitan la calle. Así como también, visibilizar las barreras en el acceso a las que son expuestas dichas subjetividades.

Con esta investigación consideramos que cualquier práctica o política sanitaria que desconozca los rasgos subjetivos que en cada una se expresan singularmente, reproduce la exclusión. Promovemos así, la necesidad de generar prácticas salutogénicas identitarias de las personas desde una perspectiva de Derechos Humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, R. (2024). *Cuidados en agenda: Género, trabajo y uso del tiempo*. CLACSO: Buenos Aires.
- Algarra, A. J. C. (2020). *Autocuidado: un reto para enfermería en salud comunitaria*. Enfermería Comunitaria. Fundación Universitaria de la Salud: Bogotá.
- Auyero, J. y Servián S. (2023). *Cómo hacen los pobres para sobrevivir*. Siglo XXI editores. Buenos Aires.
- Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento (1979). Informe Belmont *Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación*. National Institutes of Health: Estados Unidos.
- Blanco, M. (2011). *El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo*. En: Revista Latinoamericana de Población Vol. 5 Núm. 8. Buenos Aires.
- Cepeda Reyes, Z. A. M. y González Vallejo, M. A. (2017). *La historia de vida como estrategia de cuidado a cuidadoras en el acompañamiento psicosocial de La Comadre-AFRODES*. Bogotá.
- Cuervo Calle, J. J. (2008). *Habitar: Una condición exclusivamente humana*. Iconofacto.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5204293>
- Di Iorio, J., Seidmann, S. y Rigueiral, G. J. (2019). *Padecimiento de personas en situación de calle y reconstrucción de las redes sociales*. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1953-1954). *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud*. Paidós, Buenos Aires.
- Ley Nacional N° 25.326. Ley de Protección de Datos Personales en Argentina. 2000.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/texact.htm>
- Ministerio de Salud de la Nación, Resolución N° 1480/2011. *Guía para investigaciones en salud humanas*.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1480-2011-187206>
- Muñiz Terra, L. (2018). *El análisis de acontecimientos biográficos y momentos bifurcativos: una propuesta metodológica para analizar relatos de vida*. Institut für Qualitative Forschung; Forum 19(2):13.
- Perugino, A. (2014). *Hueco de vida: subjetividad y exclusión*. Yotser Libros: Buenos Aires.
- Seidmann, S., Di Iorio, J., Rigueiral, G., & Gueglio Saccone, C. (2016). *El cuidado en personas en situación de calle: una perspectiva ética y política*. Anuario de investigaciones, 23(1), 163-172.
- Stolkiner, A. (1994). Tiempos Pos modernos. Proceso de Ajuste y Salud Mental. En: *Políticas en Salud Mental* (pp. 25-53). Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Tajer, D. (2009). Modos de subjetivación: modos de vivir, de enfermar y de morir. En: *Heridos Corazones. Vulnerabilidad Coronaria en Varones y Mujeres*. Paidós: Buenos Aires.

El feminismo en la ciencia: el legado de María Lugones

“No existe una sola lógica de opresión, sino una trama compleja de sistemas interconectados que producen sujetos diferenciados en términos de raza, género, sexualidad y clase.”

María Lugones, 2010

“Somos peregrinas que caminamos entre mundos, aprendiendo a desandar las rutas del poder colonial para tejer otras formas de comunidad.”

María Lugones, 2003

Autora: Alejandra Érica Montaña¹

Resumen: Este artículo propone una reflexión en torno al legado teórico, político y ético de María Lugones, una de las pensadoras más influyentes del feminismo decolonial latinoamericano. Desde una mirada situada en el campo de las ciencias sociales y la salud colectiva, se examinan sus principales aportes al pensamiento crítico contemporáneo, en particular la categoría de ‘colonialidad del género’ y su potencia para desmontar las lógicas eurocentradas de la modernidad/colonialidad. Lugones plantea un feminismo que reconoce las múltiples formas de opresión que atraviesan a las mujeres racializadas, indígenas y afrodescendientes, cuestionando la universalidad del sujeto “mujer” y reivindicando la pluralidad de experiencias y saberes del Sur Global. En este marco, se analiza cómo su pensamiento interpela las epistemologías científicas tradicionales y abre la posibilidad de una ciencia relacional, ética y comprometida con los territorios y los cuerpos. Desde la salud colectiva, su obra invita a repensar los procesos de salud-enfermedad-cuidado como prácticas políticas y de resistencia comunitaria. En conjunto, el texto recupera la relevancia del pensamiento de Lugones para la construcción de epistemologías emancipadoras y la transformación del conocimiento científico en clave de justicia social y decolonial.

Palabras clave: feminismo decolonial, colonialidad de género, epistemologías del Sur, María Lugones, salud colectiva.

Introducción

Desde la Secretaría de Asuntos Científicos de FAMG consideramos nuestra contribución desde un feminismo crítico y reflexivo, con una mirada decolonial. Esta complejidad se expresa en el pensamiento y trayectoria de María Lugones (1944–2020), filósofa, política, feminista, activista, mujer de co-

lor, no blanca, que reivindica para sí la categoría de “torta” (como prefería definirse)², y pensadora argentina cuya producción intelectual constituye una referencia ineludible dentro del pensamiento crítico contemporáneo. Se radicó en Estados Unidos a partir de la década de 1970, trabajó como profesora,

1 Dra. en Trabajo Social, Secretaria de Asuntos Científicos FAMG período 2020–2025.

2 Ochy Curriel (2022) en Homenaje a María Lugones www.youtube.com/watch?v=BJOE61KbEC4&t=2526s

ra en la Universidad de Binghamton (Nueva York), desde donde desplegó una labor teórica, docente y política de proyección internacional. Es imprescindible explicitar que la obra de Lugones está atravesada por la experiencia y vivencia territorial que ella refleja en sus textos donde retoma y construye su lugar de enunciación Argentina, EEUU, Bolivia y República Dominicana lugares donde recupera las prácticas socioculturales.

La obra de Lugones se caracteriza por articular filosofía, teoría feminista y praxis política, atravesando con originalidad debates sobre género, raza, colonialismo y poder. Su trabajo cuestiona las categorías eurocentradas y las jerarquías impuestas por la modernidad, proponiendo una mirada situada y plural. Su legado, además, invita a revisar las formas en que la ciencia produce conocimiento y legítima determinadas epistemologías en detrimento de otras.

Formó parte desde el inicio del GLEFAS Grupo Latinoamericano de Estudios, Formación y Acción Feminista³. Lugar que la reconoce como la fundadora, la madre epistémica del feminismo decolonial.

María Lugones es una de las pensadoras más influyentes del feminismo decolonial latinoamericano. Su concepto de colonialidad del género transformó radicalmente la comprensión de las opresiones contemporáneas, al demostrar que el género —lejos de ser una categoría universal o natural— es una construcción histórica vinculada al proyecto colonial europeo. Desde esta perspectiva, propone un cambio epistemológico profundo: desmontar, desarmar las bases eurocentradas del feminismo moderno y reconstruir el conocimiento desde las experiencias de las mujeres racializadas, indígenas, afrodescendientes y mestizas. Su trabajo se articula con el pensamiento de Aníbal Quijano sobre la colonialidad del poder, ella se propone perforar el patriarcado e introduce una dimensión inédita: la del cuerpo sexuado como territorio de dominación y resistencia.

La colonialidad de género: un giro en la teoría feminista

El aporte más influyente de María Lugones al pensamiento feminista decolonial es la formulación del concepto de colonialidad de género, desarrollado de manera sistemática en su texto “Colonialidad y género” (Lugones, 2008). Retomando los planteos de Aníbal Quijano sobre la colonialidad del poder, la autora sostiene que la colonización no solo instauró jerarquías raciales y económicas, sino que también impuso un sistema moderno/colonial de género. Este régimen eurocentrado reconfiguró las relaciones sociales y sexuales, desestructurando los sistemas propios de los pueblos indígenas y afrodescendientes.

La colonialidad de género se manifiesta en la construcción dual y jerárquica de lo masculino y lo femenino bajo parámetros occidentales, lo que implicó la subordinación de las mujeres, especialmente de aquellas racializadas. Por ello, las experiencias de opresión no pueden comprenderse únicamente desde el patriarcado o el racismo, sino a partir de la intersección estructural entre colonialismo, género y raza (Mendoza, 2016; Segato, 2013). Con esta formulación, Lugones cuestiona la universalidad del sujeto “mujer” en los feminismos hegemónicos y visibiliza cómo las categorías eurocéntricas han invisibilizado las realidades históricas, epistémicas y políticas del Sur Global.

En este marco, Lugones (2008) profundiza en cómo el sistema colonial europeo impuso una clasificación jerárquica de los cuerpos que combinó raza, género y sexualidad dentro de una misma matriz de dominación. En las sociedades originarias de Abya Yala no existía una organización social basada en el binarismo sexual ni en la subordinación de las mujeres. Fue el colonialismo el que introdujo un sistema patriarcal-racializado que separó lo masculino de lo femenino, asignando a las mujeres indígenas y negras posiciones de inferioridad y servidumbre. Esta “invención colonial del género” (Lugones, 2010) funcionó como una tecnología política del poder: no se trató solo de nombrar diferencias, sino de producir sujetos dominables y cuerpos explotables.

Con este análisis la autora saca a la luz, pone de relieve, que la colonialidad del género no solo clasifica, sino que deshumaniza: convierte a ciertas

3 <https://glefas.com/>

personas en “no mujeres” o “no humanas”, en la medida en que no encajan en el ideal moderno de feminidad blanca, cristiana y heterosexual. Es así, que el pensamiento de Lugones marca un giro epistémico y político dentro de la teoría feminista, al situar la experiencia de las mujeres racializadas y colonizadas como punto de partida para desmantelar las jerarquías de la modernidad colonial. Su propuesta abre un horizonte de transformación que articula la crítica al patriarcado, al racismo y al capitalismo desde una perspectiva situada en Abya Yala.

Feminismo decolonial: ruptura con el feminismo hegemónico

En referencia al hallazgo que nos deja María Lugones, la autora desarrolla una propuesta de feminismo decolonial concebido como una práctica teórica y política orientada a desmarañar las lógicas de la modernidad/colonialidad. En *Toward a Decolonial Feminism* (Lugones, 2010), plantea la necesidad de un feminismo situado, colectivo y transformador, capaz de reconocer la multiplicidad de las opresiones y de abrir espacio a epistemologías históricamente subalternizadas.

María Lugones (2010) arremete contra el feminismo blanco occidental, al que identifica como feminismo hegemónico, y lo señala como responsable de reproducir las lógicas coloniales de dominación al universalizar la categoría mujer desde una perspectiva eurocentrada, blanca, burguesa y cristiana, que desconoce las múltiples formas de opresión que atraviesan a las mujeres racializadas y colonizadas. En sus palabras, “el feminismo moderno/colonial es cómplice en la imposición de una única noción de mujer, basada en la experiencia de las mujeres blancas de clase media del Norte global” (Lugones, 2010, p. 747).

Desde esta crítica, la autora propone un feminismo que no parta de la universalidad de una idea de mujer, sino de la multiplicidad de experiencias situadas, en diálogo con otras formas de saber y de resistencia. Este aporte constituye un giro político y epistémico significativo dentro de los feminismos contemporáneos.

Desde esta perspectiva, Lugones se distancia de los feminismos liberales y radicales, al recha-

zar su pretensión de universalidad y proponer, en cambio, la construcción de alianzas desde la diferencia (Curiel, 2016; Espinosa Miñoso, 2014).

El aporte de Lugones representa, además, una crítica profunda al feminismo occidental, al cuestionar la pretensión universalista de los feminismos blancos y liberales, que suponen que “la mujer” constituye una categoría homogénea. Frente a esa mirada, la autora propone pensar las experiencias de las mujeres desde la intersección histórica de las violencias coloniales, raciales y económicas. Mientras el feminismo clásico buscaba la igualdad entre hombres y mujeres dentro del marco del Estado moderno, Lugones revela que ese mismo Estado es una construcción colonial que produce desigualdad estructural.

Por ello, el feminismo decolonial no busca la inclusión en ese sistema, sino la transformación radical de los modos de conocer, ser y habitar el mundo.

Epistemologías de las Ciencias Sociales: relevancia relacional y práctica de resistencia

El legado de María Lugones trasciende los límites de la teoría feminista e impacta profundamente en disciplinas como la sociología, la antropología, la filosofía política, el trabajo social, la educación entre otras. Su crítica a las matrices coloniales en la ciencia abre un campo fértil para la producción de conocimientos alternativos, capaces de dar cuenta de experiencias situadas en el Sur Global (Bidaseca, 2011; Walsh, 2015). En este sentido, su obra propone descentrar las epistemologías dominantes y repensar el vínculo entre ciencia y poder, moviendo —en términos metafóricos— el amperímetro del saber y del conocer.

Desde el campo de la salud colectiva, los aportes de Lugones invitan a revisar críticamente cómo el conocimiento científico se produce, legítima y aplica. Su noción de colonialidad del género interpela las estructuras epistemológicas que sostienen una ciencia occidental, patriarcal y eurocentrada (Lugones, 2008). Esta crítica permite analizar los dispositivos de saber-poder en salud como espacios donde se reproducen desigualdades de raza, clase

y género, invisibilizando los cuerpos y saberes subalternos —particularmente los de mujeres, niñeces y diversidades sexuales—.

La salud colectiva, al proponer una mirada integral y política de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, encuentra en Lugones una aliada teórica fundamental. Su lectura desnaturaliza la supuesta universalidad del sujeto moderno, masculino y blanco sobre el cual se erige la racionalidad científica, y habilita el reconocimiento de una pluralidad epistémica (Lugones, 2011). Desde allí, los saberes comunitarios, ancestrales y territoriales se constituyen como fuentes legítimas de conocimiento, con capacidad para transformar las prácticas de cuidado y promover una ciencia situada.

Desde esta perspectiva, los aportes de Lugones permiten concebir la salud no solo como un campo técnico, sino como un territorio de lucha epistémica y ética. Su insistencia en la resistencia comunitaria y en la práctica del amor como forma de desobediencia (Lugones, 2011) amplía el horizonte político de la salud colectiva, orientándola hacia la reparación de vínculos y la producción de bienestar común en contextos atravesados por violencias estructurales.

La epistemología de Lugones se sostiene en la idea de la relacionalidad y la coalición. Las resistencias no se construyen desde la pureza o desde identidades fijas, sino a partir de vínculos entre sujetos oprimidos que reconocen su historia compartida de colonización. Este gesto, que la autora denomina “viajar entre mundos”, implica un movimiento ético y político que permite percibir las múltiples formas de existencia negadas por la racionalidad moderna. Desde esta ética de la relacionalidad, el conocimiento no es una abstracción universal, sino una práctica situada que emerge de los cuerpos, de los territorios y de la memoria colectiva. En este sentido, Lugones revaloriza las formas comunita-

rias, los afectos y las narrativas como fuentes legítimas de saber, reafirmando la dimensión política del conocimiento como práctica de resistencia y reconstrucción colectiva.

Un cierre provisional

María Lugones nos convoca a apropiarnos de un marco conceptual indispensable para comprender las intersecciones entre género, raza, colonialismo y poder. Sus aportes sobre la colonialidad de género y el feminismo decolonial enriquecen los debates académicos y orientan prácticas políticas transformadoras. Desde la salud colectiva, sus contribuciones invitan a repensar los procesos de salud, enfermedad y cuidado desde una perspectiva situada que reconozca las desigualdades históricas, las experiencias corporales y los territorios atravesados por el poder colonial y patriarcal, promoviendo una comprensión integral y emancipadora de la vida, la salud, los derechos humanos en el ejercicio democrático.

La colonialidad del género de María Lugones constituye una de las categorías más potentes del pensamiento crítico contemporáneo. Su legado se proyecta en múltiples campos: los estudios de género, la filosofía política, la pedagogía, la antropología y las ciencias sociales. En un tiempo en que los discursos sobre diversidad pueden ser cooptados por el neoliberalismo, el pensamiento de Lugones recuerda que toda lucha feminista debe ser también una lucha contra la colonialidad del poder y la epistemología occidental. Su obra no sólo denuncia la opresión, sino que invita a imaginar formas de existencia no coloniales, colectivas y relacionales. Los aportes de María Lugones están atravesados en su propia historia, esas vivencias se transmiten en su obra ella hace aportes que representan rupturas epistémicas para la ciencia, su legado es un punto de inflexión, intenta perforar las prácticas patriarcales y desarrolla un nuevo paradigma junto a teóricas contemporáneas.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida: Ensayos hacia una epistemología de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Barrancos, D. (2019). *Feminismos y ciencias sociales: disputas y transformaciones*. En *El género en las universidades (RUGE)*. Buenos Aires: UNGS.
- Bidasca, K. (2011). *Perturbando el texto colonial: Los estudios (pos)coloniales en América Latina*. Buenos Aires: Editorial SB.
- Curiel, O. (2013). *La nación heterosexual: Análisis del régimen heterosexual desde la colonialidad*. Bogotá: Brecha Lésbica.
- Curiel, O. (2016). *Hacia la construcción de un feminismo descolonizado*. *Nómadas*, (44), 91–101.
- Espinosa Miñoso, Y. (2014). *De por qué es necesario un feminismo descolonial: diferenciación, dominación co-constitutiva de la modernidad colonial*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Espinosa Miñoso, Y. (2014). *Una crítica descolonial a la epistemología feminista: El pensamiento feminista latinoamericano y caribeño en la era del “posfeminismo”*. *Universitas Humanística*, 78, 11–33.
- Lugones, M. (2003). *Pilgrimages/Peregrinajes: Theorizing coalition against multiple oppressions*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Lugones, M. (2008). *Colonialidad y género*. *Tabula Rasa*, (9), 73–101.
<https://doi.org/10.25058/20112742.340>
- Lugones, M. (2010). *Toward a decolonial feminism*. *Hypatia*, 25(4), 742–759.
<https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2010.01137.x>
- Lugones, M. (2011). *Heterosexualism and the colonial / modern gender system*. *Hypatia*, 22(1), 186–209.
- Mendoza, B. (2016). *Coloniality of gender and power: From postcoloniality to decoloniality*. En W. Harcourt (Ed.), *The Palgrave Handbook of Gender and Development* (pp. 59–74). London: Palgrave Macmillan.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Quijano, A. (2000). *Colonialidad del poder y clasificación social*. *Journal of World-Systems Research*, 6(2), 342–386.
- Segato, R. L. (2013). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda*. Buenos Aires: Prometeo.
- Walsh, C. (2015). *Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: in-surgir, re-existir y re-vivir*. *Revista de Ciencias Sociales*, (27), 13–35.
- El Núcleo de Investigación en Estudios Interétnicos e Interculturales (NEII) 10/09/2022. Homenaje a María Lugones. <https://www.youtube.com/watch?v=BJOE61KbEC4&t=2526s>

Interculturalidad: desafío para la biomedicina y sus equipos de salud¹

Autora: Celia Iriart²

Resumen: El artículo analiza las características de la formación y prácticas en biomedicina que en tanto saber constituido en la modernidad, con su característica central de ciencia universal que se autoconstituye como la única científica, monopoliza procesos que muchas veces poco tienen que ver con su saber. Su surgimiento europeo, sucedido por la creciente hegemonía anglosajona, especialmente estadounidense, muestra un patrón colonial que genera una dependencia y subordinación de otros conocimientos y necesidades en salud, y una subalterización de otras profesiones y de los usuarios. Salir de este entramado a través de la escucha y el diálogo entre saberes es fundamental si queremos construir procesos de cuidado tanto para los usuarios como para los propios trabajadores. La autora propone considerar conceptos tales como: cuerpo de órganos y funciones, cuerpo sin órganos, micropolítica, trabajo vivo en acto como cajas de herramientas que nos ayuden a analizar las situaciones que nos afectan y construir colectivamente otras formas de pensar y organizar el cuidado que nos abraza y nos permita, en este tiempo de pasiones tristes, no solo resistir sino re-existir y para eso nada mejor que dejarnos permear por los otros que no invitan a habitar otros mundos.

Palabras clave: Interculturalidad, Biomedicina, Equipos de salud, Micropolítica, Trabajo vivo en acto.

La reflexión que ofrezco en este artículo sobre la inter-pluri-culturalidad es desde la biomedicina y la salud pública, que son las experiencias que conozco. Esto me permite poner en análisis nuestras subjetividades formateadas por el paradigma de la modernidad con sus planteos universalistas y positivistas, donde el cuerpo individual y social es des-subjetivado para convertirlo en un objeto del que los técnicos, es decir el personal de salud, se deben ocupar. La formación en biomedicina y salud pública supone dar una respuesta inmediata allí donde el problema se presenta, los profesionales así formados no están para pensar la salud, sino para responder casi automáticamente ante la queja del usuario.

Para problematizar las prácticas que impone la biomedicina y la salud pública propongo el concepto de modelo tecno-asistencial hegemónico, en tanto concepto complejo que sintetiza aspectos estructurales de la reproducción capitalista en el sector salud, relaciones de poder y jerarquías sociales y de saber, expresadas en las formas de operar en las subjetividades de los trabajadores de salud (profesionales y no profesionales) y de los usuarios. Es un analizador que permite, transversalmente, ver cómo opera el colonialismo en su dependencia y subordinación a la producción anglosajona desarrollada en los países denominados centrales. Este saber en salud reproduce el poder patriarcal, racista y clasista, el binarismo (por ejemplo, salud-enfermedad, hombre-mujer, blancos vs los otros denominados de

¹ Este artículo se basa en una charla dada en el contexto del Encuentro Nacional de Residentes Interdisciplinario "Territorializando-nos" en Junín de los Andes en mayo del 2025. Charla que se sustentó en parte en un artículo recientemente publicado (Iriart, 2025). Agradezco a los organizadores por la invitación a participar de la mesa Interculturalidad y Salud: ¿De qué hablamos y por qué hablamos de interculturalidad? Fue un honor participar junto a Iris Romero, quien es werken de la comunidad mapuche Curruhinca, forma parte del sistema de salud Mapuche Pu Lllankan de esa comunidad y es miembro del Comité de Salud Pluricultural de la zona sanitaria Lagos del Sur en Neuquén; Ailin Huenaiuen, educadora mapuche de la comunidad Lof Puel Pvjv, y trabajadora de la Subsecretaría de las Mujeres de la Provincia de Neuquén; y Marita Astegiano, médica general en San Martín de los Andes, miembro del Comité de Salud Pluricultural de la zona sanitaria Lagos del Sur en Neuquén.

² Dra. en Salud Colectiva por la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP), San Pablo, Brasil.

Profesora Emérita, Facultad de Salud de las Poblaciones, Universidad de Nuevo México, Estados Unidos. Email de contacto: ciriart@gmail.com

“color”), la misoginia, la homofobia, la heteronormatividad y las jerarquías piramidales. Se lo difunde como un saber universal, y se lo impone a través de diversos mecanismos hasta convertirlo en un deseo por conseguir bienes, que en el sector salud implica el consumo de prestaciones médicas, para lograr la salud, perdida o con potencial de ser perdida, ya que ahora no se estudian los cuerpos sólo para conocer los padecimientos presentes, sino los que podrían padecer. Este deseo termina siendo compartido por el conjunto de la sociedad, incluso por aquellos que subordina, subalterniza y cosifica. Es un proceso más complejo que pensarlo como algo que se impone desde la ideología dominante o sólo desde las estructuras económicas. La molecularidad capitalística opera generando subjetividades deseantes de consumismo sanitario. (Iriart, 2025)

Por modelo tecno-asistencial considero, entonces, la modalidad hegemónica de definir y atender los padecimientos/enfermedades, en particular en la atención individual pero también en la salud pública, por aquellos legitimados para construir y difundir los saberes y prácticas, así como las normas legales y las formas operativas de aplicarlos y financiarlos desde las políticas públicas y los servicios asistenciales legalmente autorizados en el ámbito estatal y en el privado. Las denominadas medicinas alternativas son subordinadas en nuestro país a la hegemonía de la biomedicina, ya que sólo profesionales de la medicina las pueden ejercer. (Iriart, 2025)

El modelo tecno-asistencial hegemónico de la biomedicina se caracteriza por una atención individual, sintomatológica, fragmentada, centrada en la indicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con limitación de los tiempos dedicados al encuentro entre profesional y usuario, lo que va en detrimento de una escucha cuidadosa del relato de este, y de la cada vez menos frecuente examinación física. Raramente se tienen en cuenta las condiciones de vida y trabajo, la exposición a contaminantes ambientales, el consumo de alimentos vegetales y cárnicos con altas concentraciones de agrotóxicos, antibióticos, hormonas, y otros productos y exposiciones perjudiciales para la salud. Rápidas y descontextualizadas indicaciones sobre limitar el consumo de alimentos procesados, y otras muchas variables que afectan la vida de los colectivos humanos, como

indicar la necesidad de realizar actividad física o reducir el estrés suelen ser “prescriptas” sin profundizar en las posibilidades de los usuarios de ponerlas en práctica. (Iriart, 2025)

Todo esto a pesar de que numerosas investigaciones muestran la morbi-mortalidad diferencial por clase social, variable que incluye los diferenciales en acceso a alimentos, a entornos menos contaminados, etc. Amparados en la dificultad de cambiar contextos socioeconómicos y ambientales, la biomedicina se encierra más y más en tratar síntomas y en las causas biológicas de carácter individual, facilitadas por los avances tecnológicos para estudiar lo genético, lo molecular, y a través de imágenes adentrarse más y más en el cuerpo máquina. Estas miradas cada vez más despojadas de la concepción de un cuerpo político, es decir, expresión de una sociedad que lo configura, tanto en su bienestar como en sus padecimientos, ha llevado a la exaltación de la idea sostenida por la modernidad del progreso de la biomedicina hacia erradicar todo tipo de padecimientos físicos y mentales, y a conseguir la prolongación casi ilimitada de la vida, a partir de adentrarse en el cuerpo individual y biológico, y producir tratamientos que respondan a este modelo. (Iriart, 2025)

Presentada la situación propongo agregar a nuestra caja de herramientas para pensar este tema otros conceptos que nos ayudan en esta reflexión. Estos conceptos fueron desarrollados por Merhy y Franco para pensar el cotidiano de los equipos de salud en Brasil, pero los considero de gran ayuda para nosotros también.

Franco, en un artículo en colaboración con Galavote (2010), realizan una interesante reflexión donde nos recuerdan que la formación médica moderna surge con la apropiación del cuerpo como objeto y su dominio a través de su conocimiento anatómo-patológico, que implica una definición de cuerpo que podríamos sintetizar como el cuerpo de los órganos y sus funciones, pero que no ve al sujeto que lo habita. Esta concepción asumió como metodología de conocimiento el método científico para entender ese cuerpo individual. Este método también fue adoptado por la salud pública para su abordaje de los problemas de las poblaciones, a las que asume como un conjunto de individuos (Iriart et al 2025).

Sin embargo, nos dicen Franco y Galavote existe otro cuerpo, el cuerpo sin órganos, que no es una estructura, ni es sensorial ni metafísico, sino relacional, se produce en el entre, el espacio donde se encuentran dos cuerpos (o muchos cuerpos), donde fluyen las intensidades, donde el deseo se produce, deseo como producción de vida, no en la caracterización psicoanalítica de la falta, sino en la producción de mundos. Un cuerpo se define por los afectos que es capaz de producir, sean positivos o negativos, y de afectar y ser afectado. El afecto del que es capaz un cuerpo produce al decir de Spinoza, pasiones alegres o tristes, que aumentan o reducen nuestra potencia (Franco & Galavote, 2010). Estamos habitando un tiempo de pasiones tristes.

El cuerpo sin órganos es lo opuesto al cuerpo máquina que cada vez más la biomedicina impone. Escapa a la representación que es lo que la modernidad nos ha impuesto al dividirnos entre sujetos que conocen y objetos a ser conocidos y representados por nuestro saber. Merhy y Franco (2023) nos invitan a rescatar la subjetividad que se inscribe en las relaciones entre trabajadores y usuarios y entre trabajadores entre sí, lo cual tendrá efectos que son concretos y reales, aunque no sean visibles o representables.

En este sentido es importante pensar qué sucede con los equipos multiprofesionales de salud inscriptos en estos modelos tecno-asistenciales hegemónicos que mayoritariamente practican una biomedicina (aunque sea desde otras disciplinas no médicas) del cuerpo de los órganos y sus funciones. Desde hace ya bastantes años han surgido numerosas ofertas de formación dirigidas a equipos multiprofesionales, residencias, cursos de posgrado y otras ofertas que entusiasman a jóvenes profesionales que inician sus prácticas en instituciones sanitarias (hospitales, centros de salud). Asociaciones profesionales abrazan no sólo a los grupos específicos a los que representan, sino a los otros profesionales y trabajadores que integran los denominados equipos de salud. Con los años los centros que brindan asistencia a la enfermedad y al padecimiento han aumentado la diversidad de trabajadores de salud que ofrecen servicios. Si bien los médicos con sus diversas especialidades siguen siendo la voz hegemónica, siempre han estado acompañados de otras profesiones

como enfermería, odontología, kinesioterapia u otras terapias físicas, trabajo social, y poco a poco se ha generalizado la presencia de profesionales de la psicología, fonoaudiología, psicopedagogía, y también promotores de salud. Por supuesto, que también forman o deberían formar parte de los equipos de salud otro personal indispensable, como lo son otros trabajadores como el personal administrativo, el de limpieza y el de seguridad. Otras disciplinas como sociología, antropología y en mucha menor medida comunicación social se han incorporado a algunos equipos multiprofesionales. Auxiliándome de una presentación que hizo Emerson Merhy (2025) en un conservatorio sobre equipos de salud en el Sistema Único de Salud de Brasil, voy a desarrollar algunas reflexiones que me parecen pertinentes para la situación argentina.

Merhy plantea en este conversatorio que pensar en los equipos de salud implica pensar en el trabajo, y requiere preguntarse qué implica juntar en un espacio de trabajo a varias profesiones, y nombrar esto como equipo de salud, para atender personas que vienen con una enfermedad o padecimiento en procura de ser aliviados. La mayoría de las veces nos alerta Merhy no se obtiene un equipo, sino solo un “rejunte” de profesionales, ya que como señalamos anteriormente se aproximan a esas personas desde una mirada del cuerpo con órganos y sus funciones, y cada uno de los integrantes de ese “equipo” interviene fragmentando ese cuerpo según la parte que le toca, pasando ese cuerpo des-subjetivado de uno profesional al siguiente, como en una línea de ensamblado, proceso al que en las instituciones sanitarias se da el nombre de interconsulta. Merhy trae un ejemplo de un taller que hizo con equipos de salud en Brasil y cuenta que un equipo trajo el caso de una mujer a la que se le habían hecho 52 procedimientos de distinta complejidad en la unidad de atención en el territorio y que ya había pasado por todos los miembros del equipo. Al analizar ese caso, el equipo comprendió que ninguno tenía un conocimiento amplio de ella, todos conocían alguna cuestión focal de esa persona. Cada profesional conocía a la usuaria en relación a su área de atención, pero no sabía nada de la usuaria cuando era atendida por otro profesional. Entonces no había cuidado, había intervenciones de diversos profesionales y trabajadores, y muchos procedimientos, pero no había equipo produciendo

cuidando para esa persona, no había producción colectiva de cuidado. Era una aparente línea de ensamblado que para producir autos funciona muy bien, pero para producir más vida en la vida de los usuarios de los servicios no funciona. Los sistemas de salud al valorar la cuantificación de las prácticas (número de personas atendidas, de procedimientos realizados, etc.), operan instituyendo esa forma de línea de montaje, no importa la calidad del cuidado, importa la cantidad de actividades y tiempo, es decir la productividad.

Los no médicos se quejan de estos profesionales porque no tienden a involucrarse con otros profesionales, conocer su opinión sobre los usuarios cuyo tratamiento comparten, pero en realidad eso pasa también con cada miembro del llamado equipo. Obviamente, que hay excepciones, hay profesionales más comprometidos con el trabajo en equipo, pero lo más común es producir procedimientos aislados, fragmentar a la persona en las distintas consultas viéndolo solo desde la perspectiva de cada profesional o trabajador involucrado (también pasa entre los administrativos). Para entender estos mecanismos es que Merhy elaboró a comienzos de la década del noventa los conceptos de trabajo vivo y muerto, y toda la elaboración de la micropolítica.

Merhy cuenta en el conversatorio citado que estos conceptos surgen de su trabajo con diversos equipos donde pudo observar que algunos trabajaban como si fuera exactamente una línea de producción, le usara en sufrimiento o en necesidad y demanda por servicios de salud, iba pasando por estaciones de trabajo, líneas definidas por los núcleos profesionales. La experiencia de atención era como si le usara estuviera en una correa de transmisión y cada profesional iba agregando un pedazo de trabajo en ese cuerpo de órganos y sus funciones, y ese pedazo de trabajo en le usara era repetitivo, protocolizado, era un trabajo muerto, ese profesional no quería saber qué vida está delante suyo, quería anotar un diagnóstico, no quería escuchar. Ese tipo de profesional va a diagnosticar un determinado síntoma con una batería pequeña de opciones y su conducta termina siendo bastante repetitiva ante usuarios con similares síntomas, no va a pensar que ese síntoma responde a diversas experiencias de vida y, por lo tanto, tiene formas de ser tratado de una manera

diferente en cada uno. Dolor de rodilla la secuencia será: radiografía o resonancia, una determinada cantidad de sesiones de kinesioterapia, corticoides o una infiltración (ahora muy de moda con ácido hialurónico) o si le molesta mucho, cirugía, claro todo mediado por la cobertura financiera y capacidad de pagos de bolsillo de ese usuario. Lo que se activa en el profesional es el protocolo queja-conducta que se transforma en una prescripción específica de estudios y medicamentos desde un único saber universalizado como señalamos como el único válido y universal, la biomedicina. Pero no se sabe si por condiciones laborales o de vida del usuario, el problema va a persistir y sólo le espera a ese usuario una nueva ronda de lo mismo en esa u otra articulación, en el ejemplo que utilizo. Esto es trabajo muerto, protocolizado, cuantificable en número de visitas y procedimientos, pero sin importar la calidad de vida. El trabajo muerto se da en el servicio estatal, en el de la seguridad social y en el privado también.

Para captar experiencias de cuidado y de sufrimiento, nos alerta Merhy, no se puede quedar prisionero de un protocolo, de los núcleos profesionales, de un trabajo fragmentado, hay que construir una experiencia en el encuentro con los colegas y con las personas que están ahí con la expectativa de ser cuidadas y ese no es un trabajo repetitivo y normativo, eso es trabajo vivo, un trabajo que acontece en acto, en el momento del encuentro con ese otro. La práctica de cuidado es alimentada por lo que tiene de vivo en el encuentro con otra persona, con la vida del otro, y la vida del otro es lo que tiene que ser un elemento común para una conversación de los profesionales, no el caso, el síntoma, no hablar del diabético tal o del hipertenso, o el esquizofrénico o el bipolar, dependiendo del servicio de salud. Todos los integrantes del equipo tienen un saber y quien más lo puede aportar es le usara, quien debe ser parte de ese equipo. Pero si no se lo escuchó, si no se preguntó sobre sus modos de andar en la vida, si solo se convirtió en un síntoma para diversas intervenciones fragmentadas, no será posible el cuidado. Esta escucha es indispensable inclusive para no ser inadecuado a la hora de hacer una intervención, ya que, a la hora de hacer una intervención, si se desprecia el saber del otro, se hace una propuesta de intervención que le usara aparentemente acepta, pero no la va a cumplir. Eso es muy común

y ahí por supuesto los profesionales descargan su enojo en el “paciente incumplidor”, sin preguntar siquiera muchas veces, por la causa de ese incumplimiento. Trabajo muerto que se hace también para des-responsabilizarse de la situación, no se quiere gastar tiempo en el trabajo vivo, que puede incluso implicar asesorar al usuario por qué no es necesaria una intervención, un procedimiento diagnóstico o medicamentoso. Claramente los usuarios están inmersos en este modelo médico hegemónico consumista de prestaciones y medicamentos, pero si el profesional no es capaz de contrarrestar con información apropiada lo que el mercado vende, las sociedades están tirando sus recursos económicos al formar profesionales que no están para ayudar a crear una mejor vida en la vida de los usuarios, sino para vender intervenciones sanitarias.

Ahora les propongo enhebrar lo anterior con el concepto de trabajo vivo en acto, entendido como actividad que involucra creación y libertad, prácticas creativas que produzcan receptividad, vínculo, resolutivez, y que siguiendo a Merhy denominamos tecnologías blandas, que es necesario expandir en detrimento de las tecnologías duras que son los procedimientos producidos por los equipamientos, y las blandas-duras, que son las de los protocolos y normas que constriñen el trabajo vivo en acto (Merhy, 2021). No implica eliminar los diagnósticos y tratamientos que producen los equipamientos y fármacos, muchas veces muy eficaces, ni la

ayuda de ciertos protocolos que estandarizan procesos, sino que no sean los dominantes. Que sean comandados por el trabajo vincular, de escucha, el que produce la posibilidad de crear el entre dos o el entre múltiples sujetos que se encuentran y que suponga también el encuentro y diálogo intercesor entre los miembros del equipo de salud.

Esta apertura de la escucha, de los espacios intercesores son los que también abrirán la posibilidad del encuentro con otras formas de ver el mundo, de concebir que somos una/o/e en la naturaleza y que podamos dialogar con quienes nos aproximan a las cosmogonías que nos hablan de que el proceso salud-enfermedad-padecimiento-cuidado tiene que ver con el territorio, los bosques, los animales, las plantas y los seres espirituales. Pero también nos pueden conectar con aquellos que dentro de nuestra visión del mundo piden otro cuidado, tienen otras necesidades que la biomedicina no incluye, o las incluye de una manera subordinada, y pienso en las personas mayores, las niñas y adolescencias diversas, les cuerpos LGTBI+, las personas con capacidades diferentes, los grupos racializados, y tantos más. En este tiempo de pasiones tristes debemos no sólo resistir sino re-existir y para eso nada mejor que dejarnos permear por los otros que no invitan a habitar otros mundos (Iriart, 2025). Se que muchos de los integrantes de los equipos de salud territorial ya lo están haciendo, les propongo que invitemos a muchos más.

BIBLIOGRAFÍA

- Iriart, C. (2025). Neoliberalismo y salud en Argentina: Invitación a situar las luchas e inventar nuevos mundos. *Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud*. 1(1):e78-e93. <https://revista.salud.mdp.edu.ar/index.php/dc/article/view/28/22>
- Iriart, C.; Nervi, L.; Olivier, B. & Testa, M. (2025) *Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, Ideología y Profesionalización en la Salud Pública*. EDUNLA: Buenos Aires. <https://doi.org/10.18294/CI.9789878926865>
- Franco, TB. & Galavote, HS. (2010). Em busca da clínica dos afetos. En Franco, TB & Ramos, VC. *Semiótica, Afeção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec. *Utilicé la traducción que realizara Tulio Franco usando inteligencia artificial*.
- Franco, T., y Merhy, E. (2023). Trabajo, producción del Cuidado y subjetividad en salud. EDUNLa: Buenos Aires. <https://doi.org/10.18294/9789878926513>
- Merhy, E. (2021). Salud. Cartografía del trabajo vivo. EDUNLa: Buenos Aires. <https://doi.org/10.18294/9789874937988>
- Merhy, EE. (2025). Trabalho em saúde: as redes de atenção e o cotidiano do cuidado em evidencia. Apresentação Merhy EE. Curso de Informação e Gestão do Trabalho na Saúde. Fiocruz Brasília (Fundação Oswaldo Cruz).

40° CONGRESO DE MEDICINA GENERAL, EQUIPOS DE SALUD Y ENCUENTROS CON LA COMUNIDAD

Encontrarnos por el cuidado de la vida,
la salud, los derechos y la democracia

5, 6, 7 y 8 de diciembre - Rosario, Santa Fe





*Federación Argentina de Medicina
General y Equipos de Sauld*



secretaria@famg.org.ar



@famedgral



www.famg.org.ar



@FAMedGral



@federacionmedicinageneralf8195



@famedgral