

8º CONFERENCIA LATINOAMERICANA y CARIBEÑA de CIENCIAS SOCIALES

LAS LUCHAS POR LA IGUALDAD,
LA JUSTICIA SOCIAL Y LA DEMOCRACIA
EN UN MUNDO TURBULENTO

PRIMER FORO MUNDIAL DEL PENSAMIENTO CRÍTICO

Buenos Aires | 19 al 23 de noviembre de 2018



Resúmenes de ponencias por campo temático

28

Políticas públicas
de salud



Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais



Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - C.L.A.C.S.O.

Las luchas por la igualdad, la justicia social y la democracia en un mundo turbulento : ponencias del Primer Foro Mundial del Pensamiento Crítico. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2020.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-722-580-8

1. Ciencias Sociales y Humanidades. 2. América Latina. I. Título
CDD 301

Resumen de ponencia

TÍTULO: O MÉDICO ALMEIDA JUNIOR E SUAS TEMÁTICAS PELO PROGRESSO COMO PROFESSOR DA ESCOLA LIVRE DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA DE SÃO PAULO NOS ANOS 1930.

*Paulo Ribeiro

Resultante de um trabalho de doutoramento, a presente proposta apresenta uma reflexão quanto às interfaces entre sociologia e medicina nos anos 1930 no interior da Escola de Sociologia e Política de São Paulo, mais precisamente sobre o registro da passagem do médico Antônio Ferreira Almeida Jr. por entre o corpo docente desta instituição. Assim como outros médicos seus pares e contemporâneos, Almeida Jr. lecionou para as primeiras turmas da ELSP, oferecendo uma disciplina de cunho biológico intitulada Fisiologia do Trabalho. Neste sentido, trata-se do principal objeto deste trabalho os conteúdos gerais da ementa de sua disciplina lecionada a partir de 1933, e, em segundo plano, porém não menos importante, uma leitura mais apurada sobre suas reflexões acerca do papel da educação sanitária. As temáticas tratadas por este médico - fisiologia do trabalho e educação sanitária - devem ser tomadas da perspectiva da relação que guardam com um ideal modernizante presente nos anos 1930, considerando-se a necessidade do trabalho e da educação como aspectos imprescindíveis para a transformação do país e realização dos auspícios presentes no ideário de um Brasil Moderno. Metodologicamente, trata-se de uma análise de fontes primárias que registram a passagem de Almeida Jr. pela ELSP e suas ideias como médico. Neste sentido, o objetivo do trabalho é promover uma análise quanto ao papel e a dimensão que as ideias de natureza biologizantes tiveram em um momento fundamental não apenas da formação da sociedade moderna brasileira - e mais especificamente paulista, mas do processo de institucionalização das ciências sociais. É um momento fundamental da história política e intelectual do país, importância esta que se reflete diretamente no trânsito de intelectuais entre as principais instituições de produção acadêmica ligadas direta ou indireta ao Estado ou ao seu projeto modernizador. Este trânsito é bem representado por um grupo de médicos paulistas que se fizeram presentes e atuantes em espaço extramuros à Faculdade de Medicina de São Paulo ou à Escola Paulista de Medicina. Esta efervescência cultural e intelectual permitiu a aproximação destas instituições com a Escola de Sociologia e Política de São Paulo, permitindo-se uma ligação para além dos homens, mas de ideias, por distintos espaços intelectuais. Neste sentido, Almeida Jr seria um bom exemplo. Em 1922, defendeu sua tese, ao concluir os estudos na Faculdade de Medicina de São Paulo, apresentando o trabalho intitulado O saneamento pela educação (ALMEIDA JR., 1922). O título expressava sua crença na educação sanitária que, assim como para tantos outros médicos, era uma das ferramentas mais eficazes na promoção da saúde pública. Mas é a introdução deste seu trabalho que merece destaque, pois antes de concluir pelo valor da educação sanitária vai discorrendo sobre alguns diagnósticos

acerca da sociedade brasileira, identificando leituras otimistas e pessimistas que, ao se referirem à condição social do brasileiro de algum modo, tangenciavam a temática da saúde. "Nem Canaã, nem hospital" (ALMEIDA JR., 1922, p. 6) dizia ele ao tentar ponderar as visões diametralmente opostas sobre Brasil, e partindo desta ponderação construía seu argumento pela necessidade do saneamento. Considerando-se o peso que a eugenia e, mais especificamente, a teoria raciológica ainda teria no primeiro quartil do século passado, esta leitura de Almeida Júnior o colocaria entre outros não tão afetados pela influência de médicos como Nina Rodrigues, nome de expressão extremamente relevante na conformação das primeiras interpretações acerca do Brasil. A premissa de que o Brasil não era, mas estava doente, ganhará vulto neste contexto do início do século XX, como se discutirá profundamente mais frente neste trabalho. Por ora, basta dizer que esta constatação era o principal pilar sobre o qual a defesa da promoção da educação sanitária se ergueria, afinal, o que faltava era a instrução como modo de combate contra a ignorância.

Um dos motes da reforma da saúde pública paulista entre o primeiro e segundo quartel do século foi a promoção da educação sanitária, principalmente por meio dos chamados centros de saúde. Mas em sua tese, o que Almeida Junior destacava era o papel que a escola deveria assumir na promoção desta educação em prol do sanitarismo. Afirmava sobre a escola primária que, "até hoje [1922] quase desinteressada do problema da higiene, precisa intervir com sua cooperação poderosa, e, na sua modéstia e aparente fraqueza, dar solução ao exaustivo problema da atualidade" (Ibidem, p. 29). Portanto, via a educação sanitária como uma importante arma no enfrentamento dos problemas sanitários, pois em sua opinião, era a ignorância de uma massa desinformada e pouco esclarecida que jogava contra os anseios por uma sociedade higienizada. Neste sentido, fica evidente que em seu posicionamento há uma preocupação com a promoção de uma medicina social de natureza preventiva que, ao reconhecer a falta de informação como um determinante social da saúde, entende, portanto, que deve haver ações de natureza coletiva, a exemplo da educação sanitária desenvolvida nas escolas.

Mas na Escola de Sociologia e Política de São Paulo, o tema discutido por Almeida era a disciplina chamada de Fisiologia do Trabalho e, dentre as temáticas discutidas, estavam questões desde aquelas ligadas a aspectos do funcionamento da "máquina humana" e "rendimento do motor humano" (nos termos do programa de ensino da disciplina), até outras mais específicas às condições de trabalho e a acidentes e doenças causados na atividade profissional. Evidentemente, entre estas temáticas do programa de ensino - como a genética ou a preocupação com a idade mais adequada ao casamento, o que há de comum é o viés biológico, que busca a compressão da composição, do funcionamento, e da manutenção desta "máquina" chamada corpo humano. Com a certeza de que de alguns conhecimentos seriam fundamentais a boa formação daqueles que seriam os novos cientistas sociais brasileiros, os responsáveis pela formação da grade do curso da primeira turma da ELSP não hesitaram em introduzir disciplinas como esta lecionada por Almeida Junior.

Neste sentido, ao passo que estudavam em outras disciplinas noções de sociologia clássica e contemporânea, também passavam pela perspectiva das condições biológica do homem, a exemplo dos tópicos como: discussões sobre noções anatômicas sobre os ossos e articulações; contração muscular e sua fadiga; a locomoção humana; o valor energético dos alimentos; relações do trabalho com funções orgânicas; doenças

inerentes a profissões, entre outros. Deste modo, considerando-se esta perspectiva da qual falava Almeida Junior para seus alunos na ELSP, pode-se identificar nela preocupações inerentes a outra frente da medicina social que não apenas aquela preocupada com o sanitarismo, mas aquela que tem como foco a preocupação com a saúde do trabalhador e, portanto, preocupação com o contingente de mão de obra disponível para o desenvolvimento da produção econômica.

Assim, a preocupação da medicina social com o trabalho - sendo assim uma de suas frentes - expressa em áreas como esta lecionada por Almeida Junior é indicativa daquilo que se poderia identificar, mais especificamente, como similar ao caso inglês de uma medicina social: um olhar mais atento às atividades de trabalho diante as transformações do modo de produção capitalista dado o crescente processo de industrialização. A saúde do trabalhador, deste modo, não deveria ser observada como uma preocupação quanto à saúde individual, mas sim coletiva, chegando a transcender o próprio âmbito da saúde em si, pois se tratava agora também de uma questão econômica, pois do trabalho dependia o desenvolvimento do país.

Portanto, ao que parece, havia o entendimento de que caberia aos estudantes de ciências sociais, interessados em compreender o trabalho e seu papel na sociedade, não se limitarem ao conhecimento deste apenas como fenômeno social. Era preciso ir além, pois sua compreensão não se limitava às ciências sociais em si, mas se estendia às ciências biológicas, o que justificava uma disciplina como Fisiologia do Trabalho em um curso de Sociologia. Deste modo, era preciso compreender o trabalho não apenas como fenômeno social, mas também biológico. Isso significa que, a despeito da presença de um ideário progressista em defesa de valores sociais que invocavam um Brasil mais moderno na propositura da fundação da ELSP (o que está disposto, claramente, em seu Manifesto de Fundação), contraditoriamente a esta modernização estariam as velhas teorias pautadas em leis biológicas, ainda que estas reivindicassem para si uma aura modernizante (a exemplo dos incipientes estudos sobre genética naquele momento).

Deste modo, a proposta deste trabalho é promover uma leitura mais profunda da obra de Antônio Almeida Prado Jr. como registro das interfaces entre sociologia e medicina em um momento fundamental do processo de institucionalização das ciências sociais no Brasil.

.....

* Paulo Ribeiro

Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo FESPSP. São Paulo, Brasil

Resumen de ponencia

A CONCEPÇÃO DE NEGLIGÊNCIA E A DEMARCAÇÃO COLONIAL COMO OPERADORES DE TERRITÓRIOS E SUJEITOS VULNERABILIZADOS: OS (NÃO) DIÁLOGOS EPISTEMOLÓGICOS EM PRÁTICAS DE SAÚDE.

*Roberta Gondim De Oliveira

Uma das principais inflexões de correntes de pensamento da teoria social contemporânea tem sido dedicar-se sobre a relação entre capitalismo, modernidade e colonialidade. Correntes de pensamento anglo-saxã e latino-americana têm contribuído para elucidar a “cumplicidade entre o projeto político, econômico e científico da modernidade europeia com as relações coloniais de poder estabelecidas desde o século XVI, e principalmente, com os imaginários sociais ali construídos” (Grosfoguel, 2007). O questionamento de partida envolve o entendimento dos espaços das “conquistas” coloniais, como espaços do “não ser” (Fanon, 1961), portanto, dos não sujeitos, da não propriedade. Espaços que correspondem ao estado de natureza hobbesiano (anterior à constituição da sociedade), enquanto pressupostos da modernidade. Um dos pilares desse registro do poder é a classificação social das populações do mundo a partir da noção de raça. Raça é uma construção mental que expressa a experiência básica do domínio colonial e desde então permeia as mais importantes dimensões do poder mundial, por dentro da racionalidade eurocêntrica. “Sustenta-se na imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular do referido padrão de poder e opera em diversos planos, materiais e subjetivos” (Quijano, 2010). É no seio desse movimento histórico - a constituição da América como espaço colonial e do emergente poder capitalista, que um novo padrão de dominação é posto em marcha, configurando novas identidades societais da colonialidade: índios, negros, amarelos, brancos, mestiços. A “racialização” como padrão de sociabilidade e das relações intersubjetivas configuraram um novo universo de relações de dominação sob hegemonia eurocentrada. O eurocentrismo, enquanto projeto colonial, não está restrito à perspectiva cognitiva [e subjetiva] dos europeus, “mas também do conjunto dos educados [dominados] sob sua hegemonia” (Quijano, 2010). A construção de identidade pela sua negativa, pela subalternização e apagamento de sujeitos, também encobre, limita e extermina formas e estar no mundo (Fanon, 1961). Esse universo, material e intersubjetivo, elabora, formaliza e institucionaliza modos de ordenação social e de produção de conhecimento: medição, externalização/objetificação do cognoscível, ordenamento dos espaços privados (Foucault, 1999). A Modernidade, como um projeto de colonização espaço-temporal fundado na referência europeia - embasa os argumentos e a produção das bases universalistas eurocêntricas “aqueles que adotam o discurso da modernidade tendem a adotar uma perspectiva universalista que elimina a importância da localização geopolítica.” (Maldonado-Torres, 2010). Aposta-se na crítica à concepção

de sujeito epistêmico neutro e universal - a neutralidade epistêmica assente no não reconhecimento dos modos não europeus de pensar, o que forja a produção da relação colonial/imperial. Tem-se então a modernidade como ponto de chegada universal - no passado atrelada ao projeto de colonização, hoje, em outra roupagem, responde ao projeto da colonialidade entendida como opressão epistêmica, jurídica, política e econômica e das formas de estar no mundo” (Mignolo, 2003: 632). O silenciamento e ocultação da colonialidade só foi e continua sendo possível, na medida em que a história é narrada a partir do ponto de vista da própria modernidade. O apagamento histórico é constitutivo ao exercício da colonialidade do poder. A biomedicina é parte constitutiva da ciência ocidental moderna de base colonial. O projeto da biomedicina é indissociável da conformação da ciência e do Estado moderno capitalista - produção de saberes; manutenção da força de trabalho; processo de colonização (expropriação de sujeitos, culturas e territórios). Portanto, a biomedicina é parte integrante do projeto epistemológico da ciência moderna. Seus dispositivos não se constituem em meros artefatos a serviço de uma neutra e padronizada aplicação do conhecimento científico. Ao contrário, são influenciadas pelos interesses e pela ideia de progresso, domínio sobre o mundo natural e universalização de seus postulados. É um conhecimento que reivindica a legitimação da interpretação do que conta como verdade em relação à classificação e manuseio do corpo. Boa parte do sucesso na transformação da ciência ocidental moderna em forma preponderante de conhecimento é explicada não só por razões epistemológicas, mas também fatores econômicos e políticos. Segundo Santos, Menezes e Nunes (2004), há alguns processos que colaboraram com a hegemonia da razão moderna sobre as demais epistemologias: a emergência de uma concepção a-histórica do processo de construção do conhecimento científico; o apagamento e subalternização das demais. “Acumulação seletiva de sucessos” - ocultamento das controvérsias na construção do conhecimento; e o epistemicídio - que inferioriza ou destrói demais formas de saberes em nome do processo de dominação. Reconhece-se a relevância do papel das tecnologias biomédicas e de seus méritos, entretanto, esse reconhecimento não impede o alerta sobre os efeitos de sua “portabilidade” e transposição no tratamento de corpos como objetos, sobre os quais operam as agendas da “saúde global”, como por exemplo o DOTS (Directly observed treatment, short-course), implementado de maneira não situada: acesso não sistemático aos fármacos, implicações em corpos vulnerabilizados dada a condição de pobreza; exposição ao controle discricionário de agentes do Estado; consequências da rmedicalização indiscriminada como o incremento de casos de TBMDR (Tuberculose Multidroga Resistente). No bojo desse debate problematizo quadros de adoecimento, das políticas e práticas de saúde e de saúde pública, vis a vis às noções de pobreza e vulnerabilidade, situando-a enquanto problema social. Significa principalmente problematizar limites e possibilidades sobre a produção de conhecimentos, no âmbito dos sistemas explicativos das ciências, questionando pressupostos como: (i) universalidade dos corpos e indivíduos independentemente de onde estejam e de como vivem. Sujeitos não são a mesma coisa em todos os lugares, são variantes de inúmeras dinâmicas: históricas, sociais, ambientais e políticas (Mol, 2002); (ii) tecnologias biomédicas não são neutras! São artefatos cujo desenvolvimento não está imune a interesses diversos, com repercussões em vidas de pessoas (Lock & Nguyen, 2010); e (iii) generalização na aplicação de dispositivos biomédicos em contextos de extrema desigualdade, pobreza

e exclusão, cuja opressão inscreve-se em corpos e em códigos de sociabilidades, o que desafia e questiona a aplicabilidade tour court de tecnologias biomédicas. Estas e outras questões representam pontos de partida, elementos disparadores, de estudos junto à populações vulnerabilizadas, especialmente às que se encontram em situação de rua, em tratamento poliquimioterápico para a tuberculose. Práticas de saúde operadas por equipes multidisciplinares nas ruas e os encontros por estas estabelecidas representam o terreno sobre o qual o estudo debruçou-se, trazendo elementos importantes para repensar-se a construção de pontes (não) dialógicas entre normatizações, dispositivos biopolíticos da saúde pública, conhecimentos situados e práticas emancipatórias em saúde.

.....

* Roberta Gondim De Oliveira

Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ. Rio de Janeiro, Brasil

Resumen de ponencia

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A NECESSIDADE DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

*Ana Carolina Souza Bemvindo

O parto e nascimento de uma criança é possivelmente um dos episódios mais marcantes na vida de uma mulher. Pode ser uma experiência positiva e respeitosa, como também pode ser uma experiência negativa e ocasionar traumas para a vida da mulher. A violência obstétrica é aquela que ocorre com a mulher durante sua gestação, parto, puerpério ou em situações de abortamento. Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, negligência da assistência à mulher e ao recém-nascido, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que causem a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Estima-se que 1 em cada 4 mulheres sofreram violência durante o parto em 2010 e, em 2013, aproximadamente 1500 mulheres morreram no Brasil por complicações ao dar à luz, durante ou após a gestação ou causadas por sua interrupção. Segundo o Instituto de Políticas Alternativas para o Cone Sul (PACS), 90% das mortes de mulheres grávidas poderiam ser evitadas com o atendimento adequado. Através da análise de diversos estudos publicados, observa-se que as mulheres passam a perceber a violência obstétrica que sofreram. Pesquisas sobre o tema revelam que a violência institucional em maternidades públicas têm sido tema de debate em diversos países e demonstram que, além das dificuldades econômicas e estruturais em que os serviços públicos de saúde se encontram, existe uma série de maus-tratos vividos pelas pacientes, além de aspectos socioculturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e raça/etnia. Desta forma, torna-se fundamental que sejam estabelecidas políticas públicas para Prevenção e Combate à Violência Obstétrica, respeitando a autonomia da mulher sobre os próprios processos fisiológicos.

Fazemos parte da equipe de saúde de um mandato parlamentar coletivo, que atua na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) e com isso a construção coletiva de diversas políticas públicas faz parte do cotidiano do nosso trabalho. Nosso trabalho é desenvolvido em conjunto com a militância em alguns movimentos sociais e diálogos com trabalhadores e usuários que defendem e constroem a luta por um Sistema único de Saúde de fato universal, integral e equânime.

A violência obstétrica é uma prática comumente realizada no Brasil, porém nem sempre é compreendida pelas mulheres ou pelos profissionais de saúde como sendo uma prática violenta e por vezes é mantida de forma silenciosa e pouco notificada para que se tenha informações mais precisas.

Apesar de ser considerado um tema relativamente novo para muitas pessoas, existem registros sobre o sofrimento das mulheres na assistência ao parto em diversos

momentos na história. Diniz et al (2015) descreve as origens da violência obstétrica no mundo e descreve narrativas de violência no parto no final da década de 50 nos Estados Unidos, onde há registros em uma revista da época chamada “Ladies Home Journal” de que tratamentos recebidos pelas parturientes são similares a torturas, pois recebiam sedação profunda, que vinham acompanhadas de agitação psicomotora e possíveis alucinações. Algumas mulheres chegavam a ser algemadas, o que acarretava lesões e hematomas. O fórceps era utilizado de forma rotineira nos primeiros partos em mulheres com sedação. Após essa publicação, várias mulheres escreveram depoimentos sobre violência que sofreram, ocasionando mudanças na assistência ao parto nos EUA. A autora também descreve que no mesmo período, no Reino Unido foi criada a Sociedade para prevenção da crueldade contra grávidas, pois os relatos das mulheres era de solidão, falta de privacidade, falta de acesso ao bebê, dentre tantas outras rotinas rígidas, grosseiras e desnecessárias.

Diniz et al (2015) relata que há registros na década de 80, no Brasil, sobre violência na assistência ao parto, inclusive uma pesquisa da Prefeitura de São Paulo chamada “Violência- Um olhar sobre a cidade”, que demonstra através de relatos das mulheres que denunciavam posturas agressivas pelos profissionais de saúde, além de se sentirem desrespeitadas com as condutas. No final da década de 80, quando surge o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), se reconhece a violência obstétrica e a necessidade de criação de políticas públicas. Os autores também demonstram que este tema sempre esteve presente no decorrer dos anos, tanto na academia quanto por parte dos movimentos feministas, porém a “pesquisa de Venturi e colaboradores sobre “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, contribuiu de forma inédita para a visibilidade do tema da violência obstétrica [...] Segundo o estudo, cerca de um quarto das mulheres que haviam passado pelo parto relatou alguma forma de violência na assistência, o que também foi referido por cerca da metade daquelas que passaram por um aborto”.

Esse breve histórico, nos remete a relevância do tema e nos leva a desenvolver de forma mais contundente a necessidade de se pensar políticas públicas voltadas para atenção às mulheres no período do pré natal, parto e puerpério.

Os objetivos deste estudo é contextualizar a violência obstétrica no Brasil e no Rio de Janeiro e propor políticas públicas para prevenção e combate da violência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro.

Para desenvolvimento de políticas públicas de combate a violência obstétrica, foi realizado um círculo no dia 20/10/2015 sobre a temática com mulheres mães, doulas, profissionais de saúde, feministas, mulheres que desejam engravidar, dentre militantes que atuam neste mandato coletivo. Este círculo foi coordenado pelos autores deste estudo e que em um primeiro momento foi passado o documentário “Nascer no Brasil”, produzido pela Fiocruz. Após o documentário, foi feita uma breve introdução do tema e em seguida foram disparadas questões sobre a temática, fazendo com que todas as mulheres que estivessem presentes participassem, contando seus relatos de violência obstétrica, refletindo sobre a necessidade do feminismo e do empoderamento das mulheres, tirando dúvidas sobre o tema e sugerindo propostas para dar mais visibilidade ao tema e quais medidas poderiam ser pensadas para o combate a violência obstétrica e favorecer uma atenção respeitosa à mulher no período gestacional, do parto e puerpério. Deste debate, foi tirado como uma das principais propostas, a criação de um Projeto de Lei (PL) que institui a Política de

Combate a Violência Obstétrica no Estado do Rio de Janeiro.

Desta forma, foi criado um grupo de trabalho para elaboração do PL, que consistiu em leituras sobre a temática sob diversos olhares, bem como de outras legislações existentes e depois de algumas semanas de acúmulo, foi redigido o PL 1232/2015, protocolado em 04/12/2015 e até o presente momento se encontra aguardando parecer da Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) da ALERJ e com isto ainda não foi colocado em votação.

A Política de Combate a Violência Obstétrica inclui a autonomia da mulher sobre os processos fisiológicos como princípio, incluindo os procedimentos e terapias que influenciam tais processos, a exemplo do controle da gestante, parturiente e puérpera sobre decisões tomadas ao longo dos períodos de pré-parto, parto e pós-parto; a busca do consentimento livre e informado, entendido como a anuência da mulher com procedimentos e cuidados propostos pelos profissionais de saúde, mediante explicações, informações claras e acessíveis, tanto das medidas propostas quanto das alternativas e das possíveis consequências, com abordagens livres de pressão, coação, intimidação e constrangimento; a garantia do direito da mulher a intimidade, a privacidade e ao sigilo no atendimento e interação com os profissionais de saúde; a garantia de um ambiente e experiência humanizados, que priorizem a visão do parto como um evento fisiológico e natural, protagonizado pela parturiente, não devendo ser praticadas intervenções invasivas e desnecessárias.

Esta política é em parte inspirada na conceituação das legislações Argentina e Venezuelana sobre violência obstétrica que é caracterizada pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por um profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e com abuso da medicalização e patologização dos processos naturais. O dossiê Parirás com Dor (2012) faz uma comparação das legislações desses dois países e descreve que o conceito de violência obstétrica abordado na legislação venezuelana traz a questão da “perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”. Também aborda que “A lei argentina é bastante semelhante, em sua estrutura, à Lei sobre a Violência contra a Mulher e a Família, de 1998, da Venezuela, onde define-se, além da violência contra a mulher e a família, a violência psicológica, física e sexual. O dispositivo venezuelano descreve os delitos como ameaça, violência física, violência sexual, acesso carnal violento, assédio sexual e violência psicológica”.

Esse estudo torna-se relevante na medida que contribui para dar visibilidade sobre violência obstétrica. A construção de políticas públicas é fundamental para se conhecer a prevalência da violência obstétrica, bem como desenvolver medidas para combater este tipo de prática.

Combater também a violência institucional é fundamental para que possamos ter um olhar ampliado sobre a violência obstétrica e desta forma estabelecer uma política de educação permanente com os profissionais sobre esse tema, bem como repensar a formação dos profissionais de saúde.

Conforme dito no Dossiê Parirás com dor (2012), “Parto sem violência, com respeito, com assistência e escolha informada baseada em evidências é o mínimo que deveria ser ofertado às mulheres”.

.....

*** Ana Carolina Souza Bemvindo**

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ALERJ. RIO DE JANEIRO, Brasil

Resumen de ponencia

ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NA AMÉRICA LATINA: ESTUDOS DE CASO NO BRASIL E NO MÉXICO

*Ângelo Miranda

A presente proposta de trabalho tem como princípio debater a prática profissional dos Cuidados Paliativos a partir de uma perspectiva sociológica. Os Cuidados Paliativos (CP) são conceituados pela Organização Mundial da Saúde como uma perspectiva integral e holística de atenção à saúde, buscando observar e tratar os pacientes a partir de suas existências biológicas, psicológicas, sociais e espirituais (WHO, 2002). O tratamento paliativo é recomendado quando o paciente com alguma enfermidade perde a possibilidade de cura médica. Logo, as prerrogativas do movimento, bem como suas práticas e escolhas filosóficas se colocam na proximidade com o tema da morte e do morrer, demandando dos profissionais formas específicas de cuidado.

A prática dos Cuidados Paliativos está sendo institucionalizada e aplicada desde a década de 1960, se tornando mais conhecida através da divulgação de trabalhos de profissionais da saúde como Cicely Saunders e Elisabeth Kübler-Ross. Ambas as iniciativas, de Saunders e Kübler-Ross, se deram com o intuito de oferecer acompanhamento e cuidado aos pacientes em estado terminal. Além desse objetivo, ambas as autoras tiveram papel importantíssimo na disseminação das experiências de Cuidados Paliativos através de seus livros, tornando esse um tema mais próximo das populações dos países onde viviam, respectivamente a Inglaterra e os EUA.

Com a disseminação dessas iniciativas as práticas de CP se propagaram por diversos países em todo o mundo. As primeiras experiências institucionalizadas na América Latina são datadas como existentes a partir dos anos de 1990 (IGNACIA y PALMA, 2007). Porém, creio ser pertinente observar que os cuidados integrais com pessoas em estado terminal não foram criados, bem como não são monopólio, do movimento de Cuidados Paliativos. O atendimento e cuidado com respeito e dignidade a pacientes em situação terminal existe e existia em diversas configurações em todo o mundo, sendo os Cuidados Paliativos apenas uma reelaboração dessa atenção à saúde em cenários de tratamento hospitalares no ocidente moderno.

No plano da análise social e histórica o tema da morte e do morrer também já era abordado na segunda metade do Séc. XX. Sociólogos e historiadores como Norbert Elias (2001) e Philippe Ariès (1977) já apontavam para o cenário sobre o qual se debruça o movimento dos Cuidados Paliativos. Na sociedade moderna, em oposição a séculos anteriores no contexto europeu, a morte e o morrer seriam recalcados da experiência social da maioria das pessoas. Dessa forma o contato com a morte e os mortos seria mais asséptico, extremamente vinculado ao ambiente hospitalar, também sendo afastado do domicílio e do cuidado familiar. Portanto, partindo de uma postura crítica à relação com a morte e o morrer presente nas sociedades modernizadas do pós-segunda guerra, condizente com a perspectiva dos autores

citados, que os Cuidados Paliativos se fundam em sua especificidade como programa de atenção à saúde de pacientes terminais.

Portanto, a partir desse contexto pode-se vislumbrar um grande e diverso escopo para análise sociológica. Envolvidos na prática dos Cuidados Paliativos estão diferentes temas de pesquisa, como a organização social de atenção a pessoas em estados terminais, o direito à escolha de tratamento por parte dos pacientes dentro de hospitais, bem como as especificidades na realização profissional dos Cuidados Paliativos e as dinâmicas de prazer/sofrimento nesse exercício profissional, por exemplo. Logo, buscando realizar recortes dentro desse campo, a escolha do presente trabalho se deu em relação a abordar os Cuidados Paliativos a partir das perspectivas dos profissionais que atuam nessa prática, utilizando assim o marco teórico da sociologia do trabalho.

Logo, dentro desse intuito foi realizada pesquisa de campo junto a profissionais de Cuidados Paliativos buscando compreender a prática de CP na saúde pública de Brasília, Brasil, e na Cidade do México, México. É de interesse do trabalho aqui exposto, portanto, apresentar os dados e a metodologia da pesquisa em questão, dialogando sobre a inserção de novas perspectivas de cuidado e atenção a pessoas em estado terminal na realidade latino-americana.

A pesquisa em questão foi realizada no primeiro semestre de 2017, contando com um período no México, entre janeiro e março, e um período no Brasil, entre abril e julho do mesmo ano. Foram realizadas, portanto, entrevistas em profundidade, semi-estruturadas, com profissionais de Cuidados Paliativos buscando debater diversas questões. Dentre essas se destacam as trajetórias profissionais e de vida relacionadas ao trabalho com CP, a inserção dos CP nas instituições hospitalares onde atuavam essas profissionais, bem como a inserção dos CP no cenário nacional de saúde em cada país. Ao total foram realizadas cinco entrevistas, contando com uma presença marcadamente feminina na amostra, já que foram quatro participantes mulheres e apenas um homem. Essa maior presença feminina nos espaços de Cuidados Paliativos foi algo marcante na pesquisa, se tornando assim uma questão sobre a qual pretendo analisar mais cuidadosamente em trabalhos e entrevistas futuras.

Portanto, baseado na referida pesquisa, esta proposta de trabalho terá como cerne utilizar as perspectivas das interlocutoras da pesquisa para debater a prática profissional e a inserção das técnicas dos Cuidados Paliativos na América Latina, mais especificamente no Brasil e no México.

Referencias Bibliográficas

ARIÈS, P., 1977. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

ELIAS, Norbert. A Solidão dos Moribundos. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. 107 p.

IGNACIA DEL RÍO, M. y PALMA, A. Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. Boletim de la Escuela de Medicina, Volumen 31 Núm. 2, año 2007. Universidad Católica de Chile. Disponível em

<http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>, acesso em 06/11/2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes : policies and managerial guidelines. - 2nd ed. Geneva. 2002. Disponível em

<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>, acesso em 29/11/2017.

.....

*** Ângelo Miranda**

Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Departamento de Sociologia da UnB. Universidade de Brasília - PGSOL/UnB. Brasília/ DF, Brasil

Resumen de ponencia

BIOMEDICALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO: EXPERIENCIAS Y SIGNIFICADOS SOBRE EL USO DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES EN EL OBSERVATORIO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA ALCALDÍA DE MEDELLÍN-COLOMBIA, 2017-2018

*Laura Milena Cifuentes Posada

La siguiente, es una propuesta de investigación en curso, que inició en el año 2017 como parte del trabajo de grado en la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Antioquia-Colombia. Se Está llevando a cabo en la Ciudad de Medellín-Colombia en el Observatorio de Envejecimiento y Vejez (AMAUTTA) de la Alcaldía de esta ciudad. El propósito general es aportar elementos que permitan reconocer las implicaciones de la biomedicalización del envejecimiento desde el uso de medicamentos en relación a la situación de salud pública en el contexto de la ciudad de Medellín. Esto es porque, entre las revisiones realizadas para la configuración de la propuesta se encontró que la mayoría de las políticas públicas en salud orientadas al abordaje del envejecimiento tienen un enfoque muy marcado en diferentes formas medicalizadoras de la experiencia humana, y entre ellas, predomina el uso de medicamentos. Hasta la fecha, la investigación está en la etapa de trabajo de campo, el cual finaliza en junio de 2018.

El Observatorio de Envejecimiento y Vejez fue creado por la Alcaldía de Medellín con el propósito de direccionar, formular, coordinar y gestionar las políticas, planes, programas y proyectos estratégicos de prevención, promoción, intervención y asistencia de las personas mayores. Entre sus objetivos está propiciar la participación intersectorial con respecto al conocimiento que se tiene sobre envejecimiento y vejez en Colombia y en diferentes países del mundo con el fin estimular la investigación en este tema

En términos generales, la medicalización es un tema estudiado más desde las ciencias sociales que desde las ciencias de la salud. Medicalizar la vida, desde el sentido crítico, es usar la medicina para aliviar malestares de origen social que mejoren la calidad de vida de los individuos, enmarcados en estrategias preventivas que aumentan la oferta y demanda de productos para vivir mejor, sin que ello implique cambios de fondo en las formas de vida (Illich,1975).

En esta investigación se habla de BIOMEDICALIZACIÓN porque en análisis más recientes, se dice que el concepto de medicalización no alcanza a explicar los cambios económicos y políticos que se han dado desde finales del siglo XX: el recrudescimiento del modelo económico capitalista, los medios de comunicación masiva, la mercantilización de los servicios de salud, entre otros, son algunas de las causas que

han llevado a repensar lo que se ha entendido por medicalización desde el pasado siglo (Foucault,1976,1977).

Para Celia Iriart (Iriart,2016), la biomedicalización sigue siendo la gestión de la vida a través de la lógica médica, pero cruzado por hechos más determinantes como la inversión de los complejos médico-industriales en la creación de las políticas de salud, en la investigación médica y en el desarrollo de nuevos medicamentos. La expansión de dichos complejos se debe principalmente a las reformas neoliberales, que potencian la reducción del Estado y la entrada a la libre inversión, y en el caso de la salud, aseguradoras que se dedican al manejo del riesgo con la venta de seguros médicos (Hernández Álvarez,2000), reconfigurando de esta manera el significado de la salud, trasladándolo hacia una zona de asistencialismo capitalista

En esta lógica política de significación de la enfermedad y el envejecimiento a través de tecnologías médicas, toman fuerza mitos, creencias y conocimientos que dan lugar a todas y cada una de las acciones que tomamos frente a estos procesos y a poner en términos médicos condiciones que nacen principalmente de la interacción social. A esto las ciencias sociales le han llamado biomedicalización de la vida, donde son los mismos sujetos los que demandan tecnologías en salud para dar respuesta a sus necesidades (Iriart,2016). Entenderlo de esta manera es muy importante porque extrae a la medicalización del plano de la vigilancia externa para pasarlo a una vigilancia interna, por ello, no es casualidad que cada vez se extiendan más el uso de términos como Riesgo, Prevención, Promoción, Autocuidado; términos muy presentes en las políticas de salud actuales, divulgados no desde el sentido reflexivo de lo que significa la vida y el cuerpo, sino desde el miedo y desde el consumo de medidas protectoras, donde ya no se habla de personas sanas, sino personas potencialmente enfermas, es decir, la biomedicalización ha reconfigurado el significado de salud y de enfermedad.

Uno de los escenarios donde es posible evidenciar cómo se entienden en clave de patologías hechos predominantemente sociales, es en el envejecimiento, entendido como un proceso biológico, pero también social que sucede desde el momento en que se nace.

En los últimos años, el mundo ha estado experimentando un crecimiento exponencial de la población adulto mayor, esto en parte se debe al control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, la transición de la fecundidad y la inserción de nuevas tecnologías en salud (SantosPérez & ValenciaOlivero,2015), de las cuales, los medicamentos ocupan un lugar relevante como parte de terapias curativas y preventivas, convirtiéndose en objetos de infinitas posibilidades políticas, económicas, históricas y culturales en la organización del cuerpo social, lo cual representa un desafío teórico muy interesante que cruza el campo de las ciencias sociales con el campo de salud.

En materia de políticas públicas, donde se define el compromiso del Estado y la sociedad para cuidar en términos de protección social integral a la población de adultos mayores, se encuentra que en nuestra sociedad, y para este caso en Colombia,

el proceso de envejecimiento está enmarcado en un plano fatalista, pues su atención se centra principalmente en las condiciones de pobreza e indigencia de esta población y, desde ahí, en la articulación de medidas asistencialistas y cortoplacistas (SantosPérez & ValenciaOlivero, 2015).

Es así como asociar directamente la vejez con la enfermedad y lo fatal, no solo en el plano social sino también desde el enfoque que el mismo Estado le ha dado a las políticas públicas sociales, económicas y de prestación de servicios de salud, ha sido una de las razones por las cuales biomedicalizar el envejecimiento es un fenómeno aún vigente y cada vez más presente en escenarios de la vida social, determinando cuándo el cuerpo deja de ser “normal”, “funcional” y especialmente “productivo”, lo que lleva a patologizar una etapa que naturalmente hace parte de la vida.

Como se mencionaba anteriormente, la importancia de los medicamentos en la biomedicalización no se da solo por la credibilidad científica con la que se muestran, sino por la facilidad para acceder a ellos y la cantidad de estrategias publicitarias que se usan para promocionarlos (Williams, Martin, & Gabe, 2011). No es casualidad que, compañías farmacéuticas multinacionales como GlaxoSmithKline, Bayer y Pfizer lideren el mercado mundial con la venta de productos asociados al cuidado de la salud y envejecimiento (Bell & Figert, 2012). Este crecimiento exponencial de la venta de medicamentos y cosméticos se convierte en un problema de salud pública en la medida en que genera necesidades económicas pagando por tratamientos interminables, dolorosos y potencialmente peligrosos por sus efectos adversos, y que adicionalmente, genera esferas de desigualdad para quienes no pueden acceder a ellos (Bell & Figert, 2012; D'andrea, Enria, Benitez, & Franzo, 2014).

Así, medicalizar el envejecimiento es un proceso que tiene dos elementos muy importantes desde una mirada política: por un lado, es necesario que exista una interpretación social, científica y Estatal que relacione “lo viejo” como un problema médico; y por el otro, crear herramientas políticas que le ayuden a la población a solucionar el problema (Iriart, 2016), que para el caso del actual modelo biomédico, se da a través de procedimientos y productos que restablezcan los procesos bioquímicos que ya no funcionan bajo los criterios de “normalidad”. Algunos autores llaman a este fenómeno MEDICALIZACIÓN DE LA POLÍTICA, ya que a partir de esa unión entre la política y, en este caso, la industria farmacéutica, se comienzan a ejercer controles, regulaciones y a direccionar las prácticas ejercidas por la población y por los individuos (Noguera, 2003).

Pero la biomedicalización también tiene otra expresión: para la salud pública latinoamericana, este fenómeno debe entenderse desde dos perspectivas. Por un lado, se analiza desde el consumo innecesario de sustancias, pero por otro lado, la biomedicalización en países en vía de desarrollo se convierte en un marcador de desigualdad, pues también abarca el tema de acceso a medicamentos e investigación y desarrollo de tecnologías para la cura de las enfermedades de interés en estos territorios (Bell & Figert, 2012).

Por lo anterior, este trabajo tiene por objetivo comprender las experiencias y

significados relacionados con el uso de medicamentos como práctica biomedicalizadora del proceso de envejecimiento en adultos mayores que asisten al Observatorio de Envejecimiento y Vejez de la Alcaldía de Medellín-Colombia.

Metodológicamente, se eligió como ruta el estudio de caso desde un enfoque crítico social. Si bien la pregunta por la carga simbólica de los medicamentos no es un asunto nuevo, si resulta interesante explorarlo desde las experiencias de quien vive día a día el uso de sustancias que en muchos casos no alcanza ni siquiera a nombrar. Con esta investigación, se espera acercarse a la comprensión de las formas en las que se significa el uso de medicamentos, y de esta manera, ahondar desde lo simbólico en una discusión de actualidad mundial como lo es el uso racional de los medicamentos y lo que ello implica para la salud pública. Sus efectos pueden ir desde generar nuevas perspectivas frente a la biomedicalización de la vejez y de la vida, hasta potenciar líneas de trabajo a nivel de políticas públicas para desarrollar enfoques e investigaciones en este campo de estudio.

.....

*** Laura Milena Cifuentes Posada**

Universidad de Antioquia UdeA. Medellín, Colombia

Resumen de ponencia

CAMBIOS EN LA SALUD PÚBLICA DE LAS COMUNIDADES COMO CONSECUENCIA DEL TURISMO - EXPERIENCIA DEL MUNICIPIO DE JERICÓ (ANTIOQUIA - COLOMBIA) -

*John Alexander Giraldo Giraldo

Como consecuencia de la canonización de Santa Laura en el año 2013, el municipio de Jericó - suroeste antioqueño colombiano- cuna de dicha santa, experimento la presencia de miles de turistas dentro de la localidad. Esta investigación presenta el análisis de variables en salud, medio ambientales y socioculturales, del municipio de Jericó (Antioquia-Colombia) entre 2011 y 2014 y tiene como objetivo principal, establecer la relación que se pudo presentar entre la afluencia turística creciente en el lugar y los cambios presentados en cada una de las variables analizadas en el periodo estudiado.

Se comparó el comportamiento de las variables (2011-2012) antes de la canonización y (2013-2014) después de la canonización de Santa Laura.

Lo anterior se realizó a través de un estudio con diseño longitudinal; La población de referencia fue el municipio de Jericó (Antioquia - Colombia), los periodos comparados fueron 2011-2012 (antes de la canonización) y 2013-2014 (después de la canonización) Como fuentes de información de las variables se seleccionaron el informe de gestión de la empresa de servicios públicos del municipio de Jericó con corte a diciembre de 2015, la base de datos e informe del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA- con corte a diciembre de 2014 y la relación de enfermedades de interés en salud pública, los registros individuales de prestación de servicios -RIPS- , generados en la Nueva ESE Hospital San Rafael del municipio así como las minutas de la estación de policía municipal con corte a enero de 2015.

Los datos recopilados de las minutas de la policía nacional, así como los que componen las variables ambientales y los más de 120 mil registros de salud, fueron organizados, filtrados y operados en Excel 2013, así como la elaboración de algunos gráficos. La elaboración de algunas tablas de análisis de variables con la prueba de Chi cuadrado se elaboró con el software Minitab 16 y el resto de pruebas estadísticas como, t- student, Kolmogorov - smirnov, y Shapiro Wilk, se realizaron a través de SPSS 22.

En el análisis se hizo una descripción del comportamiento de las variables en los dos periodos, se compararon y midieron las variaciones y se estableció si las diferencias eran estadísticamente significativas.

Resultados:

Variables de salud

En consulta externa entre los periodos (2011 - 2012) y (2013 - 2014) se presentó un aumento del 71,4% de enfermedades gastrointestinales; incremento del 55,5% de las enfermedades respiratorias agudas; aumento del 31,7% de enfermedades

respiratorias crónicas; incremento de las enfermedades osteomusculares de 6%, incremento del 170% en enfermedades mentales y aumento del 170% en conjuntivitis. En urgencias y durante los mismos periodos, se presentó un incremento en las enfermedades respiratorias crónicas del 6%; en enfermedades respiratorias agudas el incremento fue del 12%; en lo que a infartos se refiere, el incremento entre los periodos fue del 27%; en enfermedades osteomusculares, el incremento fue del 4%; los partos aumentaron un 26; las cefaleas se incrementaron en un 130%; las heridas bajaron en un 2,5%; los politraumas bajaron un 16% y los traumas generales, se incrementaron un 54%.

Para los periodos de 2011 y 2012, el número total de consultas externas (Consulta primera vez) atendidas en la ESE San Rafael del municipio, fue de 17937, (9089 para 2011 y 8848 para 2012); para el periodo comprendido entre 2013 y 2014 el número total de consultas fue de 22485 (9801 para 2013 y 12684 para 2014) es decir, un incremento del 25%; 36% representadas en 4548 consultas más; solo entre 2013 y 2014, el incremento fue del 29% (2883 consultas más). Merece considerar que la población de Jericó entre el 2011 y el año 2014 creció solo un 6,76%, representado en 801 habitantes.

En relación con el servicio de urgencias de la ESE, el número total de urgencias para el periodo entre 2011 y 2012, fue de 8956 consultas y para el periodo de 2013 a 2014, el , el número de urgencias fue de 11818, es decir, un incremento del 32%.

Variables Sociales

Entre los años (2011-2012) y (2013-2014) se presentó un incremento del 57% en capturas; un incremento del 84% en incautación de mercancías; aumento del 9% en riñas, un decremento de lesiones personales del 11%; un aumento en la incautación de alucinógenos del 542% ; aumento en la incautación de armas blancas en un 557% y finalmente en lo que a variables sociales se refiere, los accidentes de tránsito entre los periodos evaluados, se incrementaron un 116%

Variables Ambientales

En el periodo comprendido entre 2011 y 2012 se presentó un incremento del 12% en la cantidad de toneladas generadas de residuos orgánicos; en el periodo 2012 - 2013, el incremento en el número de toneladas generadas en el municipio, fue del 80% y ya en el último periodo evaluado, es decir entre 2013 - 2014 ese incremento fue del 10%, lo que significa que el incremento total entre 2011 y 2014 fue del 125%, equivalente a 950 toneladas más de residuos orgánicos en solo 3 años.

Con el fin de construir las operaciones estadísticas requeridas para establecer las diferencias en las variables de salud, sociales y ambientales en los años analizados se procedió, en primer lugar, a determinar si la distribución de las variables era normal. Para esto se utilizaron las Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk. Con esta base se hicieron las comparaciones del comportamiento de las variables: antes y después de la canonización de la madre Laura a través del estadístico CHI cuadrado.

Conclusiones

Existe un incremento significativo en la presencia de enfermedades gastrointestinales entre la comunidad Jericoana a partir de los años 2011 y 2012, todas relacionadas con parasitosis.

Como consecuencia del alto número de visitantes en el municipio atraídos por su oferta turística, a partir del año 2013, se presentó un incremento desproporcionado en la generación de residuos sólidos con casi mil toneladas más de las producidas anterior a esta fecha.

La alta demanda turística en el municipio, también ha generado aumento en problemas de orden público y social como venta de estupefacientes, porte ilegal de armas y presencia de delincuencia común.

El hacinamiento en iglesias, bares y una gran parte de los locales comerciales y de interés turístico en el municipio, puede estar vinculado con el número de casos de infecciones respiratorias agudas tanto para locales como para visitantes.

La presencia de personas nacionales e internacionales dentro del municipio, aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas de estos a la comunidad y otros visitantes.

La gran afluencia de personas en el municipio, y en consecuencia de un amplio parque automotor, ha aumentado también el número de accidentes de tránsito tanto en la zona urbana como en la zona rural.

El turismo modifica sustancialmente los determinantes de un número importante de eventos tanto en salud pública como sociales.

La decisión de un municipio o región por adoptar la vocación turística, no debe ser una decisión a priori o acelerada; ésta debe contar con todos los estudios socio ambientales y culturales previos, que permitan dimensionar el manejo que se le dará y la manera de mitigar y controlar los aspectos más fuertes y más débiles del municipio, en aras de proteger a la comunidad de afectaciones posteriores. Estos estudios no solo deben centrarse en la oferta turística, sino también en la protección de la sociedad y el territorio donde se desarrollará.

El turismo como actividad económica, pareciera no generar tanta resistencia por parte de las sociedades en las que se desarrollan como las actividades mineras o las grandes factorías; sin embargo, podría presentar afectaciones en aspectos socio ambientales, culturales y en salud pública, sumado a la aparente poca resistencia social a la que se enfrentan, por lo que su control depende enormemente del compromiso y la voluntad política de sus dirigentes y del empoderamiento ciudadano en la protección de sus derechos colectivos.

Gran parte de los incrementos en las patologías por consulta externa y urgencias, así como el incremento en los porcentajes relacionados con las variables sociales, se presentaron en los periodos de más afluencia de turistas al municipio, es decir, entre 2013 y 2014

Finalmente podemos concluir que el turismo genera cambios en las comunidades y puede modificar aspectos tan importantes como el medio ambiente, la sociedad y su salud y calidad entre otros.

.....

* John Alexander Giraldo Giraldo

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SABANETA UNISABANETA. Sabaneta (Antioquia), Colombia

Resumen de ponencia

CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE Y EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. EL CASO MEXICANO

*Sandra Concepción Gallegos Lecona

Objetivo: Ofrecer una panorámica de la relación de la contaminación del medio ambiente y la salud desde la mirada de la Salud Colectiva y la determinación social de la salud para el caso mexicano.

Para poder relacionar la huella que tiene la contaminación del medio ambiente sobre nuestra salud es necesario tomar en consideración que la salud junto con la enfermedad, son un mismo proceso vital y continuo. Este proceso es sumamente complejo y multidimensional, que está inmerso en un contexto social e histórico en dónde se encuentran ubicados los individuos y los colectivos humanos.

Bajo este concepto, las razones por las cuales enfermamos y morimos no tienen únicamente un génesis biológico, sino que están influenciadas por el contexto en el que vivimos siendo el resultado de diversas contradicciones, tensiones, negociaciones y mediaciones sociales, culturales, económicas, políticas y simbólicas .

El ambiente forma parte de nuestro contexto, por lo tanto, éste tiene efectos sobre nuestro proceso salud-enfermedad. Todas las actividades humanas tienen un impacto sobre el medio ambiente. Estos efectos se intensificaron y se hicieron más evidentes en todos los seres vivos a partir del crecimiento de la actividad industrial, del aumento de la población y de la sociedad de consumo efecto de la economía capitalista.

Curiosamente, los seres humanos comenzamos a modificar el medio ambiente para tener una vida menos expuesta a las hostilidades del clima, buscando mejores condiciones sanitarias y de seguridad, objetivo que claramente hoy queda superpuesto por el deseo de la acumulación del capital. Así, al modificar el medio ambiente, hemos contaminado nuestro entorno, hemos provocado otros problemas de salud y grandes desequilibrios ecológicos. En este momento somos víctimas y victimarios en lo que respecta al medio ambiente.

Las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaban en el año 2012 aproximadamente 12.6 millones de muertes ocurrían en el mundo a causa de la contaminación ambiental y del cambio climático. De ellas, aproximadamente dos terceras partes (8.2 millones) fueron ocasionadas por enfermedades no transmisibles (crónicas degenerativas)

En el caso de México, aproximadamente 31.3 millones de personas se encuentran expuestas a tormentas, huracanes e inundaciones. En el otro extremo, en lo que se

refiere a sequías, 21.2 millones de mexicanos están en peligro. Por citar otro ejemplo, para el año 2010, la OMS estimó 20,496 muertes al año a causa del material particulado en el aire, 15,310 muertes por el uso doméstico de combustibles sólidos y 1,173 muertes por el ozono. En lo que respecta a la contaminación del agua, INEGI reportó que en el 2010, los padecimientos gástricos derivados de dicha contaminación, representaron la tercera causa de muerte en niños menores de un año (1 277 fallecimientos).

Todos nos encontramos expuestos a los riesgos ocasionados por la contaminación ambiental y el cambio climático; pero no todos tenemos la misma exposición, ni podemos dar la misma respuesta en caso de enfermedad. Existen grupos que son particularmente vulnerables tanto por su exposición a contaminantes como por los servicios de salud a los que acceden. Así, pieza clave del análisis desde la mirada de la Salud Colectiva es la triple inequidad en salud: la etnia, la clase social y el género, que solos o combinados conllevan diferentes riesgos a la salud y diferentes retos.

Asimismo, la Salud Colectiva aporta el análisis desde la categoría de la Determinación Social de la Salud, la cual se refiere “a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de su configuración histórica. Requiere de la comprensión de las articulaciones entre estructuras y sujetos sociales con sus capacidades de acción y de sentido y que se expresan en forma sintética en modos de vida y perfiles de salud de los colectivos humanos”.

La Determinación Social de la Salud es un cuestionamiento del contexto político y económico en el que nos desenvolvemos. Estamos inmersos en él y para cambiar las estructuras es necesario intentar vislumbrar más críticamente nuestras propias acciones, nuestro discurso y hasta nuestras formas de consumo o la relación que tenemos con el medio ambiente.

Fuentes

López Oliva. Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, 2013, n. 49, pp. 144-150

Restrepo D. Determinismo/indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31 (supl 1): S42-S46

Conferencia de Naciones Unidas para el Medio Ambiente. ONU. Estocolmo, Suecia, 1972. Disponible en: <https://www.dipublico.org/conferencias-diplomaticas-naciones-unidas/conferencia-de-las-naciones-unidas-sobre-el-medio-humano-estocolmo-5-a-16-de-junio-de-1972/>

Giannuzzo, Amelia Nancy. Los estudios sobre el ambiente y la ciencia ambiental. *Sci. stud.*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 129-156, Mar. 2010. Available from . access on 28 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-31662010000100006>.

Cada año mueren 12,6 millones de personas a causa de la insalubridad del medio ambiente. Comunicado de prensa. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 15 de marzo de 2016. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/es/>

Estrategia de cooperación técnica OPS/OMS con México 2015-2018. OPS/OMS México. México. 2014. Disponible en:
http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1056-ccs-mex-1518-web2&Itemid=493

.....

*** Sandra Concepción Gallegos Lecona**

Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Ciencias Biológicas y de la Salud UAM-Xochimilco. Ciudad de México, México

Resumen de ponencia

DESPLAZAMIENTO FORZADO Y TRANSMUTACIONES DEL DESTIERRO.

*María Helena Restrepo Espinosa

¿Es la violencia un fenómeno natural y el destierro un problema de salud pública? En Colombia, acontece algo peculiar con respecto a la violencia: se convierte en problema de salud pública en la segunda mitad del siglo xx. Indagar por esta naturalizada relación entre violencia y salud pública, y en particular el fenómeno del destierro conocido como Desplazamiento Forzado Interno desde el enfoque biopolítica/población/sociedad civil, es la novedad que expone esta ponencia basada en el texto Desplazamiento Forzado y Transmutaciones del destierro publicado por la Autora en el 2017 y en la Tesis Doctoral: Entre trauma, víctimas y vulnerables. biopolítica, DFI salud pública (2015).

https://www.researchgate.net/profile/Maria_Helena_Restrepo_Espinosa/publication/301677301_Entre_Trauma_victimas_y_vulnerables_Biopolitica_Desplazamiento_Forzado_y_Salud_Publica/links/57214e2608ae5454b231037c/Entre-Trauma-victimas-y-vulnerables-Biopolitica-Desplazamiento-Forzado-y-Salud-Publica.pdf

Las transformaciones contemporáneas del Estado y el mercado tienen múltiples dimensiones; diversos diagnósticos coinciden en mostrar la reducción de las labores y estructuras del Estado, el auge del capital financiero, el énfasis en la tercerización y la oferta de servicios, y los procesos de desregulación de estos. En este sentido, el neoliberalismo ha sido comúnmente descrito como un movimiento ideológico en el que se expande la racionalidad liberal y económica en forma global, se exagera el libre mercado, se afianza la participación de la sociedad civil y del individuo; y se reduce la capacidad de acción del Estado bajo la privatización, la depreciación de lo público y eliminación de la comunidad (Vargas Hernández, 2007).

En el caso colombiano, la Constitución de 1991 y la apertura económica ahondada durante la administración de César Gaviria (1990-1994) constituyen dos momentos de síntesis de dichas transformaciones, la cuales impactaron y a su vez fueron afectadas por las dinámicas del conflicto armado. Si bien el enfoque económico-político sobre la problemática es muy extendido, en este trabajo utilizo un marco analítico distinto para interpretar esas transformaciones del Estado y el mercado, con el fin de comprender una de las dinámicas centrales, efecto del conflicto armado: el desplazamiento forzado interno. En particular, me interesa enmarcarlas en una perspectiva concreta: la de la transición de lo popular a lo social. Transición que, por supuesto, no ha estado exenta de resistencias ni ha sido “pacífica”, y que coexiste con diversas apuestas académicas y organizativas, las cuales reivindican el respeto por los derechos sociales y el pacto constitucional. En efecto, existe una serie de transformaciones en el campo jurídico, que toman forma en la promulgación de la Constitución de 1991 y, por supuesto, en la instauración del desplazado como figura jurídica a través de la Ley 387 de 1997. Pero

mi foco de interés para analizar el desplazamiento forzado interno no es ni el Estado ni las reformas del mercado, sino un espacio adicional que denomino "lo social" (Foucault [2006, 2007]; Sáenz Obregón y Granada, [2013]). Este ámbito es un hiato que se encuentra entre la sociedad y el individuo, y excede la regulación jurídica estatal y las reglas del mercado (libre competencia por ejemplo).

Lo social aquí funciona como sinónimo de sociedad civil, con una aclaración fundamental; en Colombia la discusión sobre la sociedad civil, que tuvo su pico más alto durante finales de la década del ochenta, se ligó al papel de la sociedad -ni Estado ni actores armados- en la configuración del orden democrático. En ese sentido, la sociedad civil ha estado vinculada a las reivindicaciones sociales, políticas y culturales de diversos sectores sociales, junto a reclamos por el cumplimiento de derechos (Velásquez, 2011, Hernández (2011), González Posso, 1997). Se ha concebido entonces, sobre todo en términos de un sujeto participativo (específicamente en el rango de participación ciudadana), como actor legítimo frente al Estado y los actores armados: sujeto capaz de exigir acciones responsables y transparentes, y la rendición de cuentas al Estado (accountability y gobernabilidad).

Hay entonces, por un lado, visibilidad y legitimidad de la voz de actores sociales diversos (incluyendo los empresarios). Por el otro, la exigencia en la prestación de servicios públicos y en el cumplimiento de una serie de derechos individuales y colectivos (entre ellos el denominado Derecho a la Paz). Así, la forma predominante en que se concibió a la sociedad civil durante las décadas de 1980 y 1990 en Colombia permanece ligada a la perspectiva jurídica del pacto y la soberanía.

Posteriormente, a mediados de la década del noventa, se postula otra concepción de la sociedad civil, derivada del economista Douglas North, que gira en torno a las nociones costos de transacción, capital humano y capital social (Cuéllar, 2000).

Preocupación que surge desde los inicios del liberalismo a partir de la dualidad entre libertad y seguridad (Foucault, 2007).

En esta tesis presento otra concepción de la sociedad civil, desligada de la idea del contrato social, es decir, de la concepción jurídica de la soberanía. Pero también desligada de la simple visibilidad de actores económicos, como los gremios. Esta concepción de la sociedad civil, que no remite a la soberanía jurídica, es la que me permitirá proponer otra mirada sobre el fenómeno del desplazamiento forzado interno en Colombia. Para ello me baso en la perspectiva que Michel Foucault (2007) presenta en sus lecciones sobre biopolítica, sociedad civil, y población (2004, 2006 y 2007). En estas la sociedad civil no se trata de individuos agrupados en contratos sociales o pactos, o en súbditos que, cediendo su deseo, obedecen a una voluntad general, sino que remite a individuos que no ceden ni renuncian a su deseo, y persiguen su interés a través de la capitalización de sí mismos. La sociedad civil que rastrea Foucault (2007), por ejemplo, es la que va a permitir entender el auge reciente de concepciones de ésta ligadas al capital social y al capital humano, cuya tendencia emerge en Colombia a mediados de los noventa en el siglo XX, y se consolida en el siglo XXI.

Es importante aclarar que metodológicamente me separo de las lecturas que reducen la vida social al discurso. Las prácticas sociales, a mi modo de ver, son discursivas y no discursivas; más bien estratégicas. Me distancio igualmente de las interpretaciones que descalifican a Foucault a través de consignas como posmoderno o

posestructuralista, como pensador ajeno al problema del Estado. Todo lo contrario: el abordaje que Foucault (2007) da de la biopolítica, la sociedad civil y la población puede entenderse precisamente como una historia del Estado a partir de las diversas racionalidades que lo direccionan (Castro-Gómez, 2010, p. 10). No se trata, entonces, de olvidar el Estado o volverlo algo impensado o un objeto fóbico, sino de mostrar con Foucault (2007) precisamente, que el Estado contemporáneo opera desde otra lógica que no es visible desde los paradigmas convencionales de análisis.

En América Latina y específicamente en Colombia el impacto la obra de Foucault es considerable en diferentes ámbitos; basta ver la renovación de estudios sobre la sociedad, la política y la economía ya no desde el orden y la ley, o el Estado incompleto o fallido, sino desde los procesos de domesticación de los cuerpos y serialización de las almas (Escobar [2007]; Castro Gómez [2009]; Pedraza [2011]; Sáenz Obregón y Saldarriaga [1997]; Zuleta Pardo y Daza, [1997 y 2002]; Edgar Novoa [2014]). En términos de medicina y salud pública, es importante anotar que los trabajos de Foucault inician con *El Nacimiento de la Clínica y la Historia de la Locura*, donde se exponen el problema de la medicalización, la higiene, la sanitización y el papel de los saberes técnicos (como el de la salud pública) en el disciplinamiento y normalización de las sociedades.

En específico, el impacto de Michel Foucault en los estudios sociales de la medicina y los estudios de salud pública se da en dos niveles. De manera sintomática, las tres conferencias que dictó Foucault (1974) fueron publicadas posteriormente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año de 1978. En estas Conferencias, “Historia de la medicalización” y “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, Foucault señala dos puntos clave que impactarán de manera significativa el campo de los estudios de salud pública.; el primero, que, a diferencia de la tendencia privatizadora del capitalismo, la medicina y el cuerpo corresponden a una práctica y un objeto social.

“Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario” (Foucault, 1978, p. 38).

El segundo punto, en el marco de lo que denomina la “medicina de Estado”, es la forma en que “aparece en ese momento el médico como administrador de salud” (Foucault, 1978, p. 43). Esto último elemento histórico es clave pues va a permitir captar las relaciones, mezclas y sustituciones entre el ámbito médico y el administrativo hasta el día de hoy.

En Colombia, el impacto de los trabajos de Foucault en la historia social de la medicina y la salud pública ha generado nuevas perspectivas en las relaciones entre conocimiento y sociedad (Quevedo et. al. [2004] y Pohl Valero [2010 y 2014]). Como ha sido reconocido en las historias revisionistas de las ciencias, “la importancia de estos trabajos consiste en que se aborda sistemáticamente el tema de la historia de la medicina desde las teorías de las ciencias sociales, perspectiva hasta entonces inédita en Colombia” (Obregón, 1995, p. 567). Diana Obregón puntualiza su argumento señalando que con el tipo de estudios de la medicina influenciados por Michel Foucault, en especial los de Néstor Miranda Canal, “se comienza a superar el tipo tradicional de historia de l

.....

*** María Helena Restrepo Espinosa**

Universidad del Rosario UR. Bogotá, Colombia

Resumen de ponencia

EL ROL PRODUCTIVO DE LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

*Diana Milena Fandiño Martín

El contenido de esta ponencia, presenta parte del desarrollo conceptual del proyecto investigativo intitulado “El discurso de la Promoción de la Salud para jóvenes en la Ciudad de México, durante el periodo 2013-2018”, como parte de mi proceso formativo en la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco. Este análisis busca presentar la formulación de políticas como un proceso productivo, que en su devenir produce “problemas”, “objetos”, “sujetos” y “lugares”; y particularmente, analizar sus implicaciones en el marco de un movimiento de promoción de la salud, que en su expresión hegemónica opera como estrategia biopolítica funcional al orden social dominante y en oposición al ejercicio del derecho a la salud.

En el estudio contemporáneo de las políticas existe una clara prevalencia de la discusión en términos técnicos sobre la definición e implementación de estas, que ha desplazado al análisis crítico sobre la configuración de sus contenidos (Almeida & Báscolo, 2006; Salinas & Tetelboin, 2005). Este análisis asume una mirada histórico-crítica sobre la producción de la política social de salud a través del análisis de políticas como discurso, que busca demostrar cómo las acciones inmersas en la producción de políticas públicas están interconectadas y configuradas por los contextos sociales y políticos en los cuáles tienen lugar, y cómo los discursos regulan el conocimiento del mundo y nuestra comprensión compartida de los eventos (Shaw, 2010).

Desde esta mirada, las formas de comprender el proceso salud-enfermedad, y las prácticas sociales orientadas a resolver las demandas del proceso, lejos de estar definidas por criterios exclusivamente técnicos y “científicos” se encuentran socio-históricamente determinadas por procesos económicos, políticos e ideológicos de carácter estructural. En lugar de ver al gobierno respondiendo a “problemas” que llanamente “existen” en determinada configuración social, el análisis de la política como discurso sostiene que los “problemas”, “objetos”, “sujetos” y “lugares” se construyen en las propuestas de políticas que se ofrecen como respuestas, y permite dirigir la atención a la forma en que los conjuntos de políticas relacionadas, ejercen el poder a través de la producción de “verdad” y “conocimiento” (Bacchi & Goodwin, 2016).

Las prácticas sanitarias institucionalizadas son producto de la modernidad, surgieron junto al capitalismo y el nacimiento del Estado moderno en Francia, Inglaterra y Alemania; determinadas en general por las necesidades de la producción capitalista, y en particular, por las formas que este modo de producción asumió en cada sociedad. Con esta institucionalización de las prácticas sanitarias se transitó de una medicina privada a una colectiva, se socializó el cuerpo como poseedor de la fuerza productiva. El saber médico dejó de atender exclusivamente la enfermedad y extendió su poderío

a otras esferas de la salud y la vida individual, pero, sobre todo colectiva. El control no se ejerce ya sólo sobre la conciencia o la ideología sino sobre el cuerpo. Este fue constituido como realidad biopolítica y la medicina se erigió como estrategia biopolítica (Foucault, 1977).

La promoción de la salud es un movimiento heterogéneo, cuyo registro formal de nacimiento es la Carta de Ottawa (OMS, 1987). Bajo el mismo nombre se cobijan diversas conceptualizaciones, que responden a intereses de clase diversos y opuestos. Sigerist, en su primera conceptualización la catalogó como una de las cuatro tareas de la medicina (González, Castro, & Moreno, 2011), posteriormente Leavell y Clark (1979) la integraron como primer nivel de prevención en su modelo de medicina preventiva, con el informe Lalonde fue establecida como eje estratégico de la política de salud, dirigido al desarrollo integral de la salud, con énfasis en el bienestar y reducción del costo de la atención médica (Lalonde, 1981). Estos acercamientos conceptuales a la promoción de la salud previos a Ottawa se sustentan en dos modelos conceptuales del proceso salud-enfermedad: el epidemiológico-social y el socio-sanitario (Castro Albarrán, 2016). La primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud acogió la conceptualización más amplia, en consonancia con Alma-Ata (OMS, 1978). A lo largo de las declaraciones de las seis conferencias posteriores pueden identificarse las tendencias en oposición y diferentes momentos de la correlación de fuerzas. El discurso actual de la promoción de la salud se encuentra bajo la tensión de los paradigmas médico-preventivista, conductual-individualista y de la salud colectiva. Para Castro Albarrán (2016) con la difusión del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS, 2008), el discurso de la promoción de la salud, especialmente en algunas de sus vertientes (desarrollo de capacidades de las personas para decidir sobre estilos de vida saludables, establecimiento de políticas públicas reductoras de riesgos y de información y protección al consumidor, y políticas de mejoramiento de ciertos entornos) viene fortaleciéndose y consolidándose como programa ideológico de un nuevo movimiento, que no sólo orienta las prácticas en salud a la contención de costos de la atención de enfermedades, sino que en su corriente hegemónica, inscrito en el paradigma conductual-individualista, promueve el consumo de “estilos de vida saludables” en el mercado y ha llegado a constituirse en una estrategia biopolítica que participa en la construcción de determinado tipo de sujetos sociales, con características útiles a la estructura económica contemporánea y alejados del sujeto social con capacidad de controlar sus condiciones de vida y ejercer el derecho a la salud que impulsó la Promoción de la Salud en su origen formal en Ottawa.

Referencias

- Almeida, C., & Báscolo, E. (2006). Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(Sup), S7-S19. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22s0/02.pdf>
- Bacchi, C., & Goodwin, S. (2016). *Poststructural Policy Analysis*.
- Castro Albarrán, J. M. (2016). Promoción de la salud. De discurso preventista a estrategia biopolítica del siglo XXI. Implicaciones para el ejercicio del derecho a la salud. Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- CDSS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad*

sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Recuperado a partir de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

Foucault, M. (1977). Historia de la Medicalización. Educación médica y salud, 11(1), 3-25. <http://doi.org/10.1016/j.angio.2014.05.001>

González, R., Castro, J., & Moreno, L. (2011). Promoción de la salud en el ciclo de la vida. México D.F.: McGraw-Hill.

Lalonde, M. (1981). A new perspective on the health of Canadians. Minister of National Health and Welfare, 76. <http://doi.org/H31-1374>

Leavell, H., & Clark, E. (1979). Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach. Huntington, N.Y.: R. E. Krieger.

OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. En Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 (pp. 6-8). Recuperado a partir de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_de_ALMA_ATA.pdf

OMS. (1987). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Vol. 1, p. 129). Recuperado a partir de <http://amro.who.int/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>

Salinas Figueredo, D., & Tetelboin Herion, C. (2005). Las condiciones de la política social en América Latina. Papeles de Población, 11(44), 83-108. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204404>

Shaw, S. E. (2010). Reaching the parts that other theories and methods can't reach: How and why a policy-as-discourse approach can inform health-related policy. Health, 14(2), 196-212. <http://doi.org/10.1177/1363459309353295>

.....

*** Diana Milena Fandiño Martín**

Maestría en Medicina Social/Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco - MMS-DCSC. Ciudad de México, México

Resumen de ponencia

EMBARAZO ADOLESCENTE Y EL ACCESO A LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO: RESULTADOS DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS Y LA ADAPTACIÓN DEL CURRÍCULO

*Elizabeth Salerno Valdez

*Martha Cecilia Miker Palafox

A pesar del problema del embarazo adolescente en la frontera México-Estados Unidos, pocas investigaciones han identificado las percepciones de las adolescentes, sus madres, personal de salud y promotoras comunitarias sobre el mismo y han llevado a cabo investigaciones donde no solamente se conozca a fondo el problema sino además se busque incidir en su solución a través de la investigación-acción. Formamos un equipo de investigación binacional para realizar once entrevistas semiestructuradas para personal de salud, dos adolescentes (edades de 16-17), una madre adolescente (20 años), tres promotoras comunitarias y dos madres de adolescentes que viven y trabajan en una de las colonias de Nogales Sonora, caracterizada por el alto embarazo adolescente y violencia sexual. Los participantes fueron consultados sobre sus percepciones del embarazo adolescente en el contexto de su familia, comunidad y cultura, así como las barreras y soluciones percibidas para acceder al cuidado médico en salud sexual y reproductiva y enseguida adaptamos e impartimos el currículo Mujer Saludable-Promotora.

El embarazo adolescente tiene profundas consecuencias físicas, emocionales y sociales que afectan al adolescente, al niño, a la familia y a la comunidad (Chen, Wen, Fleming, Demissie, Rhoad y Walker, 2007, Barón, Castellanos, Molina, Moore, Martínez y Figueroa, 2012). El embarazo adolescente es un tema que se ha vuelto importante en los últimos años en México, en 2017 el país ocupó el primer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y se encuentra entre los 10 primeros lugares de América Latina con una tasa de fertilidad 77 nacimientos por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años (OCDE, 2017, s / n). A nivel estatal y local, el problema se ha agravado en los últimos años también. En 2011, el número de nacimientos en Sonora fue de 54, 756, las mujeres que en el momento del nacimiento tenían entre 12 y 17 años eran 4 490, lo que representaba el 8.2% del total de nacimientos; De este grupo, 4 nacimientos en 100 corresponden a madres entre 12 y 14 años y 96 de 100 a madres de 15 a 19 (INEGI-DIF Sonora, 2013, página 10). La ubicación geográfica de las madres adolescentes entre 12 y 17 años (4 490) en 2011 se registró de la siguiente manera: Hermosillo (1116), Cajeme (613), Nogales (447), SLRC (304), Guaymas (280) y Navojoa (200), juntas agrupan al 65.9% de estas mujeres (INEGI-DIF Sonora, 2013, página 10).

En 2014, el Hospital General de Nogales registró 2100 nacimientos, el 40% eran madres menores de 19 años, un 8% más que el año anterior. De acuerdo con el análisis

de los resultados de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2014, son las mujeres más jóvenes las que tienen un menor conocimiento de al menos un método anticonceptivo moderno: 67.9% de los adolescentes (15 a 19 años) y son los adolescentes que muestran el nivel más bajo de conocimiento funcional en prácticamente todos los métodos modernos de anticoncepción excepto en el condón femenino, en el que supera el promedio nacional con 46.3%, en un 38.5% del total de mujeres en edad fértil (INMUJERES -Gobierno de la República, 2015, página 11). La perspectiva sociocultural del embarazo adolescente ha buscado ampliar la visión y establecer el vínculo entre el embarazo adolescente y el contexto social en el que se produce, las formaciones culturales, los programas de educación sexual y el impacto de los métodos anticonceptivos en las prácticas sexuales de esta población [Mayen, 2004]. Magnani et al [(2001) señalan que el rendimiento académico es una variable significativa en la predicción de resultados de salud reproductiva, como el embarazo, el pequeño tamaño de la familia, un matrimonio en edad madura, una actividad sexual retrasada y la abstinencia o el uso del condón.

Algunas fallas de las acciones del gobierno en la educación sexual pueden atribuirse al hecho de que no consideran que las decisiones sobre la sexualidad en los jóvenes estén influenciadas por factores socioculturales, como el imaginario de lo que es ser un hombre y una mujer, expectativas románticas y sexual en la adolescencia, así como los roles asignados a cada género en el proceso de seducción y toma de decisiones (Castellanos, 2008). Se sabe que las madres más pobres con baja escolaridad, no solo tienen menos oportunidades de obtener trabajos bien remunerados, sino que se suman a esto; tienen pocas posibilidades de casarse significa una mejora económica para ellos. Las adolescentes embarazadas se unen a los hombres que no proporcionan suficiente dinero para mantener a la familia, además de mantener relaciones inestables. Algunas de estas mujeres, después del nacimiento de su hijo, se reintegran en las familias de origen, lo que representa una carga mayor para este grupo familiar ampliado. Ser madres tan jóvenes, por paradójico que parezca, les otorga un estatus diferente del que son socialmente reconocidas, independientemente de lo que la familia piense sobre su vida y actividad sexual. Sin lugar a dudas, la responsabilidad de tener un hijo les otorga ciertos privilegios, como el valor de ser madre [Mayén, 2004]. Las entrevistas semiestructuradas fueron grabadas en audio, transcritas, y analizadas de acuerdo con el planteamiento de la teoría fundamentada. Se identificaron tres temas principales de discusión: 1) el embarazo adolescente se considera un problema cuando se mira en el presente y en el futuro; 2) el embarazo adolescente no se discute debido a la vergüenza por ser un tema tabú; y 3) el embarazo adolescente no requiere una resolución médica sino intervención socioeducativo y sociocultural. Las adolescentes tienen la oportunidad de hacer modificaciones en el estilo de vida que puede optimizar su vida sexual y reproductiva, pero la intención de cambiar el comportamiento es contingente en el conocimiento preciso su salud sexual y reproductiva, que a menudo está influenciado por normas culturales. Nuestros resultados preliminares sugieren que estas adolescentes consideran el embarazo adolescente como un riesgo en sus vidas futuras y es la salud sexual y reproductiva algo que ellos consideran que debe ser explícitamente discutido.

Para el análisis cada autor analizó los datos independientemente del otro con la recomendación de la triangulación de los investigadores [Patton, 2002]. Esto fue hecho a mano y el Atlas. Ti 15 software [Muñoz, 2003] utilizando un enfoque de teoría

fundamentada construida [Glaser y Anselm Strauss, 1967; Taylor y Bogdan, 1992: 155]. Los datos se categorizaron primero en categorías emergentes basadas en los conceptos principales que surgieron de los datos. Incluyeron: 1) el significado de la maternidad y el embarazo; 2) conocimiento sobre salud sexual y reproductiva; 3) servicios médicos de salud sexual y reproductiva en la comunidad; 4) conocimiento de los programas de salud sexual y reproductiva y; 5) comunicación entre madre e hija en salud sexual y reproductiva. Luego, de forma independiente, realizamos un análisis línea por línea de los datos dentro de las categorías emergentes, lo que generó una colección específica de códigos de cada categoría. A continuación, empleamos de forma independiente el método de comparación constante, avanzado por Glaser y Strauss [1967], para comparar datos contra datos dentro de una categoría y establecer distinciones entre códigos de línea por línea.

El mantenimiento de memorandos analíticos escritos a mano durante el análisis allanó el camino para el desarrollo de códigos enfocados, que tenían como objetivo sintetizar y explicar segmentos más grandes de datos y reunir ideas que se fusionaban dentro de códigos línea por línea. Cada uno de nosotros llegó a un conjunto de códigos enfocados y se discutió cualquier discrepancia en la interpretación entre los conjuntos de códigos enfocados. Luego, derivamos juntos códigos teóricos de los códigos enfocados para aclarar por qué las adolescentes fronterizas quedan embarazadas y qué significados dan al embarazo y la maternidad en el contexto de sus vidas. Los códigos teóricos fueron discutidos y acordados. Utilizamos la estrategia cualitativa de verificación de miembros (es decir, un participante revisa los códigos teóricos para evaluar si representan los puntos de vista, sentimientos y experiencias de los participantes) para mejorar la credibilidad del estudio.

A partir de nuestros hallazgos en las entrevistas semiestructurada a actores clave, adaptamos el currículo Mujer Saludable-Promotora, que anteriormente el Instituto de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Arizona (UA-SIROW) había aplicado a mujeres migrantes con características similares, a través de promotoras comunitarias en la frontera de Arizona. Es importante destacar que las y los actores principales perciben la necesidad de intervenciones socioeducativas y socioculturales para abordar el embarazo adolescente, lo cual conlleva implicaciones para la búsqueda de su prevención. Al crear intervenciones socioeducativas para prevenir el embarazo adolescente, es importante tener en cuenta el enfoque cultural a través del cual se entiende el embarazo adolescente en el contexto fronterizo sonorense.

También probamos el currículo adaptado de Mujer Saludable-Promotora, logrando una mayor aceptabilidad y logrando un mayor potencial para impactar en las tasas de embarazo adolescente y aumentar el acceso a la atención en SSyR a lo largo de la vida, y finalmente, logramos utilizar los resultados de la investigación para informar las políticas de salud sexual y reproductiva a nivel local, estatal, nacional e internacional.

.....

* Elizabeth Salerno Valdez

Universidad de Arizona-UA. Tucson, Arizona, Estados Unidos

*** Martha Cecilia Miker Palafox**

Universidad de Arizona-UA. Tucson, Arizona, Estados Unidos

Resumen de ponencia

FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN EL JUEGO PATOLÓGICO: PERSPECTIVA DE UN GRUPO DE JUGADORES PATOLÓGICOS DE CUALIACÁN

*Ruben Sanchez Ramos

La ludopatía es un problema de salud pública que ha generado un impacto negativo en la ciudad de Culiacán en los últimos años, por lo que se considera pertinente abordar este tipo de problemáticas que han sido minimizadas a escasos estudios de carácter social. En los últimos años se ha registrado que el juego patológico es un problema que afecta a cerca del 3% de la población mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) por su parte, incluyó a la ludopatía como una categoría diagnóstica en la revisión de 1992 (CIE-10) en la que se define al juego patológico como un trastorno consistente en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juego de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo. Comúnmente los estudios del juego patológico son explicados desde la perspectiva clínica, psiquiátrica y cognitiva, centrándose en el análisis individual de los síntomas y consecuencias en el individuo. Sin embargo, existen múltiples factores detrás de la aparición de este desorden y se considera que su etiología es probablemente multidimensional resultante de una interrelación compleja entre determinantes ambientales, conductuales, cognitivos y biológicos.

Se considera como factores de riesgo socio-ambientales: la disponibilidad de casinos y salas de juego; el deficiente control legal a los juegos de azar; la falta de espacios recreativos, deportivos y culturales para los ciudadanos; el ambiente y la atención en los casinos; y por último los relacionados al ambiente educativo. Dentro de los factores de riesgo familiares están: los problemas relacionados con la comunicación, el ejercicio de la autoridad y la convivencia; la cultura del juego en la familia; los antecedentes de miembros con ludopatía. Por último, como factores de riesgo personales están la inestabilidad afectiva, la inseguridad, la introversión, la soledad y la búsqueda de sensaciones (Castaño, Calderón, Restrepo, 2016).

Por lo que se tiene como objetivo, comprender los factores de riesgo y su predisposición al juego patológico en el contexto local, desde la experiencia de un grupo de jugadores patológicos en recuperación de la ciudad de Culiacán. Esta problemática se propone ser abordada desde un modelo de investigación cualitativa, que permita estudiar la realidad en su contexto natural, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con los sujetos implicados. El proceso de investigación cualitativa explora de manera sistemática los conocimientos y valores que comparten los individuos en un determinado contexto temporal y espacial. A su vez, se propone diseñar una metodología basada en el método fenomenológico que permita profundizar en la problemática desde la subjetividad de los sujetos de estudio. Basándose en las recomendaciones de la determinación de la muestra para una

investigación con estas dimensiones, se pretende utilizar una muestra de seis participantes voluntarios de ambos sexos con diferentes características sociodemográficas que actualmente asisten a un grupo de autoayuda en la ciudad de Culiacán, todos relacionados con problemas de juego. La técnica principal que se implementará para la obtención de la información, es la entrevista semiestructurada con un cierto número de preguntas abiertas y audio-grabadas, donde los sujetos puedan argumentar sus experiencias, opiniones, valores y creencias, emociones, sentimientos, hechos, historias de vida, percepciones, atribuciones, respecto al tema de los factores de riesgo que predisponen al juego patológico. Una vez recolectada la información, se procederá a transcribir las grabaciones, y hacer el análisis detallado de los datos. Este análisis se basará en la estrategia de Rodríguez, Flores y García (1999) que contempla tres grandes procedimientos: la reducción de datos, la disposición y transformación de datos y, finalmente, la obtención y verificación de las conclusiones. La elaboración de una investigación del fenómeno de la ludopatía es un tema novedoso para la disciplina del Trabajo Social, en consecuencia, es un área de oportunidad para generar conocimiento. De igual manera, el abordaje de esta problemática permitirá a la disciplina del Trabajo Social tener un acercamiento empírico con los sujetos que padecen esta enfermedad. Por otra parte, la información que se genere a partir de esta investigación, abone al conocimiento del Trabajo Social y otras disciplinas. A su vez, el conocimiento que se produzca sirva como referencia para la elaboración de proyectos de acción preventiva de la ludopatía en la comunidad, así como sustentar proyectos de intervención.

.....

*** Ruben Sanchez Ramos**

Universidad Autonoma de Sinaloa UAS. Culiacan Sinaloa, México

Resumen de ponencia

GERENCIALISMO ARRISCADO: AMEAÇAS À PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO ENTRE RISCO EM SAÚDE E IDEOLOGIA GESTIONÁRIA.

*Danielle Ribeiro De Moraes

Neste trabalho, exponho reflexões oriundas de minha tese de doutorado em Saúde Pública (MORAES, 2016), tomando a construção que chamei de “gerencialismo arriscado”. Esta leitura é orientada pela minha formação de médica, especialista em saúde pública, que nos últimos anos tem se dedicado à análise do discurso médico sobre os riscos que cercam os diferentes usos dos anabolizantes e seus efeitos sobre as práticas sanitárias. Esta crítica se apoia em textos acadêmicos do campo da Saúde Coletiva e aponta para os efeitos dos modos de operação do campo, baseados no discurso da performance e do gerencialismo, de um lado, e dos riscos em saúde, de outro, e de como esses modos se fazem presentes nas atuais formas de se analisar e orientar as práticas sanitárias. A face do que chamo de gerencialismo arriscado irá definir situações paradoxais que permeiam: primeiro, a produção do conhecimento, em que se localizam o campo da saúde e as ideias-força da saúde coletiva; segundo, a relação de pesquisadores do campo com seus objetos de estudos e seus modos de fazer pesquisa em saúde, muitas vezes naturalizando um olhar utilitarista que reflete a mercadorização da pesquisa e das práticas sanitárias.

A atual configuração do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988, prevê um sistema público, universal e gratuito, com a perspectiva de atendimento integral e ações descentralizadas, tendo a participação da comunidade um lugar tanto de definições de prioridade, quanto de controle das ações. Definida como uma das diretrizes constitucionais de funcionamento do SUS, a participação tem sua origem nos processos de luta em torno das mudanças do modelo de atenção à saúde, nomeados de Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, impulsionado ao longo da década de 1970 e operando como mais uma dimensão da resistência à ditadura civil-militar (1964-1985). Neste cenário, a ideia de participação tem como referência inicial a defesa à democracia e, assim, a noção de “consciência sanitária” se referia à compreensão de que o acesso à saúde deveria ser entendido como um direito social (FLEURY, 1988).

No campo da Saúde Coletiva, o estabelecimento ou a ampliação da consciência sanitária é um dos papéis das práticas e um dos pilares de sua pedagogia. No cotidiano dos serviços e na área da gestão em saúde, no entanto, são identificadas dificuldades em se construir essa consciência sanitária, pela convergência de interesses distintos sobre a área - como aqueles do capital financeiro representado pela indústria farmacêutica ou por operadoras de planos de saúde, que veem no setor um potente mercado consumidor -, o que influencia no estabelecimento das ações e no delineamento da oferta de serviços (BAHIA, 2010). A partir da década de 1990 a defesa

dos valores do SUS foi perdendo espaço para a lógica de otimização de recursos, baseada na ideia de racionalidade da gestão. Ainda que a diminuição de recursos tenha imprimido formas inovadoras de geri-los sob as pressões da descentralização, as autoras mostram o quanto o setor privado possuía maior capacidade de adequação ao jogo do ajuste neoliberal (BODSTEIN; SOUZA, 2003).

Sem negar a necessidade de qualificação da gestão em saúde, destaco que o tipo de discurso que ocupou a agenda do setor ocorreu de modo a alinhá-la com as reformas de estado em vigor na América Latina e em outras regiões. Não é à toa que ocorreu ao mesmo tempo a valorização e a difusão da produção do conhecimento administrativo-gerencial, que passou a povoar os mesmos setores que foram (e ainda são) alvos das políticas de ajuste. A lógica gerencialista ganhou cada vez mais terreno e, sob os auspícios da neutralidade científica, matematizou práticas e relações institucionais, transformando indicadores em metas e condicionando o financiamento à sua persecução e obtenção.

De outro lado, o que muitas vezes se vê é um tipo de produção acadêmica que tem no processo de apagamento de pressupostos um lugar-comum. A intensa valorização analítico-gerencial, utiliza-se de modelos avaliativos pouco abrangentes, muitas vezes transcritos diretamente de outros campos de conhecimento, que possuem um arcabouço conceitual ou pressupostos epistemológicos bastante distintos daqueles iniciais do campo da Saúde Coletiva, como os importados das áreas do marketing e procedimentos advindos da esfera empresarial.

Assumo a interpretação de Vincent de Gaulejac (2007), que aponta que esses processos são sintomas de uma “doença social” produtora de mal-estar e efeito de uma ideologia gestionária, em que se entende que a sociedade funciona tal como uma empresa e, portanto, precisa gerar lucros. Sob esta ideologia, a relação homem-natureza-trabalho é obscurecida, enquanto o homem é situado como um recurso a serviço da empresa. A gestão é definida como um modo de operação e, ao mesmo tempo, uma produção de conhecimento voltada a utilizar os recursos da melhor maneira, de modo a chegar aos melhores resultados. E, se o critério de sucesso gerencial rege as práticas administrativas, ele também produz, no plano individual, uma moralidade do sucesso, transbordando em uma ética performática. Longe de se restringir à administração, este ideário se expandiu na sociedade, avançando sobre campos tão diversos como a educação ou o direito e a saúde.

Nota-se que o campo da Saúde Coletiva é especialmente pérvio e (re)produtor da ideologia dos riscos em saúde, segundo a qual se tornou obrigatória a assunção de estratégias de prevenção que evitem as doenças e prolonguem a sobrevida. Do mesmo modo que a ideologia gestionária apresentada por Gaulejac (2007), também a ideologia dos riscos se relaciona à reestruturação produtiva e à conjuntura neoliberal de reformas setoriais, produzindo uma moralidade sanitária em que é mandatório participar dos scripts de prevenção e promoção da saúde estabelecidos pelas melhores intenções do conhecimento científico (LUPTON; PETERSEN, 1995). Houve intensificação da ideologia do risco no campo da saúde pública ocorrida com a doutrina neoliberal, derivada de uma amplificação do discurso sobre o risco epidemiológico, sobretudo a dos fatores de risco, que ocupa a função de construir a ideia de perigo moral.

O autocuidado e o automonitoramento vêm se consolidando como estratégias cada vez mais difundidas. Confundindo-se com a perspectiva gestionária, nota-se o veloz

fortalecimento da ideia de gerência corporal (body management), e sua proliferação sob a forma de escalas que permitem organizar e ordenar a vida através da contabilização de calorias, da quantidade de álcool, de água, das horas de sono ou do tempo de exercício realizado ao longo do dia (LUPTON, 2013).

Quando vemos a forma de colocar em marcha as políticas de saúde no Brasil, também esse gerencialismo arriscado se impõe. Estamos falando de questões sanitárias cujo enfrentamento é complexo, e vão desde a ampliação de cobertura e articulação da rede de serviços, ações de busca ativa com melhoria nas estratégias de notificação e nos sistemas de informação, até readequações na política de recursos humanos, ações intersetoriais que envolvem acesso ao saneamento básico, o enfrentamento das desigualdades de gênero e, sobretudo, a redistribuição de renda. No entanto, ao longo da cadeia lógica gestonária, a complexidade das práticas sanitárias (e intersetoriais) pode ficar reduzida à realização de técnicas e procedimentos, no nível local, por trabalhadores da rede de serviços. Se esses procedimentos não dão conta de resolver os problemas de saúde, na medida em que a obtenção das metas é vinculada ao recebimento de recursos, serão elas a pautar o cotidiano dos serviços (senão na totalidade do tempo, pelo menos em boa parte dele). Então, a partir da equiparação de metas às necessidades de saúde, e frente às precariedades estruturais colocadas defronte do SUS, é fácil incorrer numa naturalização que faz confundir as metas com o próprio papel do sistema de saúde. Nesses novos modos de viver e de se materializar as políticas, forjados no individualismo, orientados pelo perigo moral e existentes sob a ideologia gestonária e do risco, há pouco sentido na problematização ou na politização, tão necessárias à consciência sanitária.

Referências:

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In.: *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Orgs.). CEBES, 2010. p.115-128.

FLEURY, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. *Reforma Sanitária - Itália e Brasil*. HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.195-207.

GAULEJAC, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Editora Ideias & Letras, 2007.

MORAES, D.R. *Entre Tiro, Porrada e Bomba: esteroides anabolizantes androgênicos, gerencialismo arriscado e os discursos médicos moralizantes*. 2016.

BODSTEIN, R.; SOUZA, R.G. *Relação Público e Privado no Setor Saúde: tendências e perspectivas na década de 90*. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, RMG; GOMES, MHA., Orgs. *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p.289-309.

LUPTON, D; PETERSEN, A.. *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage, 1995.

LUPTON, D. The digitally engaged patient: self-monitoring and self-care in the digital health era. *Social Theory & Health*, n.11, p.256-270, 2013.

.....

* Danielle Ribeiro De Moraes

Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ. Rio de Janeiro, Brasil

Resumen de ponencia

INFORMACIÓN ESTATAL ONLINE SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA EN LA PROVINCIA DE MENDOZA, ARGENTINA

*Patricia Karina Natalia Schwarz

En el presente trabajo analizamos la Información online sobre prevención de cáncer cervicouterino y de mama del Estado provincial en Mendoza, Argentina. El abordaje metodológico es de tipo cualitativo, se realizaron entrevistas en profundidad anónimas a informantes clave y un relevamiento de documentos comunicacionales preventivos de salud (folletos, textos y material gráfico online) de las siguientes instituciones: Programa Provincial de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cérvix y Mama (PPCM), Casa de la Salud de la Mujer (CSM) y Departamento de Educación para la Salud (DES) de la provincia de Mendoza. Se seleccionaron estas instituciones por ser identificadas por los informantes clave como las más relevantes en este campo.

Las normas y prácticas contemporáneas de salud y específicamente de educación para la salud en las democracias liberales de Occidente encarnan novedades respecto de la responsabilidad biológica de cada ciudadano. Se trata de una biologización de la ciudadanía, parte del proceso de ampliación de la ciudadanía política del siglo XIX y de la ciudadanía social del S.XX y de la hegemonía de la biomedicina, biotecnología y genómica (Rose, 2012) . Por un lado, el neoliberalismo, la mundialización capitalista y la expansión del derecho internacional promovieron una ciudadanía activa donde el ejercicio de derechos depende de elecciones de los ciudadanos. Por otro lado, el discurso de reconocimiento de derechos se desarrolló en el marco del desmantelamiento de las garantías que históricamente ofrecían los Estados Nación (Anzorena, 2013) .

De ello resultó la emergencia de una ciudadanía biológica, en términos de Nikolas Rose (2012), que se sostiene sobre una específica ética del cuidado, propio y de los demás. La alfabetización científica biomédica lleva más de un siglo de trabajo ininterrumpido en Occidente; estimulando la demanda de intervención biomédica y legitimando los campos de acción biomédicos sobre los sujetos.

A fines de los '80 Mendoza transitaba situaciones favorables a la atención de problemáticas vinculadas a las mujeres. Era un momento de renovaciones institucionales, compromisos internacionales y ampliación de los derechos legales de las mujeres. Las prácticas democráticas recuperadas, la III Conferencia Mundial de la Mujer en Nairobi y el III Encuentro Nacional de Mujeres realizado en Mendoza confluyeron en favorecer el surgimiento de entidades estatales que atendieran demandas de las mujeres. En este contexto se crearon el PPCCM y la CSM en 1991 (Anzorena, 2013).

En octubre de 1991 se crea el Programa Provincial de Prevención y Detección Precoz

de Cáncer de Cérvix y Mama (PPCM) (Ley N°5773) cuyos objetivos son la prevención y detección precoz de estas enfermedades, así como el registro de casos y la investigación científica referida al tema. Junto con la ley se asignaron centros de salud dispuestos a las tareas de atención y detección precoz de ambas enfermedades. El programa aborda 3 niveles de prevención: primaria) Campañas de difusión, educación de población objetivo y vacunación contra el VPH; secundaria) Detección precoz de lesiones preinvasoras, detección temprana de lesiones invasoras, tratamientos; terciaria) Detección del cáncer invasor, derivación a centros de alta complejidad, reducción de estadíos de carcinomas invasores.

La Casa de la Salud de la Mujer (CSM) se convierte en la sede en la que el programa se desarrolla. Institución en la que operan 3 servicios: servicio de tracto genital inferior, servicio de patología mamaria y servicio de anatomía patológica.

A partir de 2017 se reconfiguró el organigrama de la CSM, separando las tareas de prevención y atención de pacientes -estudios diagnósticos, cirugías ambulatorias- respecto de las de promoción de la salud -difusión, educación para la salud respecto de ambas enfermedades-; ambas instancias trabajan articuladamente.

En cuanto a nuestros hallazgos, observamos que la alfabetización biomédica que llevan adelante los organismos estudiados interpelan al sujeto en su calidad de responsable por el cuidado de su salud y, en función de las posibilidades de contagio (del VPH en particular), también del cuidado de la salud de la comunidad. Apelan a un discurso de derechos biológicos (sobre todo el material del MSN), en el que subyace la noción de que sin conocimientos biomédicos no puede lograrse el acceso necesario para su ejercicio. De este modo, en las estrategias comunicacionales online del Estado respecto de la prevención del cáncer cervicouterino y de mama en Mendoza, se refuerza la concepción hegemónica, occidental y neoliberal, de sujeto individual y autónomo. En este sentido, no se alude a sujetos colectivos. En el discurso de los referentes consultados tampoco se menciona la acción de organismos de la sociedad civil referidas a salud y derechos de las mujeres, que en la provincia de Mendoza tienen gran participación y amplitud de temas abordados.

En cuanto a los alcances y modalidades de las campañas, las campañas masivas de prensa de la gobernación y del Ministerio de Salud de la provincia apuestan al formato clásico unidireccional y a la difusión mediática de información, a un sujeto receptor pasivo. No se interactúa con la población objetivo durante la producción y diseño del material y la acción a desarrollar, ni durante la ejecución de la campaña. De este modo, en las campañas mediáticas masivas, la igualdad ciudadana y la estandarización de los conocimientos y prácticas biomédicas sin análisis crítico, se cristalizan en la construcción de un interlocutor individual y pasivo, con características biológicas únicas; una entelequia individual convertida en población objetivo.

El DES, el PPCM y la CSM, por el contrario, apuestan a las acciones en terreno y a un contacto directo con los usuarios, que contiene información pero también interactúa con los hábitos, costumbres, percepciones, subjetividades de la población objetivo. Desde una concepción de ciudadano activo. Todo material preventivo está disponible online en la cuenta de Facebook del DES.

Asimismo, el PPCM cuenta con una página web con información pertinente aunque escueta y poco didáctica.

Es pertinente mencionar que el Ministerio de Salud de la provincia tiene una página web con información sobre cuidados en salud y propuestas pedagógicas para trabajar

los contenidos en la escuela, cuyo material es únicamente digital, no se ha publicado en otros soportes. Su nombre es “Maletín Educativo de Salud”, el mismo se crea en mayo del 2011, desarrollado por el DES y la Dirección General de Escuelas, con la participación de la comunidad. Participan varios programas (el de Sida, Educación Sexual Integral en la Escuela -ESI- y de Salud Sexual y Reproductiva -SSRR- entre ellos), pero no el PPCM. Probablemente sea por esa razón que no tiene contenidos referidos a la prevención y detección precoz del cáncer de cuello de útero ni de mama. A pesar de estar incluidos los contenidos referidos a Sida, ESI y SSRR, por ejemplo, en la sección de vacunas no está la del VPH ni en la de SSRR lo referido a la prevención de dicho virus.

Tal vez estas ausencias llamativas sean producto de otro ausente en los relatos de los referentes entrevistados: el análisis crítico y debate respecto de las estrategias comunicacionales de cada institución y de la labor conjunta en su articulación cotidiana, fundamentales para lograr una efectiva salud pública.

.....

*** Patricia Karina Natalia Schwarz**

*Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
INCIHUSA del CONICET. Mendoza, Argentina*

Resumen de ponencia

IS MARIJUANA A GATEWAY DRUG?

*Jason Killian

In 2017, Jeffery Sessions stated that marijuana needs to be minimized, and that with it's legalization, you will also see an increase in meth and heroin (Sessions, 2017). This belief is the Gateway Theory. The Gateway Theory describes the phenomenon in which an introduction to drug-using behavior through the use of tobacco, alcohol, or marijuana is related to subsequent use of other illicit drugs (Encyclopedia.com, 2017). However, if alcohol and tobacco are included in this definition, why are they not included? Is it true that marijuana alone is a gateway drug? Or is it even true that marijuana is a gateway drug to begin with? To examine this, research has examined if marijuana leads to harder drug use, as well as if alcohol or tobacco has a gateway effect. Policy leaders, such as Jeffery Sessions, base laws off of policy. Policy is defended by research, and thus research is the driver of policy. Research by Kolansky and Moore lead to marijuana being labeled as dangerous to both the public and users, as these individuals would develop delusions of grandeur, become gay, and suffer severe mental issues (Kolansky and Moore, 1971, as cited by Mosher and Atkins, pg. 13, 2014). However, research has disagreed, with some research stating there is a direct correlation (Fergusson, Boden, and Horwood, 2006), while others state that there are multiple gateway drugs (O'Connell and Bou-Matar, 2007 and Melberg, Jones, and Bretteville-Jensen, 2010). These inconsistencies present an issue with gateway theory. With policy being dictated based off of claims with uncertain research, it is important to reinvestigate this issue. Does marijuana use lead to hard drug use as Gateway Theory states?

Marijuana was used medicinally as far back as the early 1800's, including use by George Washington and Queen Victoria (Mosher and Akins, 2014, pg. 7). In the 1930's a shift began to happen. Marijuana was seen as a drug used by Mexican immigrants (Mosher and Akins, 2014, pg. 8). This resulted in laws designed to target immigrants, and thus made marijuana into a demonized drug. This shift resulted in new laws, such as the Marijuana Tax Act, and turned marijuana into the "the most violent of all sexual stimulants" (Mosher and Akins, 2014, pg. 8). Films, journals, and magazines began targeting marijuana, even though research was not supporting the assertions being shown by media (Mosher and Akins, 2014, pg. 11). However, during this time, the head of the Federal Bureau of Narcotics stated that they had not seen any cases where a marijuana user graduated into a cocaine, heroin, or opium user (Mosher and Akins, 2014, pg. 12). At this stage, marijuana was not denoted as a gateway drug, but rather as a drug used by immigrants.

This research is quantitative based and exploratory. It is cross sectional in design. As such, a survey was decided on to conduct the research for this project. To test if Gateway Theory offers an explanation for marijuana use leading to hard drug use, a survey was constructed. The survey asks respondents if they have ever used alcohol,

tobacco, marijuana, heroin, methamphetamine, cocaine, crack, ecstasy, LSD, or any other unlisted drug. It then asks at what age, if any, the respondent used this substance(s). Then it asks if respondents used any of these drugs in the last year, month, and if they used it in the last month, about how many days in the last 30 did they use this substance(s). This is done to identify which drug, if any, the respondent first used, and if they ever used a hard drug after. Using this model, it is possible to establish if the respondent used any of the 3 gateway drugs being tested, which are alcohol, tobacco, and marijuana, which one they used first, and if they proceeded to use harder drugs after. These drugs were identified as prior research suggests that marijuana, alcohol, or tobacco may all represent a gateway drug (see Fergusson, Boden, and Horwood, 2006, O'Connell and Bou-Matar, 2007 and Melberg, Jones, and Bretteville-Jensen, 2010). This will identify if there is a correlation between any of these 3 drugs to hard drug use, as well as establish a time order identifying which drug was first used.

For the purpose of this study, a hard drug will be defined by the Drug Enforcement Agency (DEA) Schedule of Drugs, and Schedule 1 and 2 drugs, but excluding prescription drugs. The definition used by the DEA for Class 1 drugs states that these drugs are "drugs, substances, or chemicals are defined as drugs with no currently accepted medical use and a high potential for abuse (DEA, 2017). Class 2 drugs are defined as drugs, substances, or chemicals are defined as drugs with a high potential for abuse, with use potentially leading to severe psychological or physical dependence" (DEA, 2017). This definition was chosen as it is the DEA who enforces drug laws, and is overseen by the U.S. Department of Justice. These are the legal laws regarding these drugs. However, the previous definition of Gateway Theory does not work as it was earlier proposed. By definition, marijuana is already an illicit drug, and cannot be a gateway drug. As such, a modified definition that is not the one used by law enforcement will be used. The definition used in this study for Gateway Theory states that "the use of less deleterious drugs may lead to a future risk of using more dangerous hard drugs and/or crime" (Pudney, 2002). This definition allows for marijuana to be classified under a Gateway Drug, as well as tobacco and alcohol. As the design is cross sectional and the method is quantitative, a large sample size is needed to achieve a representative sample. As the main campus in Las Vegas, New Mexico offers that largest student population, it was chosen as the site for this project (New Mexico Highlands University, 2017). The investigator will approach faculty on campus with the survey and ask to conduct the survey in class. The sample will be as large as possible, with faculty from multiple departments being approached about the survey. Classes will range from freshmen to graduates in an effort to achieve a diverse and normally distributed sample. Sampling will be done by availability, with students present in class asked to participate. Students under the age of 18 will be excluded, and students will be asked to only take the survey once to prevent double sampling. Students will be informed of the intent of the survey, and told that participation is voluntary, and they may refuse to participate with no penalty. Students will also be informed they may stop the survey at any time, or not answer questions they are not comfortable with. A cover letter will also be handed out with the survey containing this information, as well as contact information for the principle investigator, faculty sponsor, and IRB chair. The investigator will offer no incentives to participate, however faculty may offer extra credit if they decide to. Responses will be kept by the

investigator in a locked drawer until responses are entered into SPSS. Once it is entered, the surveys will be destroyed. The SPSS data will be kept on a locked laptop accessible only to the researcher that is password protected.

Once the data is collected, it will be coded into the SPSS statistical analysis software. As this research is looking for correlations, a Pearson's correlation will be performed. However, this only shows correlations between one variable and the result. In addition to Pearson's, a linear regression will be run as regression can compare multiple independent variables at once and establish a prediction based off of the interactions. ANOVA will also be run to see if the amount of drug use over the last month is correlated with ever using hard drugs, and Chi Square to test if there is a correlation between any of the 3 gateway drugs and hard drug use. This combination measures if there is a correlation between pot use and hard drug use, which drug is more likely to lead to hard drug use, and see if the amount of use is a predictor of hard drug use. Data will be collected and analyzed on April 2018.

As it was not possible to get the IRB cleared in time for this project, a pilot project was performed. The survey met internal validity testing, as a Cronbach Alpha was performed. The survey obtained a .748 on the alpha, which is acceptable. A small group volunteered to take the survey, provide data, and provide feedback on the survey. In the pilot, 22 subjects participated.

A Pearson's correlation was performed to check for associations between if an individual ever used alcohol, tobacco, or marijuana and hard drug use. It was also run to check for association between alcohol, tobacco, or marijuana use in the last year was correlated with hard drug use and if alcohol, tobacco, or marijuana use in the last month was associated with hard drug use. Regression was run to determine if hard drug use could be predicted by the respondent ever using marijuana, tobacco, or alcohol, respondents using marijuana, tobacco, or alcohol in the last year, and respondents using marijuana, tobacco, and alcohol in the past month. Finally, ANOVA was run for marijuana use ever, in the last year, and in the last month to check for correlations to hard drug use. This was run for alcohol, tobacco, and also what drug the respondent first used.

A marginal correlation was found between if the respondent smoked marijuana that year and hard drug use, $r(17) = .387, p = .062$. However, a significant correlation was found between marijuana use that month and if the respondent ever used hard drugs, $r(17) = .627, p = .004$. Stepwise regression showed there was a significant effect for the age an individual first used marijuana and how often they used it in the last month with hard drug use, $F(2, 14) = 2.268, p = .035$. However, this significance is lost when alcohol and tobacco are factored in through model building.

.....

* Jason Killian

New Mexico Highlands University NMHU. Las Vegas, New Mexico, Estados Unidos

Resumen de ponencia

LA NECESIDAD DE SUPERAR LA "CARGA MUNDIAL DE OBSTÁCULOS" PARA PONER FIN A LAS RESTRICCIONES FÍSICAS EN LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PEDIÁTRICA

*Elvira María Pérttega Andía

La salud mental ha sido una cuestión olvidada a lo largo de la historia de la humanidad, teniendo como legado prevaleciente las inaceptables violaciones de los derechos humanos en las instituciones de salud mental. En respuesta a esto, el Programa de Desarrollo Sostenible de 2030 ha reconocido la salud mental como un imperativo global y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad estableció el compromiso internacional de un cambio de paradigma para pasar de la coacción y la discriminación a la confianza y dignidad. Por lo tanto, es urgente desafiar el status quo actual y encontrar medidas concretas para poner fin a todas las formas de tratamiento no voluntario. Una forma de ejercer la coerción es el uso de la contención física (CF), la cual continúa siendo una práctica común y controvertida que limita los movimientos corporales del paciente para controlar su conducta. Algunos consideran la CF como el problema más antiguo en las instituciones psiquiátricas que sigue sin resolverse, dada su alta prevalencia y consecuencias nocivas. En concreto, los niños corren un riesgo mucho mayor que los adultos de padecer CF, sufriendo además secuelas emocionales y físicas más graves. Esto es especialmente preocupante dado que las guías de CF se refieren principalmente a la población adulta, sin considerar la particular vulnerabilidad de los niños. Dada la relevancia del tema, numerosos esfuerzos han intentado reducir el uso de CF, pero su limitada eficacia demuestra que la eliminación de esta práctica no será fácilmente alcanzable. Una posible razón de este fracaso es que estos programas han sido diseñados sin una comprensión previa de los elementos esenciales que afectan las decisiones de los profesionales de usar la CF. Para abordar este vacío en el conocimiento, una investigación cualitativa exploró el proceso de toma de decisiones de los profesionales sobre el uso de CF en unidades psiquiátricas pediátricas, encontrando una compleja interacción entre factores estructurales, contextuales, culturales, interpersonales, morales y psicológicos. Estos hallazgos se corresponden con la "carga global de obstáculos: asimetrías de poder, prevalencia de modelo biomédico y uso sesgado de evidencia" que impiden que la atención de salud mental adopte un enfoque de derechos humanos. En relación con las "asimetrías de poder", Pérttega (2016) encontró que el uso del poder de forma coercitiva es una respuesta al sentimiento de inseguridad que el comportamiento impredecible de los pacientes genera entre los profesionales cuyo rol es garantizar la seguridad y mantener el control. Sin embargo, las decisiones de usar la CF son legalmente exclusivas de los psiquiatras, mientras que en la práctica las enfermeras son quienes principalmente toman esta decisión. Esta paradoja puede estar relacionada con la distribución jerárquica de los recursos y las responsabilidades concentrándose en los psiquiatras, dejando a los profesionales encargados de implementar las normas de las

unidades y las órdenes médicas sin recursos, teniendo en su defecto que recurrir a la CF. Por lo tanto, la jerarquía puede ayudar a responder a la pregunta crítica sobre cómo se percibe y practica el "principio del último recurso". Estrechamente relacionado con las "asimetrías de poder", el segundo obstáculo "prevalencia del modelo biomédico" también impide que el uso de las CF termine. En este caso, el rechazo de los pacientes a cumplir las órdenes psiquiátricas fue el principal desencadenante para CF dado que los profesionales no pueden implementar órdenes médicas sin el consentimiento de los pacientes a menos que utilicen la CF. Esta práctica es a su vez una manifestación del tercer obstáculo "uso sesgado de la evidencia" dado que la evidencia empírica demuestra que la CF es perjudicial, traumática, una forma de castigo e ineficaz para garantizar la seguridad. Además, mientras que las actuales guías de CF requieren que los profesionales sigan los protocolos de forma objetiva, los profesionales refieren utilizar la "intuición" mediada por experiencias previas y la relación con el paciente. Además, las CF ocurren en situaciones de emergencia que reducen la capacidad cognitiva para considerar todas las alternativas disponibles apareciendo la CF como "último recurso" quedando otras alternativas sin emplear.

El Relator Especial pidió un diálogo abierto para superar "los obstáculos" que hacen prevalecer la coerción en la atención a la Salud Mental. Los argumentos presentados demuestran que tal objetivo es factible pero no fácil, ya que requiere una profunda transformación de los principios y la organización de la salud mental, pasando de la coerción a la confianza.

.....

* Elvira María Pérttega Andía

Chiang Mai University CMU. Chiang Mai, Tailandia

Resumen de ponencia

LA REGULACIÓN DEL CANNABIS EN URUGUAY: ENTRE LA DEMANDA DE LA SOCIEDAD CIVIL Y LA ACCIÓN ESTATAL

*Diego Hernández

*María Victoria Sotelo

En 2013 el Parlamento Uruguayo aprueba la Ley de Regulación y Control del Cannabis, por la cual se crea un mercado legal de marihuana, controlado por el Estado. En base a una revisión bibliográfica, de prensa y de documentación, el artículo presenta una sistematización descriptiva de los antecedentes, la aprobación y la implementación de esta ley. Complementariamente, se ofrece además un marco de interpretación de todo el proceso, ensayando un análisis de la interacción entre las demandas de la sociedad civil y las respuestas estatales. Para el abordaje teórico de nuestro objeto de estudio utilizaremos la Teoría del Discurso de Ernesto Laclau y Chantal Mouffe, así como también la teoría del “reconocimiento” de Axel Honneth y Nancy Fraser. El trabajo finaliza con una contextualización de este proceso, en el marco más amplio de los gobiernos del Frente Amplio y otros avances generados en relación a la llamada “nueva agenda de demandas”. A modo de conclusión, se propone que la interacción entre la sociedad civil y los gobiernos de izquierda en torno a estos temas, muchas veces conflictiva, ha evitado la sedimentación del proceso transformador, así como renovado la identificación parcial de sectores populares con los gobiernos frenteamplistas.

La regulación del cannabis en Uruguay ha sido un paso importante en la atención de los derechos de los usuarios y la superación de la política prohibicionista de la “Guerra a las Drogas”. El artículo parte de la situación previa, para presentar las etapas de discusión, aprobación e implementación de la ley, prestando especial atención al proceso transitado por los actores sociales y el Estado uruguayo en la regulación del cannabis, así como a los motivos que llevaron a que nuestro país sea pionero en la materia.

La pregunta de fondo que se intenta responder es cómo, a lo largo de este proceso, fue complejizándose el discurso de la regulación, articulando las reivindicaciones de los movimientos sociales pro-legalización de la marihuana con los intereses del gobierno. Para ello se recurre puntualmente a la Teoría del Discurso de Ernesto Laclau y Chantal Mouffe, considerando la articulación de demandas como resultado del establecimiento de un antagonismo frente a un actor poderoso, en este caso, el narcotráfico (Laclau y Mouffe, 1987; Laclau, 2005). Asimismo, son analizadas las condiciones e iniciativas sociales y políticas que coadyuvaron para que esas reivindicaciones se plasmaran en la ley de regulación y control estatal del mercado del cannabis que rige actualmente en Uruguay.

Los movimientos sociales pro-legalización

El consumo de cannabis en Uruguay comienza a expandirse en las década de 1970 y 1980, hasta volverse en la década de 1990 una sustancia muy popular mayormente

entre jóvenes de distintas capas sociales. Mayoritariamente, durante ese período el cannabis se consumía en forma de marihuana prensada, de mala calidad y con muchos adulterantes, que llegaba ilegalmente al país desde Paraguay.

En ese contexto, desde la década de 1970 comienza a crecer en Uruguay el número de autocultivadores de cannabis, motivados por el acceso a un producto de mejor calidad. Paralelamente también aumenta la represión institucional de parte del Estado. La conjunción de ambos procesos lleva al nacimiento de movimientos pro-legalización, en un primer momento movilizados por defender su derecho a consumir, y luego, para consolidar su derecho a obtener cannabis de buena calidad y de forma legal.

Dentro de la sociedad civil surgen grupos como PlantaTuPlanta (actualmente denominado Asociación de Estudios del Cannabis); Red de Usuarios de Drogas y Cultivadores de Cannabis; Movida Cannábica de Florida; ProLegal (actualmente denominado Pro Derechos, ampliando su plataforma de reivindicaciones a otras temáticas), entre otros (Garat y Stiftung, 2015: 30).

Paralelamente, desde finales de la década de 1990 también se comienzan a realizar en Uruguay actividades como la celebración del día de la marihuana y la Marcha de la Marihuana (extendidas en todo el mundo), que en los años previos a la aprobación de la ley tienen una concurrencia masiva. También surgen como forma de reivindicación social las “fumatas colectivas”, en las que muchas personas se reunían a fumar en espacios públicos, desafiando a la represión estatal que en ese momento afectaba al consumo compartido y en vía pública. El objetivo principal de estos movimientos era eliminar la contradicción que existía en nuestro país a raíz de una Ley de Estupefacientes (Nº 14.294), que no sancionaba el consumo de marihuana, pero si penalizaba su comercialización, así como su cultivo para consumo propio.

A propósito, vale señalar que el consumo de marihuana - así como de otras sustancias- es legal en Uruguay desde el año 1974, status adquirido en plena dictadura militar (1973 - 1985). Como indica la Ley Nº14.294, artículo 21: “Quedará exento de pena el que tuviera en su poder una cantidad mínima, destinada exclusivamente a su consumo personal”.

En años previos, los usuarios se amparaban en el artículo 10 de la Constitución de la República que formula que ningún ciudadano será privado de hacer lo que la ley no prohíbe, siempre que no cause daños a terceros ni atacan el orden público.

Estos movimientos se empiezan a reunir luego de un detonante que fue la detención, en el año 2005, de algunos autocultivadores que tenían plantas en su domicilio, confluyendo en una Coordinadora denominada “Liberación de Cannabis” (Garat y Stiftung 2015: 30). La contradicción que se planteaba era que, si bien el consumo no estaba penalizado, ¿de dónde se obtenía la sustancia? La reivindicación era que no se castigara a los autocultivadores por producir el cannabis que fumaban.

A efectos del análisis teórico propuesto, resulta interesante interpretar a estos movimientos y la fuerte identificación que generan entre los jóvenes como un ejemplo de la expansión de las luchas sociales característica de las últimas décadas del siglo XX (Laclau y Mouffe, 1987). La superación de la centralidad que las reivindicaciones de clase tuvieron durante la mayor parte del siglo XX es expresada por una proliferación de luchas, entre las cuales se destacan aquellas que logran movilizar emotivamente temas identitarios, como la cultura cannábica, al demostrar gran capacidad de movilización popular. Como señalan Garat y Stiftung en su libro “El Camino” (2015: 30), la polémica por la liberalización del cannabis ocupaba cada vez más espacio en los

medios de comunicación, pero también se planteaba cada vez con más fuerza en la agenda política y social del país. Todos estos movimientos estaban trabajando unidos y se movían entre los actores políticos para conseguir algún avance legislativo.

En agosto de 2011 se organizó el primer Debate Nacional sobre Drogas, organizado por algunas organizaciones sociales y auspiciado por varias agencias gubernamentales (Junta Nacional de Drogas, Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de la Juventud, Intendencia de Montevideo) y de cooperación internacional como la Open Society Foundation. Asistieron al debate expertos del exterior, académicos, periodistas, políticos, organizaciones de rehabilitación, etc. (Garat y Stiftung 2015: 31). En el mismo sentido, también es posible interpretar la importancia que alcanzan estos movimientos en el contexto de la teoría del reconocimiento, de Axel Honneth. Según dicho autor “los motivos de rebelión y de resistencia social se constituyen en un espacio de experiencias morales que brotan de la lesión de expectativas profundas de reconocimiento” (Honneth, 1997: 197).

.....

*** Diego Hernández**

Unidad Multidisciplinaria - Facultad de Ciencias Sociales (FCS) - Universidad de la República (UDELAR). Montevideo, Uruguay

*** María Victoria Sotelo**

Departamento de Sociología - DS/UDELAR. Montevideo, Uruguay

Resumen de ponencia

LA SALUD MATERNA EN HAQUIRA. UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO ACERCA DE LAS PRÁCTICAS Y CONCEPCIONES SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN APURÍMAC

*Marco Antonio Astete Checaña

El estudio se ocupa de la salud materna en el distrito de Haquira, un paraje enclavado en el contrafuerte de la cordillera occidental de las llamadas provincias Altas de Apurímac, en el sur andino peruano. Se centra las prácticas y concepciones en salud materna, explorando el contexto de pluralidad de salud y el contexto dinámico de la zona rural. El argumento principal es que la salud materna está relacionado a los aspectos de la vida social y más que cualquier aspecto de la salud, es en este punto en donde la cultura es determinante.

La salud materna se refiere a los cuidados en el embarazo, parto y puerperio; es un aspecto central en la vida de las mujeres ya que muchas veces es definida como uno de los acontecimientos más peligrosos si las condiciones sociales, sanitarias, apoyo en gestión, parto y puerperio no son las apropiadas. El escenario menos esperado es la presencia de las muertes maternas. Este aspecto depende mucho de una correlación de factores que interactúan en la vida de la mujer. En el Perú se han realizado varios estudios sobre la salud materna desde aspectos biomédicos, socioeconómicos y culturales. Sin embargo, la mayoría se han centrado desde el problema de las muertes maternas (MM), desde la mirada de las causas patológicas de la MM, barreras socioeconómicas y prácticas culturales. Estas últimas son representadas desde un esencialismo culturalista, con una imagen estática de la cultura, descontextualizada de su entorno ecológico, dibujando un panorama folclorista de un vestigio de los sistemas indígenas ancestrales. El presente trabajo pretende cubrir estos vacíos desde un estudio etnográfico en el distrito de Haquira, una de las localidades de la zona de influencia del proyecto Las Bambas.

De esta situación observada surgen una serie de interrogantes centrados en el contexto social y su determinación de esta en la salud materna. Es por ello que la pregunta que orienta a esta investigación es ¿Cuál es la situación de la salud materna en Haquira? A esta interrogante le siguen otras como: ¿Cuál es el contexto del sistema de salud de Haquira?, ¿Cuáles son las prácticas y concepciones de la salud materna?, ¿Cuál es el contexto sociocultural de la salud materna en Haquira?

El objetivo principal de este trabajo quiere conocer las prácticas y concepciones en beneficio de la salud materna en Haquira. Los objetivos específicos, que se desprenden del principal son: conocer el contexto del sistema de salud local; identificar las acciones desarrolladas por los actores e instituciones a favor de la salud materna; identificar las barreras geográficas, económicas, sociales y culturales del contexto local cambiante, que afectan la salud materna y por ultimo identificar las necesidades de

atención específica para la población de acuerdo a componentes de género, generación, edad, etnia, estatus, residencia, profesión, etc.

Para el presente estudio de carácter cualitativo, el cual busca comprender el sentido que le dan a las personas a las cosas que hacen; se empleó la técnica etnográfica. Se recurrió al trabajo de campo en el que se hizo uso de las entrevistas a profundidad, conversaciones y observación participante. Esta última, es libre, dirigida al descubrimiento espontáneo. El trabajo se realizó en el periodo de nueve meses, durante el segundo trimestre del 2017. El ámbito de estudio lo abarca en el distrito de Haquira, de la provincia de Cotabambas, región Apurímac.

A nivel nacional se habla de la interculturalidad que es entendido como el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico o social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias. Si se quiere empezar con ello se debería iniciar con hacer extensivo la propuesta de la interculturalidad. Ello permitiría identificar la especificidad cultural de la población en donde se está interviniendo, de manera que se tenga registro de todos aquellos que ofertan la salud tanto en servicios como en insumos, se pueda hacer fiscalización con quienes expenden fármacos o medicamentos procesados, tener un mapeo de los agentes y su registro, de manera que una vez ubicados se pueda establecer acuerdos. A partir de esa difusión se podría aprender de la medicina tradicional y hacer trabajos en dialogo intercultural. Esos aspectos deberían estar en agenda para el futuro y debería generar compromisos para ponerse en marcha. Por lo pronto, a partir de estas conclusiones, se vislumbra que un estudio sobre la salud en general, más allá de la salud materna, en una población con las mismas características de Haquira es tarea necesaria y pendiente; ello debería observar con detenimiento sobre la forma en que se está aplicando la interculturalidad.

.....

*** Marco Antonio Astete Checaña**

Universidad Nacional Mayor de San Marcos UNMSM. Lima, Perú

Resumen de ponencia

LA UNIVERSALIDAD EN EL ACCESO Y LA COBERTURA DE SALUD: LOGROS Y DESAFÍOS DE LA REFORMA DE SALUD EN URUGUAY

*Daniel Olesker

La Universalidad en el acceso y la cobertura de Salud: Logros y Desafíos de la Reforma de Salud en Uruguay

I) Introducción

Esta ponencia tiene como objetivo analizar la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay en términos de diseño, proceso de implementación y desafíos pendientes.

La Reforma de la Salud se inscribe en un modelo de desarrollo que comenzó en Uruguay en 2005, luego de 30 años de implementación de un modelo liberal, aperturista, concentrador y excluyente el que, en términos de políticas sociales y en particular de salud, generó una estrategia focalizada que condujo a fuertes procesos de segmentación y fragmentación sanitaria.

En el período 2005-2014 se desarrolla una política pública distinta que pone énfasis en la distribución del ingreso y la riqueza:

En la distribución primaria entre salarios y ganancia a partir de una reforma laboral y políticas de estímulo a la creación de empleo y en la distribución secundaria operaron como factores redistributivos el gasto en educación, el gasto en salud, los gastos en poblaciones vulnerables (Asignaciones Familiares-AFAMs y tarjeta Uruguay Social-TUS) y los cambios tributarios.

A partir de allí se construyó una matriz de protección social, con definición de políticas universales en cada área de la cuestión social, combinadas con políticas focalizadas en sectores de alta prioridad y vínculos transversales entre ellas.

Dicha matriz se sustentó en 5 principios:

- ☐ De cada quien según sus ingresos a cada quien según sus necesidades
- ☐ Carácter universalista del acceso
- ☐ Conducción del Estado
- ☐ Participación social
- ☐ Dotación presupuestal adecuada.

II) La reforma del sistema de salud: El Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro nacional de Salud (SNIS -- SNS).

La reforma del sistema de salud se sintetiza en el siguiente gráfico.

III) La construcción del Sistema: Las decisiones que hubo que tomar

Bismarck o Beveridge?

La reforma define construir un Fondo único y entonces el paso siguiente era decidir bajo qué modalidad. En la literatura del SNS hay dos maneras de abordar el financiamiento de los sistemas de salud: a través de aportes fiscales (modelo Beveridge o británico) o a través de contribuciones a la seguridad social (modelo Bismarck o alemán).

Se concibió un modelo bismarckiano con financiamiento tripartito en que por un lado, las personas aseguradas aportan en función de sus ingresos; por otro lado, un aporte patronal y; finalmente, un aporte de Rentas Generales del Estado.

La gradualidad del proceso de universalidad.

Una vez definido el modelo de financiamiento que se materializó en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la siguiente decisión fue cómo procesar el ingreso de la población al sistema. La decisión fue que la primera etapa completara la cobertura de los trabajadores asalariados formales (los privados ya la tenían) y sus hijos, sus cónyuges, siguiendo luego por las empresas unipersonales y los profesionales para culminar con el ingreso de jubilados y pensionistas.

La tasa de aportación.

El debate fue si incorporar proporcionalidad al tamaño de la familia o no. Lo que mostraban los datos era la coincidencia entre los hogares con más hijos y los menores niveles de ingresos, por lo cual tasas proporcionales al tamaño de la familia iban a tener un efecto muy negativo redistributivo. Por ello la resolución que se adoptó fue que hubiera tres niveles de tasas: sin hijos; con hijos (cualquiera fuera el número); con inclusión de cónyuge.

Como pagar a los prestadores de los servicios de salud.

La definición fue realizar un pago por la probabilidad de riesgo en la atención sanitaria y la definición del riesgo se asoció al pago capitado por edad y sexo de las personas usuarias. A ello se suma un pago por metas asistenciales ligadas a procesos y resultados, para promover la mejora de salud en poblaciones priorizadas.

Quiénes serán los prestadores de salud?

La concepción que orientó la transformación del sistema de salud fue que el carácter público se asocia con el financiamiento y con el carácter obligatorio de la regulación pública. Pero no es un rasgo distintivo del carácter público del sistema que los

prestadores sean todos estatales. Por ello el sistema admite como prestadores a los estatales y a los que provienen del sistema de la medicina colectiva (cooperativas y asociaciones mutuales), excluyendo organizaciones de atención a la salud con fines de lucro.

Los procesos de regulación y rectoría

En este ítem en primer lugar para fortalecer el rol regulador del MSP se entendió que era necesario separar sus funciones regulatorias de las asociadas a la prestación de servicios de salud. Por ello en 2007 se aprobó la creación de ASSE como servicio descentralizado.

La construcción de un Plan Integral de Prestaciones (PIAS) que defina con claridad las obligaciones asistenciales de las instituciones.

La firma de un contrato de gestión que define las obligaciones de cada prestador en su globalidad y se transforma en la herramienta de contralor del MSP a los prestadores.

Quien conduce el Seguro Nacional de Salud?

Bajo el criterio de la participación social se definió una Junta Nacional de Salud (JUNASA) con representación de los trabajadores, los prestadores de salud y los usuarios del sistema.

IV) Los Resultados:

La cuestión global

El gasto en salud sobre el PBI ha mantenido desde 2005 un valor estable que gira en el orden de 8 a 9%, es decir con la misma carga sobre la riqueza nacional se han obtenido resultados relevantes en ampliación de cobertura y justicia social en el acceso y las prestaciones.

La causa de esto es evidente y se refiere a la sustitución de carácter estructural de un sistema de financiamiento privatizado por un sistema de financiamiento socializado en donde el aporte público (tanto estatal como privado de carácter obligatorio) se transforma en el eje central del sistema. En 2005 el sistema era financiado en partes iguales por fuentes públicas y fuentes privadas, y hoy más de las dos terceras partes son fuentes públicas. Es decir, no cambia la carga sobre el producto pero se redistribuye desde un financiamiento privatizado a estatal - social.

Ello en un contexto de producto creciente ha hecho que el gasto per capita haya pasado de 600 a 1500 dólares entre 2004 y 2015.

Los caminos hacia la universalización en acceso y cobertura:

En primer lugar la construcción del fondo mancomunado y su progresivo proceso de ampliación. La cobertura se amplió de poco más de 600 mil personas a más de 2.500.000

En segundo lugar mejoró la protección económica en todos los deciles de ingreso,

llegando en los deciles 2 al 4 a casi la mitad de la población asegurada y aumentando de manera relevante en el primer decil.

En tercer lugar el proceso de acceso y cobertura universal estuvo ligado a la mejora presupuestal de ASSE, de la cual veremos los datos en el siguiente punto.

En cuarto lugar la determinación de estándares homogéneos en el contenido de la cobertura que deba darse a través de la aprobación del (PIAS).

La equidad en el financiamiento

En primer lugar las personas aportan en función de sus ingresos cubriendo a su grupo familiar.

En segundo lugar los recursos se unifican en un fondo mancomunado que garantiza que el riesgo financiero es soportado por todos los miembros del fondo común y no sólo por los que más se enferman.

Si sintetizamos ambos puntos se deduce una doble transferencia de ingresos y subsidio: de mayores a menores ingresos y de menores utilizadores del sistema de salud a mayores utilizadores.

V) Los desafíos

La Reforma de la Salud tuvo como eje central un cambio estructural en el sistema sanitario, cuya columna vertebral fue la construcción del Seguro Nacional de Salud, que asegura justicia distributiva y al mismo tiempo universalidad y direcciona el cambio del modelo de atención desde la perspectiva de la regulación sanitaria.

Un cambio de esa profundidad que se implementa como proceso tiene un número relevante de temas pendientes y desafíos.

En primer lugar culminar el proceso de aseguramiento, estando en debate el tema de militares y policías por un lado y de los trabajadores de los gobiernos departamentales por otro.

En segundo lugar los usuarios de ASSE que no presentan vínculo con el mercado formal de trabajo, incorporando en el financiamiento de ASSE un presupuesto equivalente a las cápitas ajustadas por edad y sexo de su población..

En tercer lugar en relación a las cápitas el desafío se refiere a sumar al indicador de ajuste de edad y sexto, determinantes sociales.

En cuarto lugar aún persisten en el sistema (en mucha menor proporción que en el pasado) co- pagos que implican desembolsos de bolsillo de las personas. Es necesario continuar su progresiva transformación en verdaderas tasas moderadoras y no financiadoras.

En quinto lugar los procesos de regulación y rectoría deben fortalecerse, con mayor dotación de personal técnico especializado e independiente en el control y la fiscalización de los prestadores de salud.

En sexto lugar en términos del modelo de atención (aspecto de menor desarrollo transformador en la reforma), los desafíos se refieren a las prestaciones y la complementación asistencial.

En el primer caso a pesar del alto grado de integralidad de nuestro PIAS es necesario definir y analizar nuevas prestaciones. En particular la ampliación de las prestaciones

de salud mental, el desarrollo con más profundidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y el inicio del proceso de incorporación a la salud colectiva de las prestaciones de salud bucal deben ser prioridades.

En el segundo caso avanzar en la dirección de la integración de los servicios de salud implica reorganizar con base territorial el primer nivel y generar un marco legal que de los lineamientos sobre dicha complementación y en particular un rol protagónico del Estado en establecer precios de referencia que garanticen la equidad y mecanismos de compensación.

.....

* Daniel Olesker

Instituto Cuesta Duarte ICD. Montevideo, Uruguay

Resumen de ponencia

LAS DROGAS: UN DISCURSO SOCIAL, UN DISCURSO DE PODER

*Roberto García

Las drogas: Un discurso social, un discurso de poder
(Jóvenes y violencia: de la muerte y el orden silencioso)

La presente ponencia tiene como objetivo, partiendo de la premisa de que en todos los niveles de la sociedad se ejerce el poder en forma de relaciones de fuerza para desplegar control y vigilancia tratando de mantener en la oscuridad al que lo ejerce aunque presione hasta llegar al juzgamiento y castigo, en el campo de las drogas reflexionar el fenómeno a la luz de la expresiones de la violencia que siempre está presente en todas sus formas.

La existencia de los jóvenes en la narcorreality nacional ha increpado la pertinencia teórica de ciertos enfoques que pretenden explicar su involucramiento con las organizaciones criminales del narcotráfico, a través de la desestructuración familiar o por ausencia de valores o de creencias religiosas y algunas explicaciones pertenecientes a la psicologización. Al respecto de este ejercicio de enmascaramiento gubernamental es menester evidenciar que entre el año 2000 y el 2008, en el país se registraron 93,979 asesinatos, un promedio de 10,442 homicidios cada año, es decir, 28.6 muertes al día.

Del total de homicidios registrados en 2008:

71 fueron perpetrados contra niños menores de 1 año; 84 se cometieron contra niños de 1 a 4 años; 50 se contabilizaron en el grupo que va de los 5 a los 9 años; 140 correspondieron a quienes tenían entre 10 y 14 años; 1,109 tenían entre 15 y 19 años de edad al momento de su muerte. Como dato sumario se puede afirmar que hay 3 muertes diarias por homicidio en este grupo de población.

Los jóvenes también se relacionan con la violencia como agresores, algunos estudios internacionales muestran que los jóvenes entre 14 y 25 años tienen una alta participación en delitos. De 2000 a 2008, en México, jóvenes entre 18 y 29 años fueron presuntos delincuentes en el fuero federal, representaron el 41.1% del total; en el fuero común, jóvenes de 16 a 29 años significaron la mitad de presuntos delincuentes en el país.

En este entramado de violencia y drogas encontramos enunciaciones que destacan el vínculo de la droga con patología y criminalidad, cuya relación es más que la presencia misma de la sustancia y los daños individuales y colectivos atribuidos a su consumo. La demonización y la persecución a las drogas y a los consumidores, responden a los mecanismos doctrinales que las instituciones han logrado imponer desde el discurso social periodístico. La práctica médica-psiquiátrica lleva al sujeto consumidor al sujetamiento de la autoridad disciplinaria, al considerar linealmente que los consumos se vinculan con la práctica delincinencial. Esta práctica se observa en la dinámica entre

medicina y justicia, y su funcionamiento en conjunto, cuando un presunto delincuente debe someterse obligatoriamente a un peritaje psiquiátrico que acompaña al dictamen de los juzgados y tribunales.

Los criterios patologizantes son impuestos por el poder autoritario de la disciplina bajo funciones normalizadoras allende a la existencia de enfermedades y demandas del usuario o consumidor. La patologización y criminalización se expresó en la forma implícita del discurso, como práctica ideologizada de la medicalización psiquiatrizante cuyo estatus dominante confinó a los sujetos a la gobernabilidad social de la distinción entre normalidad y anormalidad, con la empresa siempre impostergable de restituir a toda costa la normalidad abstemia.

El análisis de los conjuntos discursivos difundido en las noticias, alude a las sustancias como marihuana, LSD, crack, cocaína, éxtasis, etc., sin referirse a sus criterios taxonómicos como criterios de legalidad o aceptabilidad social o efectos a nivel del SNC. Este dispositivo conlleva a la construcción de la «subjetividad adictiva y peligrosa juvenil» sin diferencias y consideraciones con respecto a la circunstancia de vida, desempeño social, interrelaciones sociales, etc.

Las enunciaciones se refieren a las drogas como un todo monolítico e indiferenciado, y destacan de ellas lo que es prioritario de acuerdo con el objetivo de la política del enunciado y de quien la produce y la difunde, éste cobra un significado propio en quienes lo reciben (los destinatarios) sin oportunidad de interpelación, desvelando las características del discurso-monólogo y la construcción de un destinatario desde el imaginario del sujeto de la enunciación. La violencia que se da también en el discurso de las drogas como otros discursos vinculados con ésta (delincuencia, deterioro de la salud, criminalidad), sufre una suerte de institucionalización que ameritó su análisis más allá de su condición de peligrosidad, y especialmente desde su vínculo con la estigmatización.

Se pudo desvelar y afirmar que las drogas jugaron y juegan un papel central como mampara político/ideológica, a fin de enmascarar las condiciones de poder y riqueza que se derivan de la cadena de producción, distribución y venta de las mismas. Se desvelan las condiciones históricas que han dado como resultado procesos histórico-discursivos medicalizados fortaleciendo los procesos de estigmatización de los consumidores denotándoles como enfermos, situándolos en el plano de la segregación, diferenciación y exclusión, visibilizándolos desde la producción discursiva y su difusión como sujetos anulados por la producción del discurso hegemónico.

La violencia es una característica clara del discurso-monólogo en el que la posibilidad de interpelación por parte de los destinatarios es nula y la ideologización es evidente como práctica diferenciadora y excluyente. El discurso social divulgado por la prensa, es el discurso de poder detentado desde las instituciones por los considerados “expertos” bajo argumentaciones respaldadas en el ámbito del poder de la verdad científica, mediante la cual los intereses personales/institucionales y el ejercicio de las acciones de política preventiva sobre aquellos a quienes los consumos ilícitos, y los irresponsables consumos en los lícitos, les han llevado a perder su facultad, credibilidad, autonomía y libertad para ser escuchados y respetados.

El sujeto de la enunciación fue desvelado como un yo o un nosotros institucional, intelectual orgánico, un locutor colectivo representante de una posición institucional que lo define y configura no como persona o individuo o sujeto, sino como poseedor de una posición clasista experta determinada por la coyuntura política.

Las operaciones de identificación y autoidentificación configuraron la postura de los sujetos de la enunciación en el terreno de la positividad para salvar a los consumidores desde la negatividad asumida respecto de las drogas de forma indiferenciada. En cuanto a la estructura temática, hubo una ausencia absoluta de la interpelación de los consumidores a las afirmaciones/aseveraciones y promesas defectivas, así como la colectivización de los mismos.

La violencia en el Discurso Institucional hacia los consumidores, es colocada en la forma implícita del discurso bajo el contexto de exclusión, bajo principio de prohibición, bajo el de la separación y/o rechazo, elementos del poder estigmatizante para acallar al consumidor, convirtiendo su silencio en el principal castigo. El discurso tiene gran impacto entre quienes lo producen y quienes lo reciben, las prohibiciones y el rechazo son claros vínculos con el poder y el control social. Se pudo afirmar que los programas institucionales responden a prácticas discursivas cuya armazón coacciona las acciones hacia los diferentes actores involucrados en el ámbito de la llamada prevención o tratamiento del fenómeno de las drogas.

Los consumidores son acallados en su condición de sujetos quienes representan la fuerza confrontada a los criterios de estigmatización impuestos por la visión especializada; y que responden a las formaciones imaginarias de emisor y receptor y de referente, como objeto imaginario.

En este caso, es de destacar que las emisiones del discurso (quién lo dice y qué dice) no son individuos concretos, sino posiciones determinadas en la estructura de una formación social, por ejemplo, el lugar que ocupa el especialista y el consumidor. Las misiones y visiones institucionales son discursividades cifradas principalmente en el terreno de la salud y en el plano de lo legal, así como de lo extra-jurídico, lo que da como resultado un discurso social de estigmatización y criminalización en los conceptos de patologización y delitos recurrentemente vinculados a los consumidores y reproducidos en la prensa.

Para finalizar, se deriva del ejercicio del poder la capacidad para imponer castigos mediante las promesas defectivas que terminan siempre en la coacción al realizar actividades al destinatario y no para el destinatario, lo que permitió observar un ejercicio del poder que provoca resentimiento y resistencia de los destinatarios por no considerarlos, y sí in-visibilizarlos.

.....

* Roberto García

El Colegio de Michoacán - COLMICH. Zamora, Michoacán, México

Resumen de ponencia

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ALTERNATIVAS RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

*Francisco José Rodríguez Escobedo

Ponencia individual a ser presentada en el Primer Foro Mundial de Pensamiento Crítico en el marco de la 26ª Asamblea General de CLACSO
17-23 de noviembre de 2018
Buenos Aires, Argentina

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ALTERNATIVAS RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

Francisco José Rodríguez Escobedo

RESUMEN

En la actualidad se vive en sociedades que reclaman, cada vez con mayor energía la solución a problemas sociales específicos por parte de aquellos que detentan el poder político y la dirección de las instituciones del Estado. Tras la crisis del capitalismo, en su fase neoliberal, generalizada en el mundo a partir del 2008-2009, un gran número de movimientos sociales han irrumpido en el escenario político con claros objetivos de reivindicación social. Estas reivindicaciones ponen de manifiesto que nos encontramos frente a un cambio de época con respecto a las formas de organización tradicional, propias del Siglo XX, y de la relación Estado- sociedad.

Esta relación social descansó sobre tres vínculos esenciales a lo largo del Siglo XX (Canto, 2012), estos vínculos son: a) el económico (el trabajo); b) el jurídico (el contrato) y; c) el político-cultural (el Estado-Nación). Estos tres elementos de mutua interdependencia están entrando en una profunda crisis marcada por la pérdida de credibilidad en las instituciones, en los partidos y, sobre todo, en los representantes políticos.

De acuerdo con Canto (2012), “esta crisis habrá que verse no como un asunto circunstancial, sino como el fin de una época [?] pues las formas tradicionales de organización y circulación del poder están en un proceso de transformación”. Es importante señalar que el desarrollo tecnológico, y sobre todo la irrupción de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como medios de información alternativos a los tradicionalmente conocidos como la radio o la televisión, han acelerado vertiginosamente este proceso de cambio social.

Los movimientos sociales suscitados en el mundo dan cuenta de estos cambios vertiginosos característicos de la época, sólo por nombrar algunos: la Primavera Árabe que durante el periodo comprendido entre el 2010 al 2013 organizó a la población en una serie de manifestaciones populares en clamor de la democracia y los derechos sociales; México con el movimiento #YoSoy132, durante el periodo de elecciones

presidenciales en 2012, puso de manifiesto la caducidad de las instituciones políticas frente a una generación más participativa y despierta; el Foro Social Mundial en Brasil que año con año desde el 2001 hasta la fecha, ha mantenido una sólida participación de las diversas organizaciones de la sociedad civil con el único objetivo de plantear una agenda política urgente que reivindique los derechos sociales de los excluidos por la globalización; el movimiento #OccupyWallStreet en Estados Unidos de Norteamérica que desde septiembre del 2011 ha mantenido una firme protesta en contra del poder financiero y las evasiones fiscales del 1% más rico del mundo; y el Movimiento de los Indignados en España que tomó la Puerta del Sol el 15 de mayo del 2011 tras los desahucios ocasionados por la crisis inmobiliaria.

Es en este escenario de crisis económico-política y de ruptura histórica en el que los gobiernos deben reformular sus políticas para buscar atender de manera integral las crecientes necesidades sociales. Estas políticas públicas deberán ser reformuladas en un contexto innegable de deliberación y participación ciudadana, uno de los problemas sociales más sensibles que deben ser rediscutidos e incorporados a la agenda de los gobiernos en el mundo, en América Latina pero más específicamente en México es la seguridad social la cual con la imposición del proyecto neoliberal ha sido abordada más con un criterio acorde a la lógica que imponen las fuerzas del mercado que con una visión social y afín a la defensa de los derechos.

La ponencia analizará la política pública de seguridad social imperante en México, para ello habrá que ubicar la discusión sobre los proyectos de nación que están inmersos en el debate actual y sus posibles implicaciones. El tema central será la explicación de la manera de concebir a las vías y a los medios para lograr la satisfacción de las necesidades sociales de la población y el sitio que se le asigna al bienestar social entre las prioridades del gobierno a nivel nacional. De lo que se trata es de tomar una posición política valorativa a este respecto, es decir, superar la tendencia imperante en el país de ver todos los problemas a la luz de las premisas que impone la globalización económica y la lógica de las fuerzas del mercado. Considerar esta premisa como irrefutable limita y empobrece la búsqueda de alternativas porque se da por hecho que toda propuesta que tenga como prioridad la satisfacción de las necesidades sociales carece de viabilidad económica. Otro problema que subyace al aceptar sin posibilitar de discusión la premisa de los imperativos emanados del mercado es que se envía a un segundo plano el objetivo de la política social, entendida como las acciones del gobierno dirigidas a tratar de disminuir las enormes desigualdades sociales imperantes y a reducir a ésta al asistencialismo fomentado por el proyecto neoliberal en boga.

Palabras Clave: políticas públicas, política social, bienestar social, movilización social.

.....

* Francisco José Rodríguez Escobedo

*Instituto de Ciencias de Gobierno y Desarrollo Estratégico. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla - ICGDE/BUAP.
Puebla, Mexico, México*

Resumen de ponencia

LAS REPRESENTACIONES BIOMÉDICAS SOBRE EL CÁNCER DE MAMA Y SU RELACIÓN CON LOS DISCURSOS DE RIESGO DE MUJERES EN PROCESO DE TRATAMIENTO.

*Lourdes Armengol

El presente trabajo forma parte de la investigación concluida; La experiencia del padecimiento del cáncer de mama en un grupo de mujeres que asisten al Grupo de Autoayuda "Recuperación Total". El objetivo de investigar la experiencia del padecimiento se dirige a rescatar los aspectos subjetivos y las prácticas de atención de las personas que tienen una enfermedad crónica de larga duración y, más que detenerse en los síntomas, trata de entender lo que significa estar enfermo para la vida cotidiana.

Para conocer lo anterior, se retoman los aportes de la sociología y antropología médica crítica como perspectiva teórico metodológico de investigación. La investigación es de corte cualitativo, desde el enfoque emic, que parte de la premisa de que es el actor el más capacitado para conocer su estado interior. Para lo cual se realizaron entrevistas en profundidad a tres informantes (Ana, Lucia y Elisa). Un elemento a tomar en cuenta es que las entrevistas se llevaron a cabo cuando las informantes estaban en proceso de tratamiento, por lo que las narraciones respondían a lo que estaban viviendo en ese momento, sin la distorsión que trae consigo el paso del tiempo.

La importancia de conocer las creencias de las mujeres las representaciones biomédicas sobre la causalidad de la enfermedad, se basa en que es un padecimiento catalogado por la medicina como enfermedad crónica. Se trata de enfermedades con una fuerte carga de incertidumbre, ya que los pacientes nunca tienen la certeza de la trayectoria de la enfermedad, manifestándose en el diagnóstico, en el tratamiento y en la percepción que se tiene del futuro.

El cáncer de mama fue la causa de 521.907 muertes en todo el mundo en el año 2012, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres -14.9 por ciento del total de fallecimientos por tumores malignos- (GLOBOCAN, 2012).

Usando los resultados de un estudio, se analiza la manera en que las mujeres afectadas por el cáncer de mama incorporan el conocimiento biomédico de la enfermedad en el proceso de tratamiento y recuperación de la salud. A partir de lo cual, despliegan una serie de prácticas, estrategias, saberes y creencias que son acordes a los discursos de riesgo de la enfermedad emitidos por la Salud Pública.

Este artículo examina las implicaciones fenomenológicas, sociales y políticas de los discursos prevalecientes sobre la representación de la causalidad de la enfermedad y su tratamiento. La importancia de conocer las formas de subjetivación de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en proceso de tratamiento, radica en analizar los mecanismos mediante los cuales el poder y el saber biomédico se constituyen como tal.

El estudio se sitúa dentro de la literatura crítica de las ciencias sociales que sostiene

que el riesgo se ha convertido en una de las características culturales definitorias de la sociedad occidental. Al igual que en otras áreas de la vida, la noción de riesgo se ha convertido en el centro de los discursos relacionados con la salud individual; es decir, el riesgo se ha convertido en una construcción común en torno a la cual se describe, organiza y practica la salud en la sociedad occidental, tanto personal como profesionalmente.

Este artículo argumenta que las experiencias de salud enfermedad atención de las mujeres y los discursos sobre el riesgo de padecer cáncer de mama que dan forma a esas experiencias se producen y se reproducen dentro del mismo contexto ideológico dentro del cual se desarrollan y despliegan tecnologías particulares de diagnóstico, detección y terapéutica de la enfermedad, argumentando que los discursos actuales sobre el riesgo son posibles gracias a tecnologías particulares de diagnóstico / detección y terapéutica de la enfermedad.

Estos discursos sobre el riesgo del cáncer de mama también reflejan y reproducen nociones del "sujeto" y son, por lo tanto normativos; a la vez que homogenizan la manera de hacer frente a la salud enfermedad atención, singularizan la etiología de la enfermedad, transmiten un modelo de feminidad y delegan la responsabilidad de la salud enfermedad a cada uno de nosotros. Todo acorde con la racionalidad neo-liberal.

.....

*** Lourdes Armengol**

Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Coordinación Académica. Universidad Autónoma de la Ciudad de México - UACM. MEXICO, México

Resumen de ponencia

LEY DE SALUD MENTAL E INCLUSIÓN DE GÉNERO. ANÁLISIS DEL CASO URUGUAYO .

*Cecilia Silva

*Patricia Oberti

28. Políticas públicas de salud

Resumen

Ley de Salud Mental e inclusión de Género. Análisis del caso uruguayo

Patricia Oberti y Cecilia Silva

La ponencia toma como núcleo de análisis a la reforma del modelo de atención de la salud mental que actualmente Uruguay ha puesto en marcha a partir de la aprobación de la primera Ley de Salud Mental que tiene nuestro país. Luego de un cuerpo normativo que remitía a los años 1936 y 1942, el tratamiento de los componentes necesarios para desandar el desvencijado modelo asilar, han ahondado en un campo que trasciende el tratamiento médico psiquiátrico de las problemáticas vinculadas a la salud mental.

Este campo de la salud mental, en nuestro país, remite a condiciones estructurales materiales de la vida de las personas en las que el sufrimiento mental, se convierte en un analizador de las contradicciones sociales, políticas y económicas por las que la población transita actualmente.

Hemos decidido priorizar aquí, el desarrollo de un análisis que retome la perspectiva de género en la medida que es un componente sustancial para diagramar la interseccionalidad puesta en juego en la particularidad del campo de la salud mental. Las condiciones de desigualdad de género, se encuentran expresadas en el complejo entramado de la política asistencial. Estas condiciones de desigualdad tienen claros analizadores en un tratamiento diferenciado de las mujeres respecto de los varones que doblemente las vulnera si consideramos que parten de un piso de desigualdad en las dimensiones económicas, políticas y sociales de la vida.

Linardelli (2015) identifica con claridad estudios que verifican esta situación de desigualdad y desempoderamiento de las mujeres ubicadas en la figura de “enferma mental”, reforzadas por la lógica de inequidad dada por su condición de género.

Señala la autora que el atribuir esta condición de “enferma mental” a las mujeres remite -no sólo a su valoración médico-sanitaria- sino a una relación de poder que se expresa en el campo social y que resulta de un “desempoderamiento” frente a los varones.

En Uruguay, particularmente, se transita por avances significativos en términos normativos en materia de salud mental y en algunos aspectos vinculados más específicamente a los problemas del campo de género. No obstante, considerando además la lectura de interseccionalidad, la ley de salud mental a la que referimos no se aventura en su texto a un cambio radical que oriente a la política asistencial a accionar efectivamente desde una perspectiva de género.

Tomamos a la interseccionalidad en tanto herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión y privilegio. Se trata, por tanto, de una metodología indispensable para el trabajo en el campo de los derechos humanos.

¿Qué componentes del paradigma de la medicalización médico-psiquiátrica potencian las condiciones de desigualdad entre varones y mujeres? ¿Cuáles son las tensiones que presenta esta ley para orientar a la implementación de un modelo asistencial con perspectiva de género? ¿Qué características de la interseccionalidad del campo de la salud mental actuarían como significantes a considerar para un efectivo cambio de paradigma? Son estas preguntas las que guiarán el desarrollo analítico reflexivo de la ponencia.

Bibliografía

Linardelli, M. (2015). Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. II/ N° 3 / 2015. ISSN: 2362-616x. (pp. 199-224) Centro de Publicaciones. FCPyS. UNCuyo. Mendoza

Galende, E. (2015) “Conocimiento y prácticas de salud mental”. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Galende, E. (1994) “Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica”. Buenos Aires: Paidós

Burin, M. (1996) “Género y Psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables”, en Género, Psicoanálisis, Subjetividad, comp. Burin, M. y Dío Bleichmar, E. Buenos Aires: Paidós.

Burin, M. (1993) “Mujeres y Salud Mental: un estudio acerca de los estados depresivos en mujeres de mediana edad”, tesis de doctorado, Buenos Aires: Biblioteca de la Universidad de Belgrano.

.....

* Cecilia Silva

Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la Republica. FCS-UdelaR. Montevideo, Uruguay

* Patricia Oberti

Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la Republica. FCS-UdelaR. Montevideo, Uruguay

Resumen de ponencia

LOS EFECTOS DE UN MODELO DE SALUD CON ENFOQUE PREVENTIVO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL SOBRE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABLES DE BOLIVIA

*Soraya Roman

Motivación:

La atención primaria en salud renovada aboga por un enfoque más preventivo y promocional de la salud, donde las comunidades se conviertan en socios activos en la gestión de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Cómo hacer efectivos estos principios/elementos en el sistema de salud todavía está en debate. Actualmente, en Bolivia, la política sanitaria y el marco legal favorecen la implementación de un modelo de salud más integral y participativo, donde la gestión de las acciones sanitarias es compartida entre el sector público de salud y la sociedad civil (Estado Plurinacional de Bolivia, 2008). Este es un escenario interesante para estudiar la implementación de este tipo de modelos.

Objetivo:

Determinar los efectos de la implementación de un modelo de salud con enfoque preventivo y participación social sobre:

- ☑ Los conocimientos y habilidades de los recursos humanos para aproximarse a la comunidad
- ☑ El grado de participación de la comunidad en actividades destinadas a mejorar su salud
- ☑ La satisfacción con el servicio de salud
- ☑ La cobertura de prestaciones curativas y preventivas por ciclo de vida

Metodología:

Implementamos el modelo de salud en 12 establecimientos públicos de salud de primer nivel que atienden a poblaciones marginadas del área rural, entre las gestiones 2014 y 2017. La implementación del modelo incluye la formación de recursos humanos, elaboración, ejecución y monitoreo participativos de una estrategia local de salud, y seguimiento personalizado a las familias mediante controles integrales de salud y visitas domiciliarias.

Los propósitos del modelo de salud son: reducir barreras geográficas y culturales de acceso a los servicios de salud, e incrementar medidas preventivas y promocionales de la salud. Así, las visitas domiciliarias y controles de salud aproximan al personal de salud a las familias en la comunidad, conociendo sus hogares y condiciones de vida. Por otro lado, la formulación participativa de una estrategia local de salud permite que la

comunidad se involucre, participe y apropie de medidas preventivas y promocionales para el cuidado de la salud.

Diseñamos una evaluación cuasi-experimental en la que comparamos los resultados de los 12 establecimientos intervenidos con 17 establecimientos de control, usando un modelo de diferencias en diferencias. Para ello, levantamos una encuesta de hogares de línea de base el año 2014 y una encuesta de evaluación el 2018 sobre los 29 establecimientos de salud. La encuesta contenía información sobre el uso de los servicios de salud, participación en actividades preventivas y promocionales, y el grado de satisfacción con el servicio de salud.

Además, realizamos talleres de evaluación participativa donde, mediante la técnica de línea de tiempo, las comunidades identificaron los cambios más significativos luego de la implementación del modelo de salud. Finalmente, hicimos visitas a los establecimientos de salud para determinar si el personal de salud ejecutó las actividades de implementación del modelo.

Resultados:

Tenemos resultados preliminares de los talleres de evaluación participativa en los que las comunidades manifestaron que después de la implementación del modelo de salud, conocen a los médicos responsables del establecimiento, visitaron más el establecimiento de salud y recibieron más atenciones (en domicilio o en servicio). Esta percepción es consistente con los datos administrativos de los servicios de salud, que indican que la intervención incrementó indicadores de cobertura de salud en establecimientos de salud intervenidos versus establecimientos de control. Entre los indicadores de cobertura que incrementaron están: controles de salud por ciclo de vida, cuarto control prenatal, tercera dosis de la vacuna pentavalente, parto institucional, PAP, entre otros.

Luego de completar el análisis de la encuesta de hogares, esperamos observar una correlación entre los cambios en cobertura y cambios en indicadores de participación comunitaria y de satisfacción del servicio.

.....

* Soraya Roman

Universidad Privada Boliviana UPB. La Paz, Bolivia

Resumen de ponencia

MUERTE ASISTIDA Y GESTIÓN DEL MORIR EN CHILE

*Pilar Diez

En Chile, durante los últimos años, se ha discutido públicamente sobre la legalización de la muerte médicamente asistida, la práctica de acelerar la muerte por solicitud del paciente debido a lo intolerable de su padecimiento. Este debate se inicia, en parte, con el reconocimiento de ciertos derechos de los pacientes en cuanto a la consagración del consentimiento informado, con el objetivo de evitar el ensañamiento terapéutico. La controversia sobre el derecho a la muerte asistida comenzó a tener mayor importancia en el país al surgir la pregunta sobre cómo se vive de manera tecnológicamente mediada, planteando nuevos desafíos a la regulación de la práctica médica y científica.

En octubre del año 2012, en Chile entró en vigencia la ley 20.584, que regula los deberes y derechos que tienen las personas en relación con acciones médicas vinculadas a su atención de salud. Esta normativa regula el consentimiento informado del paciente, con el fin de proporcionarle autonomía para decidir acerca de los procedimientos médicos a los que puede someterse. El principio de autonomía exige que a las personas que se encuentren en condiciones de deliberar sobre sus propósitos personales, se les respete su capacidad de autodeterminación (Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, 2017). Básicamente, este principio implica la capacidad del individuo de determinarse a sí mismo en el ámbito sanitario.

El párrafo 6° de la ley 20.584 refiere a la autonomía de las personas en el contexto de la atención médica; allí, el artículo 16 establece que la persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal puede rechazar o interrumpir un tratamiento médico. La ley aclara que el rechazo o interrupción del tratamiento no podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, a través de prácticas eutanásicas o del auxilio al suicidio. Se agrega, en el artículo 17 de la ley, que “en caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona o estime que la decisión manifestada por ésta o por sus representantes legales la expone a grandes daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente, siguiendo los tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión al comité de ética del establecimiento (▣) Si el profesional tratante difiere de la decisión manifestada por el paciente o su representante podrá declarar su voluntad de no continuar como responsable del tratamiento” (Ley 20.584).

En teoría, el principio de autonomía es ejercido por el paciente al momento de tomar una decisión en el ámbito sanitario que afecta su propio porvenir, puede elegir seguir un curso de acción -o no acción- que conlleva su muerte. Pese a ello, se trata de un ejercicio de autonomía limitado de varias formas, la normativa aparentemente presenta inconsistencias en cuanto a este principio. En primer lugar, la ley prohíbe la eutanasia y el auxilio al suicidio, pero no define ninguno de estos conceptos. Segundo, en los casos de solicitudes de pacientes que sí están permitidas legalmente, el ejercicio de su autonomía también se puede ver limitado, por ejemplo: si el médico cuestiona la

decisión del individuo de no someterse a un tratamiento médico, la recomendación de parte del Comité de Ética es obligatoria, por tanto, el individuo no accede de manera inmediata a su voluntad. Por último, la normativa deja pendiente una regulación de la práctica médica, hay un vacío legal que permite que decisiones que involucren la voluntad y lo que resta de vida del individuo queden a discreción del profesional de la salud.

Ahora bien, en cuanto a la posición de la medicina con respecto a la muerte asistida en Chile, es posible identificar una perspectiva médica hegemónica en discusiones y publicaciones académicas como, por ejemplo, el escrito titulado “Eutanasia y acto médico” de la Revista Médica de Chile (2011; 139: 642-654). Ahí, la discusión de la muerte asistida se centra en factores económicos y sociales, como el aumento de enfermedades incurables, el desarrollo tecnológico médico, el envejecimiento de la población y el incremento del costo de vida asociado a los procedimientos médicos (Rev Med Chile 2011; 139: 642-654).

Los argumentos desde la perspectiva médica predominante, respecto de la muerte asistida y su legalización, se enfocan en estos factores económicos y sociales, mediante estadísticas poblacionales. Conjuntamente, uno de los puntos centrales para los profesionales médicos en esta discusión es la protección y conservación de la vida humana. Los profesionales sanitarios reconocen que la cultura médica actual tiene arraigada la idea de mantener y extender la vida lo más posible (Salud Pública, Universidad de Chile, 2014). El sufrimiento, deseos y derechos del enfermo terminal se vuelven algo secundario, relegándose a segundo plano la autonomía del enfermo terminal en la toma de decisiones en torno a las condiciones de su muerte.

De todo lo anterior, surgen cuestiones fundamentales en el debate de la muerte asistida en Chile: 1) ¿Cómo debemos comprender la aparente tensión entre lo estipulado en la ley 20.584 y el principio de autonomía del paciente? 2) ¿De qué manera se puede entender la incompatibilidad que se identifica entre el principio de autonomía y la perspectiva médica predominante?

Se podría pensar que el resguardo del principio de autonomía, al que alude la ley 20.584, son meras palabras que actúan a favor de la noción de un individuo autónomo que toma decisiones relacionadas con su salud y condiciones de muerte, y que servirían de sustento para el funcionamiento del biopoder.

Foucault (1998), explica cómo en el siglo XIX la biología pasa a ser parte del control del saber y de la intervención del poder. Los procedimientos del saber y del poder toman en cuenta los procesos de la vida y comienzan la tarea de controlarlos y modificarlos. Esta consideración implica un ejercicio del poder sobre el ser humano en tanto ser viviente, lo que Foucault denomina una estatización de lo biológico (2014, p. 217). Para que esto ocurriera, fue clave una transformación masiva en el derecho político del siglo XIX y la modificación del viejo derecho de soberanía cuyo principio, como alude Foucault, era “hacer morir y dejar vivir”. Allí el poder soberano sobre la vida se ejercía desde el momento en que el soberano puede matar. Este derecho -de hacer morir y dejar vivir- fue reemplazado por un poder exactamente inverso, el de hacer vivir y dejar morir. Comienza, de acuerdo a Foucault (1998), la época del biopoder, de las estrategias y técnicas destinadas a regular la población, que sería indispensable para el desarrollo del capitalismo de la modernidad tardía.

Este mecanismo de poder -donde se configura el núcleo de la política con respecto a la

vida- surge en el contexto de la adaptación estratégica de los poderes que organizaban la ciudad europea entre los siglos XVII y XVIII. Se desvanecen los límites de la antigua ciudad medieval, producto del avance del sistema de producción capitalista y las nuevas dinámicas demográficas implicadas, especialmente el flujo de cuerpos migratorios que provocó condiciones de hacinamiento y amenazas sanitarias. En consecuencia, la salud se convierte en uno de los fines de la administración pública de países como Francia, Alemania e Inglaterra. Así comienza el uso de sistemas de medición de la natalidad, mortalidad y morbilidad, llevando un registro de los fenómenos poblacionales (Foucault, 1999). Es en ese momento, señala Foucault, donde la medicina se introduce en la esfera social; su labor ya no solo estaría determinada por la enfermedad, también, por todo lo que pretenda garantizar la salud del individuo.

Para Fuster (2013), la influencia europea habría sido fundamental en el proceso de legitimación social de la medicina chilena. En el siglo XIX, se crea un marco legal, se regula la práctica y saber médicos por medio de un sistema de control estatal de enseñanza profesional. La figura del médico se fue posicionando, poco a poco, en distintas instancias de poder. Y la medicina comenzó a transformarse en una técnica general de la salud esencial para una administración dedicada a la vigilancia, al control y a la regulación de la población chilena.

A partir de lo expuesto, en la presentación se analizarán las dos tensiones antes mencionadas (ámbito legal y médico) desde el biopoder, particularmente desde la noción de biopolítica. En esta investigación, aún en curso, no solo se aplica la teoría de Foucault para el análisis de la discusión de la muerte asistida, sino que se busca contribuir teóricamente. La formulación “hacer vivir y dejar morir” de Foucault sugiere que el morir y la muerte están fuera del alcance de la biopolítica; sin embargo, aquí, se plantea que la muerte asistida no constituye una exterioridad respecto al biopoder. Actualmente, el camino hacia la muerte se vive de acuerdo a protocolos sanitarios y estándares médicos; la racionalidad ética de la muerte asistida estaría incorporada dentro de la gestión del poder de regularización, lo que podría considerarse una gestión del morir.

Bibliografía

Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (1994-2017). Principios generales de ética. UCH. <http://uchile.cl/u76256>.

Foucault, M. (2014). Defender la sociedad. Argentina: FCE.

Foucault, M. (1999). Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II. Barcelona: Ediciones Paidós.

Foucault, M. (1998). Historia de la sexualidad I; la voluntad de saber. España: Siglo veintiuno editores.

Fuster, N. (2013). El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile. Santiago de Chile: CEIBO Ediciones.

Grupo de estudios de ética clínica de la sociedad médica de Santiago. Eutanasia y acto médico. Rev Méd Chile 2011; 139: 642-654.

Ley N°20.584. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 20-04-2012. Salud Pública, Universidad

.....

*** Pilar Diez**

Universidad Diego Portales UDP. Santiago, Chile

Resumen de ponencia

O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LGBT NO SUS DO BRASIL: DA IDEALIZAÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO

*Adriano Cruz Duarte

O presente trabalho faz uma breve exposição do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (PTS) do Brasil, que segue princípios de classificação psiquiátrica e médica, instituído pelas Portarias nº 1.707 e nº 457/2008 e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 e da Política Nacional da Saúde Integral de LGBT, instituída pela portaria nº 2.836/2011.

Trata-se de um estudo documental e de revisão da literatura brasileira sobre a temática da saúde da população LGBT, mas, em especial, tem por escopo trazer à tona a transexualidade, travestilidade e o processo Transexualizador no SUS. Buscou entender como foi o processo de idealização, implementação e funcionamento destas políticas públicas de saúde, tendo como parâmetro o princípio constitucional brasileiro da dignidade da pessoa humana.

Estudos há décadas foram, e ainda são, realizados no Brasil sobre a população LGBT nas mais diversas áreas da saúde. Produções como as de Facchine (2005), Lionço (2007; 2008), Aran; Murta; Lionço, (2008), Murta (2014), Green & Quinalha (2014), contribuíram para a ampliação do que se entendia como necessidades básicas de saúde de LGBT. Porém, tratar das orientações sexuais e das identidades de gênero presentes nessa sigla tem se tornado uma tarefa cada vez mais difícil, visto que cada letra dessa “sopa” abrange um universo de possibilidades, especificidades, demandas socioeconômicas e de saúde.

Este trabalho tem como objetivo geral, estudar as políticas públicas existentes e em funcionamento no Brasil voltadas ao nicho LGBT. Quanto aos objetivos específicos, são eles: levantar bibliografias referentes as políticas públicas de saúde para a população LGBT; identificar quais são os marcos legais e sociais da assistência pública de saúde para LGBT no Brasil; explicitar o Processo Transexualizador no SUS; Revisar e dialogar com a bibliografia levantada sobre o tema da prestação pública de saúde para a parcela da população de LGBT.

O PTS realizado pelo SUS garante o atendimento integral de saúde a pessoas travestis e transexuais, bem como prevê que essas sejam acolhidas com respeito e equidade pelos serviços de saúde do SUS do Brasil. Entre as garantias estão: o uso do nome social, o acesso à hormonioterapia, e as cirurgias consideradas necessárias para a adequação do corpo à identidade de gênero.

Para que as transexuais e travestis comessem a ter as suas necessidades básicas de saúde atendidas legalmente no Brasil, a implantação do Conselho Federal de Medicina (CFM), juntamente com o Conselho Regional de Medicina (CRM) - que foi instituído no Brasil pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945 e melhorado pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, foi crucial para que suas demandas também fossem

consideradas de saúde pública.

No ano de 1997 o CFM lançou a primeira resolução, nº 1.482 /97, que tornou possível a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos, como os de transformação plástico-reconstrutiva da genitália. De acordo com Arán (2010) houve uma demanda crescente dos serviços de saúde, por parte das travestis e transexuais, no final da década de 1990, que reivindicavam a inclusão de suas agendas na assistência pública de saúde conforme as suas especificidades.

A sessão plenária do CFM, ocorrida em 10 de setembro de 1997, dispôs de normas técnicas e alguns critérios, para que cirurgias de redesignação sexual pudessem ser realizadas em modalidade experimental no Brasil. Inicialmente, apenas hospitais universitários ou hospitais públicos foram autorizados a realizarem os procedimentos, no entanto, estes deveriam ser, segundo a resolução já citada, vinculados à pesquisa (CORDEIRO, 2014).

A partir desse momento, o médico que aceitava realizar procedimentos de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e/ou procedimentos complementares, deixou de ser enquadrado como praticante de crime de lesão corporal grave e passou a ser considerado um mediador do tratamento médico para o transtorno de identidade de gênero, desde que o paciente tivesse o diagnóstico de transexualismo, dado pelo médico, após o acompanhamento psicológico, considerado necessário, por no mínimo 2 anos (ARÁN M et al., 2009).

Quanto aos critérios estabelecidos para as transexuais, para além do laudo médico, elas deveriam ter 21 anos ou mais, não apresentar inapropriação física à cirurgia e passar por avaliações de uma equipe multiprofissional, composta por médico psiquiatra, psicólogo, cirurgião e assistente social.

A segunda resolução lançada pelo CFM nº 1.652/2002, revogou a primeira, ampliou a equipe multiprofissional, acrescentando um endocrinologista e, estabeleceu em seu “Art. 6º que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderão ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa”.

No mesmo sentido, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, através das Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008, o PTS, que teve como finalidade o acesso integral de saúde para as transexuais, garantindo-lhes atenção e acolhimento por parte dos profissionais, bem como prevê o acesso equânime aos serviços ofertados pelo SUS, fomentando o respeito desde o uso do nome social à cirurgia de transgenitalização (BRASIL, 2008).

No ano de 2010, o CFM lançou a resolução nº 1.955/2010, que foi responsável por revogar a segunda resolução, publicada no ano de 2002, a qual trouxe pequenas melhorias em seu texto, deixando os critérios estabelecidos mais claros. Quanto aos procedimentos cirúrgicos, faz considerações ao “bom resultado cirúrgico, tanto do ponto de vista estético como funcional”, das redesignações sexuais. No que tange ao art. 3º, onde antes se lia: “4) Ausência de outros transtornos mentais”, agora se lê: “Ausência de transtornos mentais”, sugerindo uma possível despatologização da transexualidade.

Em 2013 o PTS foi redefinido e ampliado pela portaria nº 2.803 que preconizou as linhas de cuidados da atenção básica e especializada nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, sendo composta, respectivamente, da seguinte maneira (BRASIL, 2008; 2013): Atenção Básica; Atenção Especializada; Ambulatorial; e, Hospitalar.

Seguindo na mesma linha, com a legalização de procedimentos como a hormonioterapia, implantes de próteses de silicone, cirurgia de redesignação sexual e outros demais procedimentos, o SUS avançou em sua cobertura populacional. Consequentemente, em 2003, a sociedade civil organizada, com representantes dos movimentos de transgêneros, lésbicas e gays, acalorou os debates da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que acontecia no país, fomentando discussões sobre os direitos de LGBT no SUS (BRASIL, 2013).

Quatro anos após a 12ª CNS, na 13ª CNS realizada em 2007, desenvolvem-se as categorias de orientação e identidade de gênero, concebidas dentro do quadro de determinantes sociais de saúde. Dentre as recomendações da conferência estão o aprimoramento do Processo Transexualizador do SUS e o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis (BRASIL, 2008). Desse tanto, após alguns anos de estudos realizados nas mais variadas áreas sobre a população de LGBT, conferências realizadas e por meio de muita pressão social, em 1º de dezembro de 2011, foi instituída pela portaria nº 2.836 a Política Nacional de Saúde integral de LGBT, a qual foi pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), através da resolução nº 2 de 6 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2013).

O documento que trata da implementação desta política dialoga com a complexidade que envolve a saúde desta população e aborda os desdobramentos de uma das pautas antigas dos movimentos sociais de LGBT, assumindo e reconhecendo as especificidades, atentando-se - por outro lado - para as condições de vulnerabilidade de saúde dessa parcela da população.

De modo geral, essa política é um marco legal pela descriminalização das orientações sexuais e de identidades de gêneros nas diversas áreas e serviços de saúde pública e da educação continuada em saúde do Brasil. Ainda que questionada em alguns pontos pelos movimentos sociais de LGBT, ela visa incrementar novas práticas de cuidados. Algumas bem específicas e complexas, como é o caso do Processo Transexualizador no SUS do Brasil.

Referências

ARÁN, Márcia. A saúde como prática de si: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade. In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn. Transexualidade, travestilidade e direito à saúde. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

ARAN, M. R. ; MURTA, Daniela ; LIONÇO, T. . Transexualidade e saúde pública no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva (Online), v. 0809, p. 1, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Título VIII - Da Ordem Social, Seção II - Da Saúde - artigo 196-200, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 457, de 19 de agosto de 2008 que institui o Processo Transexualizador no SUS. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.707, de agosto de 2008 que institui o Processo Transexualizador no SUS. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS. Brasília, 2013.

CORDEIRO, Ana Carolina Silva. Uma Reflexão sobre Saúde, Corpo e Gênero:

Experiências de Usuários Trans e Travestis do Consultório de Rua. UFRP: 18º REDOR, Recife/PE, 2014.

GREEN, James N & QUINALHA, Renan (Orgs.). Ditadura e homossexualidades: repressão, resistência e a busca pela verdade. São Carlos: EdUFSCar, 2014. 332 p.

LIONÇO, T. Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. *Série Anis* (Brasília), v. 54, p. 01-07, 2008.

.....

* Adriano Cruz Duarte

Universidade Federal do Sul da Bahia UFSB. Porto Seguro, Brasil

Resumen de ponencia

PARA ALÉM DAS QUATRO PAREDES: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O COMBATE AO HIV/AIDS

*Wilson Nascimento Almeida Junior

Elemento importante da política nacional de combate ao HIVaids, as estratégias de prevenção no Brasil têm caminhado rumo a uma maior participação das pessoas na eleição de métodos preventivos que atendam suas realidades e escolhas. O Brasil, há tempos exemplo de sucesso nas ações de prevenção ao HIV/aids desde 2017, oferece em alguns serviços públicos de saúde a profilaxia de pré-exposição ao HIV/aids - PreP -, uma combinação de dois medicamentos antirretrovirais que se tomada corretamente, reduz expressivamente a possibilidade de infecção pelo HIV. A PReP somada a outras profilaxias com base medicamentosa marcam uma nova era na prevenção do HIV/aids . Todavia, embora haja uma maior participação das pessoas e o inegável êxito das ações de prevenção, o número de novos casos de HIV permanece crescente, especialmente entre determinadas populações. Atualmente, os homens mais jovens que não conheceram a aids como uma doença fatal, engrossam os novos diagnósticos. Tendo em mente que as políticas públicas de saúde de combate ao HIV/aids têm atuado de maneira a agregar todas as pessoas, podemos nos perguntar o motivo do alto índice de diagnósticos, sobretudo entre as populações chave, ou seja, gays e outros homens que tem sexo com outros homens, pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras (es) do sexo. Sendo uma pergunta que envolve respostas complexas, proponho uma reflexão com vistas a problematizar o tema das políticas de saúde pública no combate ao HIV/aids. Para ilustrar a discussão, apresento dados da minha pesquisa de mestrado desenvolvida na Universidade Federal de São Paulo . A investigação foi realizada entre 2015 e 2017 e teve por objetivo identificar o quê e como se fala da exposição ao HIV/aids entre homens que fazem sexo com outros homens que, no contexto investigado, por diferentes motivos têm sexo anal sem preservativo . Destaco então, três pontos observados na investigação objetivando melhor conduzir a discussão: a) ao menos no contexto investigado o uso do preservativo ou não, sucede em concordância com aspectos pessoais, eróticos e arranjos sociais tais como a masculinidade, b) o erotismo constitui fator importante no maior ou menor engajamento em práticas sexuais sem preservativo e c) as pessoas (ao menos no contexto investigado) não são negligentes em relação aos riscos envolvidos no sexo sem preservativo . Como se vê, os diferentes motivos envolvidos no sexo sem preservativo denunciam que as políticas de saúde apresentam importantes lacunas. A partir dos pontos acima citados, temos três dimensões que perpassam as ações de prevenção e que requerem maior atenção. Partindo do erotismo, embora as campanhas de combate ao HIV/aids na atualidade se mostrem mais abertas para falarem da sexualidade, não significa estarem abertas a falarem do erotismo. Sem grandes mergulhos teóricos, entendo aqui o erotismo como

a forma que as pessoas obtêm prazer sexual. Há tempos - salvo exceções - as campanhas de prevenção ao HIV/aids são assépticas e cheias de pudor para falar do erótico e do prazer. As campanhas no geral retratam um sexo “padrão” com pouca ou nenhuma variação no jogo sexual, nos papéis ocupados, sem contar a recusa em abordar mesmo que discretamente os diferentes jogos sexuais. Como já demonstrado em inúmeras pesquisas, o erotismo constitui aspecto importante na hora de se prevenir. O mesmo pode se dizer do aspecto social da prevenção, ou seja, o lugar que a prevenção ocupa na vida de homens e mulheres. Aqui novamente, os dados mostram que os homens veem a prevenção diferente das mulheres o que justifica campanhas focadas nos homens e nas mulheres, e também com foco individual. Principalmente acerca dos homens, algumas ações têm focado nas relações sexuais entre homens que tem sexo com outros homens, entretanto, este universo envolve tramas que no mínimo podem dificultar as ações. Dai a necessidade de pensar em estratégias que garantam que todos os homens possam ter acesso às informações e serviços. Nesse sentido, os aspectos sociais conferidos a experiência homossexual em nosso país, deve constituir ponto primordial na formulação das ações, sobretudo porque até mesmo a mera curiosidade de se manter uma relação homossexual é muitas vezes motivo para que as pessoas sofram violências. Lembro que a violência dispensada às pessoas homossexuais abrange diferentes configurações sociais, inclusive institucionais o que justifica o afastamento de homens, mulheres, pessoas trans, travestis e qualquer pessoa dos serviços de saúde. Não podemos esquecer que a violência por vezes se expressa também por intermédio da exclusão, do gênero, da classe e da raça, categorias que somadas aos demais pontos discutidos deve fundamentar as ações das políticas públicas de saúde. Por fim, o discurso que desloca a aids de uma doença fatal para uma condição crônica deve ser pensado nas ações de prevenção. Obviamente que tal deslocamento não é negativo, pois de fato as pessoas vivem com HIV/aids e isso não significa que vivam sem qualidade de vida, sem trabalhar, estudar, se relacionar, etc. Entretanto viver com HIV/aids e com qualidade de vida deve servir como recurso para que se combata o preconceito e não para que as pessoas acreditem tratar-se de uma condição sem problemas. Não se pode perder de foco de que estamos diante de uma condição de saúde complexa. Nesse sentido, é preciso investigar como as pessoas enxergam a aids em um momento onde temos uma gama de tecnologias que não somente garantem qualidade de vida às pessoas, mas que também podem auxiliar na prevenção de novos casos de HIV. Atualmente, a prevenção estrutura suas ações com base em insumos biomédicos capazes de evitar que a aids seja consequência do sexo desprotegido. Todavia, conquanto tais tecnologias estejam disponíveis nos serviços de saúde no Brasil, ainda assim, o desafio é fazer com que todas as pessoas tenham acesso. Assim, é preciso atuar de maneira que todas as pessoas saibam da disponibilidade de tais insumos, suas características, métodos, disponibilidade, efeitos etc. Para isso de fato, não há outra saída a não ser uma pedagogia que se utilize de uma linguagem clara e eu diria porque não: obscena. É preciso romper com a salubridade imagética e léxica quando o assunto é sexo. Na persistência de dificuldades frente tal tarefa, vale recorrer a intervenções lúdicas a exemplo do teatro que como já demonstrado, pode ser utilizado para fundamentar as ações de prevenção, bem como às modernas tecnologias de interação e informação. Especialmente em se tratando do tema sexo, sabe-se que a internet cumpre papel importante na busca de parceiros sexuais, mas também como meio onde as

informações têm quase “livre” difusão. A internet e mais recentemente os aplicativos de smartphones, constituem oásis sexuais e mesmo “prisões”, contudo, ainda assim configuram meios importantes para se falar da prevenção não somente do HIV/aids. Temos na internet um acesso amplo a muitas pessoas, principalmente ao público jovem, parcela da população que exige uma linguagem diferente para ser acessado, o que obriga a tarefa preventiva a adequar sua fala. Considerando todos os pontos levantados torna-se urgente que as políticas públicas de saúde considerem em suas ações preventivas, uma linguagem onde o sexo e o prazer não sejam vistos como categorias puramente epidemiológicas, reconhecendo que, o que se faz entre quatro paredes pode auxiliar no árduo trabalho da prevenção ao HIV/aids. Nesse sentido é preciso romper com a economia moral dispensada às ações de prevenção, com vistas a reduzir a margem de pessoas em zonas de risco, principalmente os mais jovens, mas não somente, já que o exercício da sexualidade é direito de todos, assim como o direito às políticas públicas de saúde que não devem desconsiderar as singularidades humanas, sob o risco de promover um grave processo de exclusão social.

.....

*** Wilson Nascimento Almeida Junior**

Universidade Federal de São Paulo UNIFESP. São Paulo, Brasil

Resumen de ponencia

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA E INSTITUCIONALIDAD. LOS CONSEJOS DE USUARIOS DE LA SALUD EN CHILE

*Miguel Barrientos

Ponencia CLACSO 2018

Participación comunitaria e institucionalidad. Los Consejos de Usuarios de la Salud en Chile

Presentación

El resumen de la ponencia a continuación está en el contexto del desarrollo de una investigación que está en su etapa final. El propósito de la investigación consiste en adentrarse en la participación social en el plano de la salud. La participación en el área de la salud en Chile mirada desde los territorios, de las comunidades y en cómo esta participación se engarza con las políticas de participación del Estado chileno. Se pretende mirar la participación, sin perder de vista el contexto sociohistórico global, desde los individuos y comunidades en sus prácticas en la salud primaria y en el plano ya descrito. Se divide esta presentación en cuatro acápites o puntos principales.

I.- La participación, una discusión política de actualidad en el contexto del Estado neoliberal

La promoción y el impulso de la participación en general y más aún la participación local en los territorios, en las comunidades y barrios, que pareciera tan ajena a una matriz sociohistórica neoliberal, ha sido asumida por la institucionalidad del Estado (léase, Estado neoliberal) de manera decidida. Esto puede ser considerado una paradoja, pero, así como la Izquierda no ha renunciado al mercado, de la misma manera la derecha no ha renunciado al Estado. Más aún, en Chile, la izquierda que ha devenido en clientelista ha sido gobierno o parte fundamental de éste desde el año 90 en que se puso fin a la dictadura y, no solo ha “administrado” el modelo heredado de Pinochet si no que, lo ha ampliado y profundizado. (Garretón, Moulian)

II.-Línea teórica. Paradoja del diseño de la participación desde arriba en los modelos de desarrollo neoliberales.

Como ha sostenido el historiador Gabriel Salazar (1993)” La oposición histórica entre el Estado y el Mercado no ha sido, pues, antagónica, si no, de carrera de postas. Su aparente rivalidad encubre una complicidad dinámica que explica tanto la modernización capitalista como la modernización política y cultural del mundo occidental. Parodiando los términos de Karl Marx, el Mercado y el estado van por la historia como Twins Brothers (mellizos), tomados de la mano conforme una división dialéctica del juego explotación-modernización”. El mismo autor señala que, con el fin del fordismo con la crisis del 1982, que había vaciado de poder a las redes sociales y organizaciones civiles propio del dominio concentrador y hegemónico del Estado, se da paso a un “ajuste estructural” en lógica reversa de desconcentración y diseminación, ahora con la centralidad del mercado, donde los individuos, supuestamente, adquieren centralidad y el Estado se retira dando paso al “emprendimiento” como recurso de

empoderamiento de las personas. Eso, por una parte. Por otro lado, para darle sustancia teórica a esta investigación, traemos a colación conceptos generados desde la teoría feminista, en este caso lo que Fraser (2015, pág. 253) ha llamado “las resignificaciones neoliberales”. Si bien Fraser usa el concepto para referirse a cómo de alguna manera el neoliberalismo coopta y se apropia de las demandas de la segunda ola feminista, podemos considerar que, en nuestro ámbito de interés, lo que aparecía como un sacrilegio, la base social participando, ha devenido en legislación y formalización. La “astucia de historia” para seguir a Fraser (2015) consistiría precisamente en resignificar los principios, en este caso el de la participación, para darle un cariz aséptico, condescendiente y de mera formalidad. Hay participación o pretensiones de hacer de la participación una oferta del Estado neoliberal, pero es una participación “otra”, resignificada, no como la que hemos conocido, por lo menos, antes de los años ochenta.

Es así como podemos afirmar que históricamente la participación, otrora excluida y sospechosa, ha tenido un doble camino; uno “ascendente” y otro “descendente” (Blondiaux, 2013; Annunziata, 2013). Caminos, ambos, que están en consonancia con procesos sociales e históricos. Por un lado y a propósito de cómo se configura la participación ascendente, Rosanvallon (2016) afirma que ha existido una clara brecha que marca el divorcio entre el tiempo electoral, ese de cada cuatro años (o de seis), “marcado por un imperativo de seducción y proximidad al pueblo” y el tiempo de la acción gubernamental donde operan “las viejas recetas de la conservación del poder y la manipulación del número”. El pueblo, fuera del tiempo de elecciones, no existe y no hay mayores razones para que participe en los procesos de gestión gubernamental. En este contexto se comprende la noción “ascendente” de participación que, desde la base social, desde los movimientos sociales, desde abajo, por ejemplo, de los años sesenta o setenta del siglo pasado, para no ir más atrás en la historia, luchan por tener un papel más protagónico o derechamente por intentar controlar la acción gubernamental, mientras que los poderes niegan y reprimen tal posibilidad. Por otro lado, la participación “descendente” que paradójicamente coincide con el ascenso y consolidación del neoliberalismo, es digitada, promovida y legislada desde arriba. Como señala Blondiaux (2013), “luego de un eclipse de los años ochenta, la renovación del tema de la participación de los años noventa resulta, por el contrario, de un movimiento “descendente”: son las autoridades políticas electas quienes la motorizan”. Las autoridades que la motorizan, aquí y ahora, o son acérrimos neoliberales o autoridades que sin serlo o sumirlo se manejan como delfines en el agua en la matriz sociocultural neoliberal como ocurre con el grueso de la izquierda chilena. Ese es, lo que podríamos llamar, el contexto sociohistórico que contiene lo que nos interesa: la participación en salud en el escenario de un Estado neoliberal presente en los territorios.

III.- la participación legalizada, legitimada e institucionalizada a partir del Estado neoliberal.

La actual participación, promovida desde la institucionalidad, es un diseño de arriba hacia abajo que recorre toda la estructura del Estado y que es articulada desde este. La Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública dictada en 2011, en el primer gobierno de Sebastián Piñera, es solo otra norma que viene a aumentar el caudal legislativo en busca de fortalecer la participación ciudadana en el espacio de lo local. Anteriormente, en los gobiernos de Eduardo Frei y en los dos de

Michelle Bachelet se dio puntapié inicial a lo que llamaremos la institucionalización de la participación, mediante una batería de leyes generales. En el caso de la ley 20.500, se especifican mecanismos de participación. La autoridad mediante la legislación establece cuáles serían los mecanismos, pero también las funciones. Por ejemplo los Consejos de Desarrollo Local (CDL), hoy llamados CDU, organismos de base, que según el MINSALUD Chile, y en línea con la definición de participación que ellos proponen, deben buscar “incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacione con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos”. En la actualidad el SSMSO, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente de Santiago, presente en 7 populosas y populares comunas del gran Santiago cuenta con 40 CESFAM, Centros de Salud Familiar de salud primaria, que, en correspondencia con el cambio de paradigma (del paradigma biomédico al de salud familiar preventiva) desde el Ministerio de Salud, pretenden desarrollar un concepto de salud comunitario y territorial. Cada CESFAM está obligado por ley a desarrollar planes de participación dentro de un amplio abanico de mecanismos de participación, todos mecanismos muy conocidos. El presupuesto participativo ha sido muy estudiado en Brasil y Argentina (Annunziata, 2103): Consultas Ciudadanas, Diagnósticos Participativos, Presupuestos Participativos, Consejos de la Sociedad Civil, que incluyan a la comunidad local como agente activo, principalmente a los CDU y otras organizaciones de la sociedad civil. Actualmente se han definido los Planes Estratégicos Trienales de Participación Social periodo 2016-2018 “en conjunto con la ciudadanía”. Dicho eso como antecedente, nos interesa reflexionar cómo se tensiona la idea de “retirada del Estado” como concepto crítico hacia el neoliberalismo en contraste con los ingentes esfuerzos desde el Estado neoliberal por mantener presencia local, especialmente en salud, como también el supuesto antagonismo Mercado-Estado, que al decir de Salazar (1998), que ya hemos citado, ha sido una carrera de posta, donde la aparente rivalidad, oculta una complicidad dinámica en que van históricamente de la mano. Se propone un enfoque que trascienda lo meramente normativo y comprenda el neoliberalismo como modelo civilizatorio (Lander, 2000) perfilando la relación territorio/globalización (González, 2008). En este contexto, desde la sociología, se debiera poner en evidencia la pobre caracterización que aún se tiene de las políticas neoliberales que se despliegan en el terreno de local, como también develar el entramado oculto (cooptación, control) bajo la batería de recursos (leyes, programas) que invaden lo local en salud desde la institucionalidad neoliberal. Se debe vincular esta temática con la equidad en salud y el acceso universal a un servicio esencial y básico para las comunidades, que necesariamente, mediante la incidencia directa en los territorios como agentes protagónicos, debe asegurar el derecho a la salud.

IV.- Los territorios y las prácticas.

La investigación a que hacemos mención se está llevando a cabo en dos Consejos de Usuarios de la Salud, el de la Villa O’Higgins de la comuna de La Florida y el Salvador allende de la comuna de San Ramón. Son dos

.....

*** Miguel Barrientos**

Departamento de Investigación y Postgrados. Universidad Academia de Humanismo Cristiano - DIP/UAHC. Comuna de Providencia, Santiago, Chile

Resumen de ponencia

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT NO CONTEXTO DA SAÚDE BRASILEIRA

*Dilermundo Aparecido Borges Martins

*Lislei Teresinha Preuss

Este resumo tem como objetivo apresentar a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) como uma política pública de saúde brasileira. Para tanto, é preciso destacar o que é saúde e como se estrutura o Sistema Único de Saúde-SUS brasileiro, bem como apresentar a Política para realizar as aproximações teóricas existentes. Utiliza-se como método de pesquisa a revisão de literatura, de caráter histórico e crítico, como ferramenta adequada para responder tais objetivos. Em se tratando de saúde, tal direito está positivado na Carta Magna a partir do modelo de seguridade social. Neste modelo, visa-se um amplo acesso por todos, numa ótica universalista, em que há uma preocupação maior com a equidade e a justiça social, atendendo a todos os indivíduos indistintamente. O artigo 194 da Constituição legitima a seguridade social como o modelo de ordem social brasileira, que assim dispõe: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Neste sentido, o direito à saúde brasileiro também segue os fundamentos da seguridade social, e possui como característica principal a universalidade e a igualdade, conforme disposto no artigo 196 da Constituição. De acordo com Paim (2009, p. 46) “O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto pela Carta Magna, permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde. Ao invés de se limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública”. O direito à saúde, abarcado pela Constituição Federal de 1988, tem suas raízes na 8a Conferência Nacional de Saúde, que assim dispõe: “Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 4). Para que se possa colocar em prática este direito, foi criado no Brasil um sistema consolidado como Sistema Único de Saúde - SUS. Dentre seus princípios, estão a universalidade, determinando como responsabilidade do Estado a viabilização da saúde como garantia de todos os cidadãos, indistintamente; a descentralização, em que se define as competências de cada ente da federação; a integralidade, que abarca todos os processos e fatores biológicos, históricos e sociais que interferem na qualidade de vida ou morbidade do indivíduo; e com participação social, trazendo o cidadão para os processos decisórios. Em suma, o SUS “[...]corresponde a um sistema público de saúde formado por órgãos

e instituições federais, estaduais e municipais. Não é exclusivamente constituído por organismos da administração direta, como o Ministério da Saúde e as secretarias municipais e estaduais correspondentes. Integram também o SUS os órgãos e instituições da chamada administração indireta, a exemplo das autarquias, fundações e empresas públicas. Assim, serviços e estabelecimentos de saúde vinculados à administração indireta poderiam gozar de maior autonomia de gestão, adequando-se à melhor natureza e às especificidades das ações de saúde. A iniciativa privada pode participar do SUS, em caráter complementar, mediante contrato regido pelo direito público. Neste sentido, os serviços privados e filantrópicos contratados funcionam como se público fossem” (PAIM, 2009, p. 54). Por considerar a saúde de um modo integral é que é possível que existam ações que observem todos os aspectos que compõem a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Diante disso, são criadas políticas voltadas aos diversos segmentos e grupos da sociedade, afim de atender a estas demandas e transformar a saúde em um direito universal. Neste trabalho, o foco se dá na população LGBT, cuja principal característica é a vulnerabilidade, conforme identificado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2012). Isto porque este grupo está exposto a uma violência maior, o que afeta diretamente em sua saúde de modo amplo, levando em conta diversos elementos como raça, idade, etnia, pobreza, escolaridade, dentre outras. Todos estes fatores levam a uma exposição a agravantes que permitem a ocorrência de um abalo na saúde física e mental (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017). Fruto desta relação complexa é que surge, no contexto brasileiro, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que foi instituída pela Portaria no 2.836, de 1o de dezembro de 2011, através do Ministério da Saúde. Tratam-se de ações que visam principalmente evitar o preconceito e a discriminação no SUS, em todos os seus âmbitos (BRASIL, 2013). Um dos principais pilares da Política é a integralidade, característica trazida também na Constituição Federal como base do Sistema de Saúde brasileiro. Levando em consideração esta característica é que são apresentadas, pela Política, fundamentos para sua criação. Ressalta-se a prostituição como fator determinante e um espaço propício para este grupo exercer sua feminilidade, rejeitada em outros espaços sociais, mas que levam também ao uso de drogas, silicone industrial, hormônios e outros medicamentos sem uma atenção médica. Estes espaços são propensos a aumentar os riscos de se contrair DST/Aids, além de elevar a violência, o que afeta diretamente a saúde deste grupo (BRASIL, 2013). São considerados, ainda, dois importantes fatores que justificam a criação desta Política e que apresentam aproximação com a integralidade: os problemas de depressão, crises de ansiedade e sensação de pânico entre travestis e transexuais, afetando sua saúde mental e levando, inclusive, ao suicídio; além da violência sofrida em relação ao desrespeito pelo uso do nome social como fator primordial, o que é prejudicial à saúde daqueles que diretamente sofrem com isto (BRASIL, 2013). Logo, tal Política foi criada com o principal objetivo de reduzir o preconceito institucional, além de se “[...] aproximar com o conceito amplo de saúde, que vai envolver todas as questões que visam a melhora da qualidade de vida de todos os seres humanos, indistintamente. Com a criação de uma política pública voltada para a população LGBT é que se nota a preocupação da saúde brasileira como um direito universal e equitativo (MARTINS; PREUSS, 2017, p. 6). Em relação à sua estrutura, a Política está organizada da seguinte forma: o artigo 1o trata dos objetivos e ressalta o SUS como um sistema universal, integral e equitativo; o artigo 2o trata dos

objetivos específicos, dentre eles criar estratégias para diminuir a mortalidade de travestis, cuidado e saúde de adolescentes e idosos LGBT, oferecer atenção integral às DST's no âmbito do SUS, eliminar os preconceitos nos serviços de saúde, garantia do uso do nome social aos usuários do SUS, dentre outros. O artigo 3º elenca as diretrizes que norteiam a Política, ressaltando a prevalência dos direitos humanos e a promoção da cidadania. E, por fim, os artigos 4º, 5º e 6º estabelecem as competências da União, Estados e Municípios, respectivamente - relacionando-se diretamente com um dos princípios norteadores do SUS: a descentralização (BRASIL, 2013). Com isto, depreende-se que ao formular a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, estabelecem-se ações voltadas para um grupo que necessita de cuidados e da promoção de sua saúde integral. Através desta concepção de saúde, o Estado brasileiro atribui como sua responsabilidade efetuar medidas para que todos possam ter acesso ao pleno desenvolvimento e condições dignas de vida. Isto pode ocorrer desde que atingido o principal objetivo da Política: a redução de preconceitos e desigualdade dentro do SUS. Nota-se, também, que a Política possui características trazidas pelo Sistema Único de Saúde, definindo as competências de modo descentralizado, e destacando a universalidade como um princípio norteador do sistema, corroborando que esta é uma política pública de grande relevância no contexto da saúde brasileira. É notório que não se trata de uma política deslocada, mas que está em consonância com toda a estrutura da saúde brasileira. Isto significa dizer que são os pilares e princípios da saúde que permitem a criação de políticas públicas voltadas para a comunidade LGBT, garantindo assim um direito à saúde ainda mais efetivo. É o sistema universal, integral e equitativo sendo colocado em prática através de uma política pública que visa reduzir as desigualdades sociais, fazendo valer os direitos trazidos pela Constituição Federal brasileira.

.....

*** Dilermando Aparecido Borges Martins**

Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG. Ponta Grossa, Brasil

*** Lislei Teresinha Preuss**

Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG. Ponta Grossa, Brasil

Resumen de ponencia

PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO: COMPREENSÃO DA PRÁTICA DE CUIDADO NO MANEJO NÃO CLÍNICO DO CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV)

*Pedro Fragoso

Segundo a OMS, o suicídio é um grave problema de saúde pública, embora não seja priorizado como tal em muitos locais do mundo. Esse desconhecimento impacta diretamente na eficácia de um manejo adequado (WHO, 2014). No intuito de expandir a prestação de serviços associados à questão do suicídio em diversos países, os Estados- Membros da Organização Mundial da Saúde objetivaram uma redução de 10% nas taxas de suicídio até 2020 no mundo, inclusive através de elaboração de materiais para ampla divulgação a fim de conscientizar a população em geral. O informe “Preventing suicide: a global imperative”, apresentado pela OMS em 2014, elaborado através de consultas globais e dados científicos, ressalta a importância de enfocar urgentemente a análise desse problema de saúde pública mundial e seus significados, tendo em vista os dados alarmantes e a falta de intervenções corretas (WHO, 2014).

Um modo de responder ao suicídio em um país é estabelecendo estratégias nacionais para sua prevenção, "uma estratégia nacional reflete o compromisso claro de um governo em ocupar-se do problema do suicídio" (WHO, 2014, p.8). Todavia, apesar dos fatos científicos indicarem frequentemente que numerosas mortes são evitáveis, o suicídio tem escassa prioridade para os governos e instâncias normativas. Nesse contexto de aumentos de casos e precariedades existentes nos serviços de saúde, mostra-se de grande importância o trabalho preventivo em instituições do terceiro setor como diversas ONGs. No Brasil, podemos destacar o Centro de Valorização da Vida como uma dessas importantes instituições não governamentais que oferecem um acolhimento terapêutico visando à prevenção e posvenção do suicídio.

O Centro de Valorização da Vida é uma instituição jurídica que nasce em São Paulo, na década de 1960, e se descreve enquanto uma sociedade civil, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico. A ela estão vinculados alguns programas assistenciais, sendo um deles o CVV de Prevenção do Suicídio. Os serviços de prevenção do suicídio podem ser divididos em três categorias: humanitários, religiosos ou científicos (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2012). O CVV se insere no primeiro grupo, pela característica voluntária, arreligiosa e apartidária.

Tendo em vista que, segundo a OMS(2014), até o setor referenciado como o especialista para este tipo de manejo também comete atitudes falhas nesse processo, torna-se importante investigar os tipos de sociabilidade do manejo realizado em outras instâncias. Na prática em saúde, os profissionais atuantes nesse setor deveriam ter como objetivo terapêutico central a atitude de estabelecer uma compreensão da

subjetividade dos seres em sofrimento, prestar solidariedade e permanente preocupação com o cuidado (TELESI JUNIOR, 2010). A relação de ajuda desenvolvida no CVV, ao adotar a técnica da ACP e não na doença, parece atingir esse padrão idealizado pelos profissionais clínicos na sua relação com os usuários do serviço de saúde.

Nas ciências sociais, Durkheim é o autor que se atribui um maior peso ao pensar sociologicamente o fenômeno. Em *O Suicídio* (1973), o autor enaltece o risco que existe em pensar o suicídio em termos isolados, ao invés de pensá-lo enquanto um fato social. Contudo, ainda que todas as disciplinas externas às ciências sociais conheçam e citem o livro de Durkheim, é ainda a visão da saúde mental, centrada no indivíduo, que aparece em larga medida na análise dos suicídios (HEILBORN; MENEZES, 2014).

Assim como Foucault (1997) nos mostra que a percepção acerca da loucura veio sendo ressignificada ao longo do tempo, o fenômeno do suicídio percorre um caminho parecido, e isso se expressa nas suas qualificações enquanto: pecado, crime, mais tarde se tornando mentalmente doente e agora com alguns propõe “tratamento”, desde que a “cura” esteja nas mãos dos médicos (SZASZ, 2002). No entanto, comportamento suicida é marcado inevitavelmente por sua contingência. Ele é afetado por determinantes que se interrelacionam: pessoais, sociais, psicológicos, culturais, biológicos e ambientais (WHO, 2014).

O CVV baseia-se exclusivamente numa postura terapêutica de Abordagem Centrada na Pessoa- ACP. O uso dessa técnica Rogeriana pela instituição conflui com o que o autor espera alcançar com a teoria, uma ligação ao autoconhecimento, a possibilidade de gerir os sofrimentos e consequentemente manter-se distante do risco do suicídio (MARTINS, 2016). Nesse sentido, no CVV há uma separação entre a ideia de indivíduo e pessoa, em que o primeiro seria compreendido como um sujeito social e o segundo refere-se a essência deste enquanto ser humano. Essa relação, portanto, “deve ser centrada na pessoa, nos seus sentimentos, e não no indivíduo, nas suas ações ou problemas” (MARTINS, 2016).

No setor clínico, os pacientes com comportamento suicida se mostram por vezes mobilizados por ansiedades, defesas e sofrimentos. Nesse contexto, a equipe de saúde não ressaltando a importância reflexiva do estado do profissional naquela interação, pode ser demonstrado sentimento de raiva, repulsa ou hostilidade por parte deste, o que compromete o vínculo de confiança com o paciente (DOCKHORN; WERLANG, 2008).

É nesse aspecto que nota-se uma relevante distinção do manejo não clínico desenvolvido na instituição a ser estudada. Conforme Blumer (1980, p.122): “Deve-se levar sempre em consideração que os significados desempenham seu papel na ação por intermédio de um processo de auto-interação”.

A pesquisa segue uma abordagem qualitativa, serão realizadas entrevistas individuais e coletivas no formato semi-estruturadas, seguindo um roteiro construído ao longo das observações, tornando possível compreender as interpretações particulares dos voluntários e suas interações com os demais membros em relação às concepções e práticas do trabalho. O locus da pesquisa será o Posto do CVV sediado em Salvador-Bahia, onde o pesquisador foi voluntário entre julho e dezembro de 2015, o que justifica sua escolha.

Para investigar a prática terapêutica no CVV, nota-se no interacionismo simbólico,

instrumentos relevantes na compreensão da alteridade entre voluntários e a Outra pessoa nesse processo. Sendo assim, a pesquisa seguirá influência das contribuições teóricas de autores interacionistas da Escola de Chicago, como Herbert Mead (1953), Herbert Blumer (1980) e Erving Goffman (1988; 2011).

.....

*** Pedro Fragoso**

Universidade Federal da Bahia UFBA. Salvador, Brasil

Resumen de ponencia

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV NO CONTEXTO DO PROCESSO DE INDIVIDUALIZAÇÃO E SAÚDE

*Roberto Rubem Silva-Brandao

A Profilaxia Pré-exposição ao HIV (PrEP) é uma nova estratégia de prevenção na qual os indivíduos consomem uma combinação de antirretrovirais diariamente para evitar a aquisição do vírus da Aids. Trata-se de uma recente tecnologia no contexto da prevenção combinada, que visa reduzir novas infecções a partir da ação individual. O objetivo deste estudo foi compreender, a partir da experiência dos usuários de PrEP, a produção do processo de individualização e saúde no atual contexto de quimioprofilaxias ao HIV. Adotou-se o marco teórico do processo de individualização nas sociedades contemporâneas, com maior ênfase nas suas implicações no contexto da Sociedade de Risco. Analisou-se o conteúdo de discussões de um grupo virtual de usuários de PrEP e de pessoas interessadas no assunto no Facebook, o PrEP Facts: rethinking HIV Prevention and Sex. O grupo é composto predominantemente por gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens dos Estados Unidos da América.

Os resultados e discussão apontam, primeiro, para a presença de conflitos derivados da experiência individual, que não são apenas efeitos nocivos do ponto de vista técnico da ação médica, mas dos efeitos sociais e políticos que comprometem a autonomia, a ação política e a capacidade de objetivação dos problemas pelos indivíduos. Discute-se a produção de riscos invisíveis, como as falhas medicamentosas e a relação com a depressão, ansiedade, solidão e à aquisição de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na vida dos usuários. Observa-se, também, conflitos com a "certeza" de eficácia da PrEP, na qual os indivíduos percorrem uma trajetória própria para uma comprovação individual da eficácia. Nesse sentido, os dilemas da Sociedade de Risco se entrelaçam com a individualização de tal forma que processos subjetivos e reflexivos são altamente produzidos e (auto)confrontados pelos indivíduos. Nesse processo, os usuários constroem trajetórias autobiográficas que os conformam como empreendedores de si mesmos, que se utilizam do conhecimento técnico-científico e médico para realizar o "controle sobre suas trajetórias de vida referentes à prevenção ao HIV".

Uma segunda dimensão discutida refere-se à produção de desejos e prazeres sexuais a partir da experiência do uso da PrEP; tensões entre as noções de sexo natural e não-natural emergem e influenciadas, simultaneamente, pelo desejo do sexo sem preservativo, a presença de outras IST e a percepção de intimidade dos indivíduos. O sexo bareback é, conceitualmente e politicamente, tensionado centralmente: de uma população de outlaws, anterior à difusão dos antirretrovirais, passa a ser praticado por indivíduos disciplinados pelo conhecimento médico. Dessa forma, os usuários de PrEP perdem o horizonte do contágio pelo HIV e se "libertam" para a exploração do desejo

e do prazer sexual. Nesse sentido, fazem uso de um plexo quimioprofilático para realce e desempenho sexual: uso de antibióticos preventivos para IST bacterianas, outras combinações de antirretrovirais para prevenção, Viagra, drogas estimulantes, interferindo na desinibição sexual. Nesse contexto, os indivíduos vivenciam uma supervalorização da dimensão subjetiva, de tal forma que em alguns casos “exploram a si mesmos” sem qualquer coação externa, na busca pela positividade e prazer, numa lógica de transparência total dos desejos e repetição.

A terceira dimensão analisada foi a produção de identidades na individualização contemporânea. Termos como revolução, club, liberdade, autonomia, PrEPster, PrEPwarrior, empoderamento, orgulho, comunidade emergem como expressões identitárias do processo de individualização social. Utilizando-se de uma abordagem relacional e situacional, os indivíduos definem uma alta carga de subjetividades em termos corporais e biomédicos e a esfera pública e privada colabam-se no exercício de seus interesses particulares e políticos. As disputas na vida cotidiana, em grande medida, recaem-se sob o indivíduo consigo mesmo, que almeja melhoramentos na dimensão sexual, retomando o controle sexual de suas vidas, interferindo na compreensão de quem é o “inimigo” ou as forças que os interpelam nesse processo. Nesse sentido, o desejo individual não deve ser constrangido, enquanto problemas centrais da epidemia de HIV/AIDS, como estigma, discriminação e o “outro”, secundarizam-se nas preocupações dos usuários.

As considerações finais, por fim, refletem sobre as implicações às repostas sociais e políticas à epidemia de HIV/AIDS no atual contexto de quimioprofilaxias. Entre elas, defende-se um profundo esforço de autocritica que o campo da saúde deve desenvolver sobre suas recentes produções tecnológicas para a prevenção, sobretudo no que se refere às suas consequências sociais. Salienta-se a radicalização da oferta de estratégias biomédicas em detrimento de respostas sociais e políticas para o enfrentamento da epidemia, de tal forma que novos conceitos e análises sobre o tema no campo das ciências sociais e saúde devem ser desenvolvidos (e revisitados) com o esforço compreensivo e explicativo das atuais mudanças sociais contemporâneas na epidemia de HIV/AIDS. Nesse sentido, mais estudos que explorem as dimensões sociais e políticas no atual contexto de prevenções quimioprofiláticas devem ser desenvolvidos para, também, tencionar as produções estritamente clínico-epidemiológica que são predominantes no campo da saúde.

.....

* Roberto Rubem Silva-Brandao

Universidade de São Paulo USP. São Paulo, Brasil

Resumen de ponencia

QUEREMOS SABER DE QUÉ SE TRATA

Universidad Nacional de Avellaneda. Departamento de Ciencias Sociales - DCSUNDAV (Argentina)

*Clara Irene Schor Landman

*Daniel Roberto Escribano

*Santiago Albarracín

PRIMER FORO MUNDIAL DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Las luchas por la igualdad, la justicia social y la democracia en un mundo turbulento
CLACSO 19 al 23 de noviembre 2018

UNDAV CENTRO MIEMBRO

Panel abierto institucional: Santiago Albarracín, Daniel Escribano, Clara Schor-Landman.

I. TÍTULO: “Queremos saber de qué se trata”

II. Fundamentación

El Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV) -en su carácter de centro miembro de la red CLACSO- en 2017 se sumó al interés del grupo de trabajo “Estudios sociales para la salud”.

Para poner en estado de trabajo la temática en el espacio universitario realizamos diversas actividades y otorgamos relevancia al pensar en forma crítica las problemáticas sociales del campo de la salud. Es por eso que nos pusimos en movimiento con dos actividades: Organizamos una jornada conjunta entre UNDAV y CLACSO para conversar con diferentes campos disciplinares (medicina, derecho, psicología, periodismo) acerca de los abordajes del concepto de salud y, a la vez, realizamos microprogramas de radio temáticos que ya circulan por las redes de Latinoamérica y el Caribe.

A través de este recurso procuramos crear formas alternativas de enseñanza y comunicación, en una programación que sigue en desarrollo y que se pueden escuchar en las redes de radios CLACSO y de las radios universitarias de Argentina a través de ARUNA y, por su intermedio, de la RIU, la entidad que nuclea a las emisoras universitarias de Latinoamérica, el Caribe y algunos países europeos.

Pensamos en la programación de radio como una modalidad de transmisión que nos permite escuchar a otros- en forma breve- como recurso para la enseñanza y el aprendizaje, para producir debate, en última instancia, para participar con otros en una misma problemática.

Realizamos las Primeras Jornadas UNDAV-CLACSO “Estudios sociales para la salud” auspiciadas por ALAMES y la Fundación Hábitat y Salud Urbana. Nuestra premisa para tales desarrollos es que el campo de la salud es un espacio amplio de práctica, investigación y política.

Vínculos UNDAV-CLACSO. De izquierda a derecha: Clara Schor-Landman (Profesora UNDAV-investigadora CLACSO), Pablo Vommario (Coordinador GT CLACSO), Jorge Calzoni (Rector UNDAV) y Daniel Escribano (Decano Departamento Ciencias Sociales UNDAV).

III. Hipótesis de trabajo

Nuestra hipótesis de trabajo sostiene que es necesario que el espacio universitario ocupe un lugar de interrogación, transmisión, debate en las problemáticas del campo de la salud en perspectivas política, social, económica, jurídica, cultural, subjetiva.

Problemáticas que atraviesan Latinoamérica, particularmente en nuestro país (Argentina), en un momento crítico, de atropello a los derechos sociales y por consiguiente también a los derechos de acceso a la salud.

Consideramos que el campo de la salud es un espacio amplio de experiencia práctica, atención y de investigación. Tradicionalmente estuvo centrado en lo biológico, pero fue progresivamente incorporando lo social gracias a las reflexiones y análisis originados en Latinoamérica por el movimiento de Medicina Social Latinoamericano. Hoy el campo de la salud es tan extenso que abarca una multiplicidad de cuestiones, desde lo molecular hasta la macropolítica. Obviamente esto coloca a lo social y lo subjetivo en un lugar destacado, de alguna manera en disputa con lo biológico cuestión que denota la complejidad inherente al campo.

El campo de la salud es, en primer lugar, político en tanto orientación que rige la actuación de una persona o entidad en un asunto o campo determinado. La economía es un aspecto fundamental, desde la inversión que el Estado hace o debería hacer para garantizar el acceso a la salud hasta su rol como garante de oportunidades de trabajo. ¿Cómo inciden las políticas de gobierno sobre la posibilidad de que ejerzamos ese derecho? Y ¿cómo inciden las políticas de gobierno sobre nuestra salud? ¿Cómo deberían ser distribuidos los recursos para asegurar ese derecho?

La salud es un derecho que muchas veces es vulnerado por el funcionamiento del propio sistema de salud ¿qué están haciendo y qué pueden hacer los equipos de salud, y los usuarios para garantizar el cumplimiento de los mismos? ¿Cuál es o debería ser el rol del Estado para asegurar el derecho a la salud?

Dado el poder político de los medios de comunicación en la actualidad: ¿cuál es la influencia de los medios de comunicación sobre la forma en que pensamos nuestra salud y cómo actuamos en relación con ella?

A partir de estos interrogantes, este trabajo en grupo pretende exponer la complejidad de este campo de práctica y estudio, presentar algunos de los dilemas y las paradojas que surgen cuando pensamos en salud.

“Queremos saber de qué se trata”, es una frase histórica, política, con fuerte carga simbólica para los argentinos que a nuestro entender, en el contexto actual viene bien recordar y formular.

Contamos con el supuesto que la frase “queremos saber de qué se trata” - título de la ponencia- puede ser una vía para pensar en forma crítica bordes problemáticos y posibles respuestas subjetivas y sociales en el malestar contemporáneo.

IV. Nudo problemático/ pregunta problema

Podemos localizar la pregunta “queremos saber de qué se trata” en nuestra propia interpelación sobre la experiencia del pensar en la contemporaneidad, a partir de lo cual desprendemos algunas preguntas:

¿Cómo pensar la experiencia del pensar?

¿Qué causa el trabajo del pensar?

Si partimos de la idea que en política no hay neutralidad ¿Cómo pensar las relaciones entre experiencia del pensar, práctica y política?

V. Objetivos:

Analizar transformaciones del capitalismo en las políticas públicas.

Evaluar consecuencias sociales y subjetivas de la lógica del neoliberalismo.

Reconocer el rol de los medios de comunicación en la trama política de la salud. Por ejemplo: publinotas, publicidades con información -muchas veces falsa- que parecen noticias verdaderas.

VI. Metodología

Desde una perspectiva cualitativa, la relación entre los objetos a analizar y el equipo de investigación se plantea como algo inseparable, es decir que el pensamiento y la realidad son dos elementos que hacen a la construcción del conocimiento en este tipo de trabajo. Por ello podemos marcar que, en este caso, el objeto que es investigado "nos habla" y que nosotros, sujetos de la investigación, establecemos con él una relación de interdependencia e interacción que determina el desarrollo y el resultado de la investigación cualitativa.

En este marco, realizamos operaciones para configurar pensamiento crítico en relación con el campo de la salud:

- ☑ Realizar lecturas razonadas. Encontrar razones en las argumentaciones.
- ☑ Lecturas epistémicas. Punto de vista, hipótesis, nociones, conceptos, incumbencias, relaciones discursivas
- ☑ Localizar engaños cotidianos- afirmaciones que la sociedad acepta como verdades.
- ☑ Lógica de la sospecha. Tiempo para pensar sin anticipaciones, delimitar diferencias y semejanzas, probabilidades sin exactitudes.
- ☑ Obtener conclusiones, saberes con utilidad pública.

VII. Queremos saber de qué se trata

Nos proponemos abordar tres ejes temáticos

☑ Relaciones entre los medios de comunicación y salud

1-Impacto de los medios de comunicación en los temas de salud. Creencias sociales y subjetivas.

2- Políticas corporativas y políticas sociales. Propaganda y marketing. Programas y métodos de Autoayuda. Medicación vs. Medicalización.

3-El poder de los medios de comunicación y el derecho a la información.

Consecuencias subjetivas y sociales. Dilemas.

☑ Relaciones entre políticas neoliberales y salud

1-Retorno al positivismo. Biopolítica y salud. Colonialidad de saberes. Complejidades teóricas políticas y prácticas.

2-Trabajo y salud. Precariedad laboral. Seguridad social. La salud y la enfermedad.

3-Estado y salud. La salud como derecho vs la salud como gasto. Economía en salud. La restauración neoliberal. La CUS. Consecuencias subjetivas y sociales. Dilemas.

☐ Instituciones Públicas en salud. Estados de urgencias subjetivas y sociales.

1-Crisis de saberes. Mercado de saberes, manuales, programas, mediciones.

2- Crisis de las instituciones de salud: políticas, económicas, sociales.

3- Conflictividad en los vínculos institucionales. Las intervenciones jurídicas.

Palabras claves:

Salud - racionalidad neoliberal - derechos - subjetividades - saberes.

.....

*** Clara Irene Schor Landman**

Departamento de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Avellaneda - DCSUNDAV. Buenos Aires, Argentina

*** Daniel Roberto Escribano**

Departamento de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Avellaneda - DCSUNDAV. Buenos Aires, Argentina

*** Santiago Albarracín**

Departamento de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Avellaneda - DCSUNDAV. Buenos Aires, Argentina

Resumen de ponencia

RECONSTRUIR O TEMPO, REFAZER SUJEITOS: TEMPO E SUBJETIVAÇÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

*Matheus Caracho Nunes

O presente artigo visa discutir o papel da administração do tempo como técnica disciplinar utilizada pelas CTs, em seu projeto de promover transformações subjetivas naqueles que se submetem a sua metodologia de tratamento contra o uso problemático de drogas. Os elementos empíricos que nos provocaram esta reflexão emergiram dos trabalhos etnográficos realizado pelo autor em algumas CTs brasileiras, assim como do survey da pesquisa Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras, coordenada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017).

Por força desta pesquisa, realizei trabalho de campo intensivo em duas Comunidades Terapêuticas localizadas em diferentes regiões do Brasil. Nelas permaneci hospedado por períodos de 15 a 17 dias, participando do cotidiano dos residentes, acompanhando suas rotinas e realizando entrevistas e conversas informais com os diversos atores vinculados às instituições pesquisadas: residentes, terapeutas, monitores e dirigentes. A partir de vivência intensiva nestes espaços, e a despeito das particularidades encontradas em cada um deles, observou-se que, para além das formas discursivas e reflexivas pelas quais as CTs, de modo geral, procuram convencer e motivar seus internos a “mudarem de vida” - começando por abandonarem o hábito de consumir drogas - elas também adotam algumas estratégias e dinâmicas muito práticas, no decurso da internação, que operam no sentido de estimular o engajamento dos internos neste projeto. Entre elas destacamos a gestão do tempo dos internos, que se dá tanto no plano prático, das atividades cotidianas, quanto no plano simbólico, das representações sobre o tempo.

Pode-se dizer que, de modo geral, a metodologia das CTs, baseada no tripé disciplina-trabalho-espiritualidade, busca promover mudanças de comportamento e de atitudes nos sujeitos que se submetem a seu modelo de tratamento - mudanças que pretensamente iriam mais além do que sua mera relação com as drogas.

Neste projeto, a gestão do tempo se inscreve como estratégia disciplinar implementada por três vias:

- 1) pela organização do tratamento em fases sucessivas, as quais os internos ultrapassam, não só por força do número de meses, semanas ou dias em que permanecem na CT, mas também pelo cumprimento de metas estabelecidas pela Comunidade; pela observação de regras de convivência; e pela adesão a determinados valores - como a abstinência, a família o trabalho e o temor a deus;
- 2) pela imposição de uma rotina, em que um conjunto de atividades diárias devem ser cumpridas compulsoriamente, segundo um cronograma pré-estabelecido. Tais atividades podem variar segundo os dias da semana, ou ao longo do período de permanência nas CTs, mas todos os internos são convocados a participar delas, havendo previsão de penalidades para aqueles que, sem autorização da equipe

dirigente, se recusarem a fazê-lo;

3) pela resignificação do passado, processo que consiste em levar os residentes a reinterpretarem suas atitudes da época da ativa, à luz da moralidade promovida pela CT. Isto é feito tanto através de exercícios reflexivos orais em grupo (reuniões de partilha, ou de sentimentos), quanto por meio da escrita de textos pelos residentes, em que estes revisam sua vida pregressa no intuito de reconhecerem os prejuízos que provocaram a si mesmos e a seus entes queridos, por causa de seu hábito de consumir drogas.

Não é nosso objetivo aqui discutir ou avaliar a eficácia desta estratégia, para a finalidade de forjar sujeitos definitivamente abstinentes. Até porque, de acordo com os dados coletados no survey da pesquisa realizada pelo IPEA (2017), apenas cerca de 30% daqueles que ingressam numa instituição brasileira deste tipo chegam ao final do percurso terapêutico estabelecido. Conforme já havia sido antes apontado por Rui (2010), pudemos constatar em campo que a travessia de um sujeito em tratamento numa Comunidade Terapêutica encerra muitas nuances e tensões cotidianas, em função das quais o engajamento dos residentes no projeto terapêutico - e consequentemente, seu compromisso com a "cura" - acaba por ser bastante inconstante.

O propósito deste texto é, antes, realizar uma análise da tecnologia de gestão do tempo empregada pelas CTs, com o fim de elucidar aspectos de sua metodologia de cuidado, bem como de entender o seu papel enquanto instituições voltadas ao disciplinamento de corpos e mentes daqueles que, por meio do uso intensivo de drogas, parecem resistir obstinadamente à normalização.

Para apresentar esta análise, o presente artigo está dividido em 6 (seis) seções, além desta introdução. Na primeira, apresentaremos, em linhas gerais, o objetivo de transformação subjetiva que norteia a metodologia das CTs, além de uma revisão da literatura que nos guia na interpretação do fenômeno abordado. A partir da segunda seção, utilizamos nossos registros etnográficos e dados quantitativos da pesquisa coordenada pelo IPEA (op. cit. 2017) para destacar os elementos que consideramos chaves para a estratégia de gestão do tempo das CTs: a organização do programa terapêutico em fases (seção 3); o estabelecimento de rotinas, com horários definidos para cada atividade (seção 4); e a releitura e resignificação do passado, a partir dos critérios morais difundidos pelas CTs (seção 5). O texto termina com algumas reflexões finais.

.....

*** Matheus Caracho Nunes**

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas . Pós-Graduação de Filosofia e Ciências Humanas . Universidade Estadual de Campinas - IFCH/UNICAMP. Campinas-SP, Brasil

Resumen de ponencia

REFLEXIONES SOBRE RIESGO, ESTIGMA Y PRÁCTICA MÉDICA. EL CASO DE LA DIABETES TIPO 2 EN MÉXICO.

*Olivia Maya García

Reflexiones sobre riesgo, estigma y práctica médica. El caso de la diabetes tipo 2 en México.

Mtra. Olivia Maya García¹

Dra. María Soledad Rojas-Rajs²

Objetivo General. Analizar cómo la manera en que se define y se propone atender a la diabetes, deviene en formas particulares de atención a esta condición de salud por parte del personal médico.

Objetivos particulares: Describir la construcción social de la enfermedad en el personal de salud que atiende a personas que viven con diabetes tipo 2.

Explorar cuáles son los discursos y experiencias en la práctica médica que gestan las concepciones sobre diabetes y sobre las personas que viven con diabetes.

Analizar cómo se conceptualiza la diabetes tipo 2 desde las estrategias y acciones del estado.

Explorar si la manera de concebir la enfermedad (en las estrategias propuestas por el estado mexicano), modela la práctica médica y de qué forma.

Planteamiento. México, como el resto del mundo, enfrenta una transición epidemiológica que ocurre en un contexto de agudización de pobreza y crisis de atención en los sistemas de salud públicos. La diabetes existe además en un contexto donde se privilegia un discurso que le apuesta a la modificación de estilos de vida como la principal vía para enfrentar la epidemia. Son discursos establecidos a partir de las políticas públicas que han omitido por un lado la relación existente entre la política neoliberal y las modificaciones en las formas de vida a partir de las transformaciones socioeconómicas y que han privilegiado el argumento de que los factores etiológicos de la enfermedad, están relacionados con hábitos de consumo alimentario excluyendo los procesos socio históricos, políticos e incluso ideológicos que acompañan a una epidemia como esta y su forma de atenderla. La propuesta de análisis que se hace desde la Salud Colectiva permite reconocer y comprender con mayor certeza las diferencias de morir y enfermar de una población a partir de explorar el proceso salud-enfermedad-atención desde el punto de vista de un orden social marcado por condiciones económicas y políticas en un momento histórico determinado.

En el caso de la diabetes, hablamos entonces de que los significados atribuidos a esta enfermedad no son naturales ni neutros, pues expresan las internalizaciones de significados mediados por el saber médico y las instituciones de salud. Las formas de concebir la salud y la enfermedad, los caminos para atenderlas, y el desarrollo mismo de la medicina y de la práctica médica, se han vinculado entre ellas a lo largo de la historia, lo que ha ocasionado que existan posturas contradictorias en la manera de

acercarse a estos fenómenos y también define diferencias en la manera de interpretar los hechos biológicos y sociales. Los procesos de salud-enfermedad y atención-cuidado revelan condiciones específicas de sistemas culturales y también modelan una manera diferenciada de estudiarlos y problematizarlos. (Menéndez, 1981, 1988)

Estrategia metodológica.

Se trata de un estudio cualitativo de tipo etnográfico.

Se piensa en un abordaje cualitativo dado que el lenguaje es visto como recurso de interpretación de universos de sentido y significación (Berger y Luckmann, 1988) y como estrategia para acceder a estructuras de mundo de vida cotidiana (Schütz, 1972). Los enfoques cualitativos parten de que la subjetividad es un fenómeno construido socialmente (Berger y Luckmann, 2000) y que la realidad percibida es, por tanto, coherente para el sujeto que ha internalizado las objetivaciones que existían antes de que éste cobre conciencia del mundo (Schultz, 1999). Además, consideran que la realidad es un fenómeno socialmente construido que implica universos de significado, es decir, con validez temporal y geográfica (Geertz, 2004), lo que permite ubicar el conocimiento de la gente como un hecho situado, dinámico y heterogéneo

1 Estudiante de Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

2 Investigadora Cátedra CONACYT- UAM-X.

.....

* Olivia Maya García

División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana DCSC/UAM-X. Ciudad de México, México

Resumen de ponencia

REGIONALIZACIÓN PERINATAL Y REDES DE SERVICIOS EN EL CONURBANO BONAERENSE. EL CASO DE LA REGIÓN SANITARIA VII.

*Clara Pierini

Desde hace más de una década, la necesidad de mejorar el acceso y la cobertura de salud de toda la población y, en particular, de mujeres y niños, fue constituyéndose en un asunto de la agenda estatal de Latinoamérica y Argentina.

La responsabilidad de alcanzar la “cobertura sanitaria universal” (CSU) en los países latinoamericanos es, desde 2005, un compromiso de los Estados miembros de la OMS. La CSU refiere a la necesidad de garantizar una base de derechos para todas las personas, sin importar su condición social ni sus ingresos, y se propone como medio para que alcancen el máximo nivel de salud. Supone el desarrollo de propuestas tendientes a la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de la población y la preocupación por evitar los riesgos en salud, como a la identificación de los servicios necesarios y el logro de estándares de calidad (Maceira, 2012; OMS, 2005, 2013). Consecuentemente, y en consonancia con otros procesos regionales, el compromiso por alcanzar el universalismo en salud fue cobrando relevancia en las orientaciones de las políticas públicas (OPS, 2010).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que los Estados miembros de la ONU acordaron alcanzar para 2015, han promovido el ingreso de la atención perinatal en la agenda (ONU, 2015). Estos emanan de la Declaración del Milenio del año 2000, donde se estableció el compromiso de luchar contra la pobreza, la enfermedad, el hambre, el analfabetismo, la discriminación contra las mujeres y la destrucción del medio ambiente (ONU, 2000). Específicamente, el objetivo 4, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, y el objetivo 5, mejorar la salud materna, definen compromisos en materia de atención perinatal.

Por otra parte, el sistema sanitario argentino posee características estructurales que dificultan el acceso y la cobertura de salud de la población. Si bien, respecto del resto de América Latina, Argentina tiene una posición privilegiada en términos de financiamiento y estructura de su sistema de salud (considerando sus tres subsectores) y es uno de los países con mayor desembolso sectorial dentro de las naciones de ingreso medio y de la región, sus indicadores de resultados en salud no se condicen con estos esfuerzos (Maceira, 2012). Las características de financiamiento y estructura del sistema se ven relativizadas por los altos niveles de fragmentación y segmentación entre subsectores y dentro de los mismos, que redundan en inequidades en la cobertura y el acceso a los servicios (Acuña y Chudnovsky, 2002; Belmartino, 2005; Cetrángolo, 2014), como por la desigual distribución de los recursos en el territorio

(Abramzón, 2006; Maceira et al., 2006). En relación a la atención perinatal, se destacan las altas tasas de mortalidad infantil y materna de la Argentina en relación a otros países de la Región y su desigual distribución (OSSyR, 2013).

En el conurbano bonaerense es el Estado de la Provincia de Buenos Aires quien está a cargo de definir acciones para garantizar el derecho a la salud. También en esta región la fragmentación, la heterogeneidad del sistema y la desigualdad de los territorios redundan en un desigual acceso a la salud por parte de la población. Como consecuencia del proceso de descentralización, entre otros, el sector municipal es responsable de la prestación de servicios en el primer nivel de atención y de una parte de la oferta hospitalaria, cuya responsabilidad es compartida con la Provincia y, en menor medida, con la Nación (Cetrángolo, 2014). Así, la organización del sistema de salud permite reconocer complejas relaciones nación-provincia-municipios, que darán características particulares a los procesos de implementación de políticas orientadas al universalismo (Chiara, 2013, 2016).

La fragmentación y segmentación del sistema de salud ha redundado en una débil y desarticulada construcción de la atención perinatal pública en la Argentina y en el conurbano (OPS-MSAL, 2011), que ha hecho mella en los indicadores de morbi-mortalidad materna e infantil (indicadores críticos de la salud de las poblaciones y del desarrollo de los sistemas de salud). En el conurbano, en 2010, la Tasa de Mortalidad Infantil alcanzó un valor de 12,2 y la Tasa de Mortalidad Materna 4,9, y es notable la variación del indicador de acuerdo al municipio (Dir. de Información Sistematizada - Ministerio de Salud provincial, 2010).

En América Latina una serie de procesos, como las transformaciones de la función tradicional del Estado y de su vínculo con la sociedad, la fragmentación y exclusión social y la descentralización, han promovido el desarrollo de redes de políticas en el cumplimiento de funciones estatales. Estas favorecen la intervención de una multiplicidad de actores de la sociedad civil en los procesos políticos y suscitan un desplazamiento de responsabilidades del nivel central al local (Fleury, 2002). En el ámbito de la gestión sanitaria, las redes de servicios aparecen como una respuesta a la fragmentación de los sistemas de salud de la región y a la crisis que los atraviesa (López Puig et al., 2009; OPS, 2010).

Consecuentemente, en las orientaciones de políticas y en la meso gestión, la propuesta de conformación de redes de servicios de salud viene ganando importancia en la agenda nacional y del conurbano. Desde un nivel macro institucional distintas iniciativas nacionales y provinciales, con el énfasis puesto en la universalización, se han orientado en el último decenio a mejorar las condiciones de acceso a la salud, a ampliar la cobertura y a garantizar la calidad (por ejemplo, a nivel nacional, el Plan Nacer-SUMAR y el programa Remediar; y, en las provincias, los programas verticales). Algunas de estas iniciativas, dado que atraviesan todos los niveles de la gestión y dialogan con diversos actores en el territorio, han promovido la conformación de redes de servicios en su implementación (Proyecto PICT 693/ 2014). Sin embargo, el avance de estas propuestas no ha sido fácil debido a que el federalismo y los procesos de descentralización han incidido en la fragmentación y, en ciertas oportunidades, han

atentado contra el desarrollo y la eficacia de las redes (Maceira y Palacios, 2012; Otero, 2013).

Las redes perinatales entraron con fuerza la agenda de la Provincia de Buenos Aires a partir del 2010. Frente a la crítica situación de la salud materno-infantil, en vistas a lograr resultados rápidos y contundentes, y también para cumplimentar los compromisos asumidos (como los ODM y las metas del Plan Federal de Salud del 2003) el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) puso en marcha el “Plan Operativo para la reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las mujeres y de las adolescentes”. El Plan incluyó entre sus intervenciones centrales la regionalización de la atención perinatal y, consecuentemente, la creación y fortalecimiento de redes de servicios de atención perinatal (MSAL, 2010).

La estrategia de la regionalización perinatal apunta a mejorar el acceso a la salud y la cobertura y supone el desarrollo de un sistema de salud materno-infantil descentralizado, con niveles de cuidados y con efectores trabajando en red. Así, procura que mujeres y niños obtengan la atención que necesitan según el riesgo (OPS-MSAL, 2011). El conurbano, por la gran cantidad de partos en términos de valores absolutos, y las regiones del noroeste y noreste del país, por sus indicadores críticos, fueron las primeras jurisdicciones donde, desde el MSAL, se empezó a trabajar en el proceso de Regionalización (MSAL, 2010).

En el conurbano la estrategia de Regionalización Perinatal fue implementada desde el Estado provincial (con el apoyo y seguimiento de la Nación) y ha “rescatado” el rol de las Regiones Sanitarias. Así, se propiciaron redes de servicios con este recorte territorial. En cada Región Sanitaria se designó un coordinador de la Red Perinatal, que hizo de vínculo entre los municipios y la Provincia, coordinó el trabajo entre municipios y acompañó a las autoridades sanitarias locales en la resolución de conflictos. Si el neoliberalismo y descentralización significaron en la década de 1990 un achicamiento del Estado y una pérdida de la centralidad estatal, transfiriendo a los territorios responsabilidades sin el respaldo necesario, la Regionalización Perinatal y las redes, sin desconocer las particularidades de los territorios y la necesidad de trabajar a nivel local, propusieron recuperar el rol del Estado nacional y provincial en la resolución de los problemas de los territorios. Reconocer esta voluntad de recuperar la centralidad del Estado y una nueva forma de configuración de “lo territorial” (Arias, 2013), no implica desconocer las múltiples dificultades que han aparecido en la práctica.

Considerando este marco, la ponencia indaga sobre el proceso de Regionalización Perinatal en el conurbano bonaerense entre 2008 y 2015. Así, se revisan críticamente los documentos que fortalecieron la estrategia de Regionalización Perinatal, como también las estrategias de trabajo de diversos organismos nacionales y provinciales involucrados en su puesta en marcha. En particular, se toma como estudio de caso la experiencia de la Región Sanitaria VII. Así, se analiza el rol de la Región Sanitaria, se presenta un esquema de la estructura de red perinatal, se elabora un mapa de los actores intervinientes y se consideran las relaciones interinstitucionales que limitan o despliegan su acción. Finalmente, se trabaja, de manera preliminar, sobre las posibilidades, obstáculos y desafíos que se les presentaron a los gestores

intervinientes.

La estrategia metodológica del trabajo integró métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas: el relevamiento y sistematización de datos secundarios (normativa, documentos de planes y programas nacionales y provinciales, entre otros), y la elaboración y análisis de datos primarios (entrevistas a informantes claves del nivel nacional, provincial, municipal y de los establecimientos).

.....

*** Clara Pierini**

Instituto del Conurbano. Universidad Nacional de General Sarmiento - ICO/UNGS. Los Polvorines, Malvinas Argentinas, Argentina

Resumen de ponencia

REGULACIÓN PUBLICITARIA COMO ESTRATEGIA PARA EL COMBATE AL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN MÉXICO

*Tonatiuh Cabrera

Introducción. Uno de los grandes problemas de salud mundial es el sobrepeso y obesidad siendo uno de los grupos más vulnerados los niños, que para 2010 se estimaba en 42 millones de menores con el problema (OMS, 2010). Esto ha colocado al problema en una perspectiva global en la que una de sus causas ha sido ubicada en la publicidad de alimentos y bebidas poco nutritivos, según UNICEF (2013) es este un factor de riesgo para la obesidad infantil al influir en las preferencias y solicitud de compra y consumo de niños y adolescentes. En 2010 la OMS presenta el “Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños” una “acción mundial para reducir el efecto que tiene en los niños la publicidad de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal” (OMS, 2010: 5).

En México el problema no es menor, datos de la ENSANUT-2012 estiman una prevalencia combinada de 4.1 millones o 34.4% de escolares con sobrepeso u obesidad, lo que coloca al país como primer lugar en obesidad infantil según UNICEF (2012). Ante este panorama el 31 de octubre de 2013 el presidente de México presentó la Estrategia Nacional para el Control del Sobrepeso, Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD) que tuviera como uno de sus ejes la regulación sanitaria y políticas fiscales, que el 15 de abril de 2014 se materializa en la publicación de los lineamientos en materia de publicidad y etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas, el cual restringe la publicidad de “productos poco nutritivos” en horario infantil.

Los lineamientos de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en horarios infantiles. Buscan reducir la exposición de los niños ante la publicidad de productos con un alto contenido calórico, restringiendo la publicidad en televisión y cine de los productos poco nutritivos en horarios y salas de exhibición destinadas a niños. Esto será en el caso de la televisión, de lunes a viernes de 2:30 pm a 7:30 pm y sábados y domingo de 7:00 am a 7:30 pm. Existen excepciones a estas restricciones por ejemplo durante la transmisión de telenovelas, deportes, noticieros y series y películas cuya clasificación no sea apta para el público infantil, así como en programas que no tengan más de un 35% de audiencia de población entre 4 y 12 años. Estos lineamientos se implementaron en dos fases, la primera restringiendo tres grupos de alimentos y bebidas, y la segunda restringiendo los ocho grupos restantes.

Metodología. Este trabajo pretende responder a la pregunta ¿cuáles han sido los cambios cuantitativos en los espacios publicitarios de la televisión abierta mexicana

tras la entrada en vigor de los lineamientos de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en horarios infantiles? Se realizó un estudio longitudinal de tendencia en el periodo 2012-2015 con base en un análisis de contenido en su variante de monitoreo de medios aplicado sobre publicidad radiodifundida en la televisión abierta Mexicana. Se realizaron tres mediciones, la primera del 14 de noviembre al 10 de diciembre de 2012 (antes de la implementación de los lineamientos), la segunda del 30 de noviembre al 20 de diciembre de 2014 (tras la implementación de la primera fase), y la tercera del 28 de noviembre al 18 de diciembre de 2015 (tras implementación de la segunda y última fase). Se tomó una muestra de la programación en la televisión abierta mexicana bajo tres criterios: barras programáticas, rating, y semana compuesta. Se contó en total con ocho categorías: Insumos para la salud; alimentos y bebidas no alcohólicas; bebidas alcohólicas; productos cosméticos; productos de aseo; plaguicidas y pesticidas; publicidad social en salud; y propaganda en salud. Para el procesamiento de los datos se realizó un análisis estadístico simple según frecuencias absolutas, relativas y la moda como indicador de cambio.

Resultados. En el monitoreo realizado en 2012 el 56% de los productos anunciados correspondieron al marco regulatorio de la LGS, en 2014 el 46% y en 2015 el 51%. En 2012 la moda de los valores fue la categoría de alimentos y bebidas al representar un 22%, esto ya no es así en 2014 cuando representa el 16% y en 2015 el 19%, en estos dos últimos periodos la moda fueron los insumos para la salud al reportar un 20% en ambos periodos.

Por barra programática los cambios son más evidentes. En la barra A (restringida sábados y domingos) se puede observar como pasa de representar un 23% de los spots en 2012 a un 14% en 2014 y un 12% en 2015. En la barra AA (restringida todos los días), los cambios resultan más evidentes, aunque difusos, ya que se esperaba un decremento sostenido, pero comienza representando un 24% de los spots en 2012, bajando de manera muy importante en 2014 a un 10%, pero recuperando terreno en 2015 al llegar a un 17%. La barra AAA (no restringida ningún día) presenta una tendencia a la alta, en 2012 con un 19%, en 2014 con un 21% y llegando en 2015 a un 28%.

Conclusión. Se esperaba que el comportamiento entre la primera y segunda fase de implementación de la política regulatoria mostraría una tendencia a la baja como en el caso de la barra A, sin embargo tanto en términos generales como en la barra AA, se presentaron incrementos tras la segunda fase de implementación después de haber presentado decrementos en la primera fase.

Para explicar esto podemos señalar el repunte de la inversión publicitaria de la industria alimentaria en horario AAA, aquí es importante señalar que en el estudio realizado por el Instituto Federal de Telecomunicaciones (2014), se señala que el nivel máximo de exposición televisiva del público de 4 a 12 años es entre las 20:00 y 22:00 horas.

También se debe considerar la excepción a la regulación en horarios restringido, como durante la transmisión de telenovelas, aquí hay que señalar que según datos del

mismo IFT (2014) el género de mayor consumo en niños son las telenovelas, y en este trabajo se monitorearon dos. Otra excepción es durante series y películas cuya clasificación no sea apta para el público infantil lo que sería a partir de la clasificación B en adelante que antes de los cambios realizados por la Secretaría de Gobernación se podía transmitir hasta las 20:00 horas, pero que a partir de 2015 se posibilitó desde las 16:00 horas, programas que también fueron parte de este monitoreo en la barra AA. Todas estas vías evadir la regulación y vulnerar a las audiencias infantiles.

.....

*** Tonatiuh Cabrera**

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México - FCPyS/UNAM. México D.F., México

Resumen de ponencia

RESGATAR A PARTICIPAÇÃO POPULAR PARA SUPERAR TEMPOS TURBULENTOS: 30 ANOS DA MAIOR POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DA AMÉRICA LATINA

*Michel Belmiro Ilibio

*Reginaldo De Souza Vieira

Nestes 30 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil, avanços e retrocessos marcam a trajetória da maior política pública elaborada pelo povo brasileiro. O SUS foi pensado no interior das lutas pela redemocratização do país em meados da década de setenta do século passado, unindo lideranças políticas, organizações estudantis, sindicais e comunitárias, além dos movimentos ligados à medicina comunitária e outras áreas da saúde. Em comum, esses atores sociais afirmavam a necessidade de se promover uma reforma sanitária brasileira para que a saúde pública atendesse a todos os níveis de atenção à saúde de forma universal e igualitária.

As vitórias constitucionais da saúde foram conquistadas pelo movimento sanitário ao demonstrar certa habilidade de dialogar e negociar no âmbito parlamentar, além da iniciativa de ocupar postos institucionais dentro da máquina do Estado, e assim, dar início as transformações no setor de saúde de dentro do próprio aparelho estatal. As demais práxis do movimento estavam concentradas na produção acadêmica crítica, na divulgação dessa produção por meio de jornais e revistas, além do fomento de debates e reflexões nos eventos políticos e acadêmicos.

Todo esse movimento em torno da reforma sanitária brasileira culminou com a constitucionalização do direito a saúde, e buscando efetivá-lo para todos por meio de ações e serviços públicos de saúde, a Constituição Federal de 1988, no artigo 198, constituiu o surgimento de uma rede regionalizada e hierarquizada, de atuação em todo território nacional, com direção única em cada esfera do governo, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS).

Inúmeros avanços na Política Nacional de Saúde, pós Constituição de 1988, possuem a digital do SUS, cita-se: a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o PNI - Programa Nacional de Imunização, que engloba campanhas de vacinação em massa de crianças e idosos em todo território nacional; a Política Nacional de DST/Aids; as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher e de Saúde do Trabalhador; a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados; a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF); a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e Aleitamento Materno; as iniciativas na área de direitos sexuais, como por exemplo, as cirurgias para redesignação de sexo; o Sistema Nacional de Transplante de órgãos e tecidos ; a Política Nacional de Saúde Bucal; o Programa Mais Médicos; o Programa Farmácia Popular; as Redes de Atenção Psicossocial; o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB).

Ainda, segundo os últimos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde , o SUS, realizou em 2014, 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas

médicas, 11,5 milhões de internações, 98% do mercado de vacinas foi movimentado pelo SUS, 19 milhões de procedimentos oncológicos, 3,1 milhões de procedimentos de quimioterapia. Esses números apresentados nos dão a dimensão da política pública construída ao longo desses trinta anos de Sistema Único de Saúde.

Assim como um pendulo, que ora esta de um lado, e hora de outro, tempos difíceis pairam sobre o SUS.

Desde a conclusão do processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseuf, que levou ao palácio do planalto seu vice, Michel Temer, assistiu-se a uma guinada (a direita) na política econômica e social do Brasil. De plano, observa-se o desmonte das políticas sociais construídas ao longo dos governos petistas (Lula e Dilma).

Medidas que enfraquecem o SUS estão na agenda do des/governo Temer: propostas de criação dos planos populares de saúde, por Eduardo Cunha; congelamento de investimentos que afetam o setor saúde pelos próximos 20 anos, a famosa PEC 241, transformada na Emenda Constitucional 95/2016; a desvinculação das receitas da união (DRU) até 2023, que permite que o Governo Federal não aplique até 30% do orçamento anual da saúde, dentre outras áreas de cunho social, são alguns dos ataques que o SUS tem enfrentado desde a chegada do vice- presidente ao palácio do planalto, com apoio de uma das piores Legislativas do Congresso Nacional.

É fundamental, nesses tempos turbulentos, proceder a algumas reflexões para superar os retrocessos no SUS. Em uma primeira análise, a sociedade precisa compreender que o SUS não foi um ponto de chegada, como se a mera constitucionalização do sistema fosse suficiente para garantir o direito a saúde na prática, pelo contrário, o SUS, como dizia Sergio Arouca, é um projeto civilizatório. A luta pela efetivação do SUS é um processo permanente.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagrou à Saúde como um direito fundamental do cidadão, direito este que, é dever do Estado e direito de todos. Tal direito ganhou um arcabouço jurídico, através das leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, onde restou estabelecido um complexo de princípios, regras e limitações no âmbito das políticas de saúde.

Em tempos de retrocesso no Brasil, que atinge frontalmente o Projeto de um SUS Público, Universal e igualitário, é fundamental o fortalecimento dos indivíduos, grupos e organizações que atuam no Controle Social em Saúde, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. Resgatar e radicalizar a cidadania participativa em saúde se faz urgente.

.....

*** Michel Belmiro Ilibio**

Programa de Pós-graduação em Direito - PPGD/UNESC. Criciúma, Brasil

*** Reginaldo De Souza Vieira**

Programa de Pós-graduação em Direito - PPGD/UNESC. Criciúma, Brasil

Resumen de ponencia

SALUD MENTAL Y MODELOS NEOLIBERALES

*María Agustina Onofrio

El presente trabajo abordará el eje de políticas públicas y salud. Para ello se realizarán dos recortes de tipo analítico; por un lado, se situará en el contexto socio-político que atraviesa la Argentina desde diciembre de 2015; y, por el otro lado, se analizará el eje salud haciendo hincapié en los modelos de atención estableciendo como analizador el campo de la salud mental. El objetivo radica en revisar en qué medida las políticas públicas actuales condicionan los modelos de atención. Para esto, se expondrán diferentes posiciones teóricas que evidencian cómo los proyectos neoliberales determinan no sólo las condiciones en la que se producen los padecimientos subjetivos sino de qué manera proponen modelos de salud restrictivos para su atención.

Partimos de sostener que el modelo de salud de un país no escapa de la matriz de mercado y poder que nos gobierna. En este sentido, la revisión el rumbo de la salud pública debe de ser enmarcada en las medidas económicas y sociales que se han implementado a partir de la asunción de Mauricio Macri como presidente de la Nación. Esta primer aproximación deja en evidencia, tal como lo expresa Ramón Carrillo, que no puede haber política sanitaria sin política social y, ésta última, sin una economía organizada en beneficio de la mayoría de la sociedad. Bajo este marco, y teniendo en cuenta que las prácticas y políticas de tipo neoliberal implementadas en los últimos años apuntan al empobrecimiento de la población así como a un retroceso en los derechos sociales adquiridos, es pertinente revisar las transformaciones que se han producido en el ámbito de la salud. Asistimos a un periodo caracterizado por la lógica mercantil siendo esto claramente sostenido por el Ministerio de Salud de la Nación a través del énfasis por la implementación de la Cobertura Universal de Salud y por la consecuente ejecución, desde ese organismo, de medidas que apuntan a la concreción de ese proyecto. Estas acciones se encuadran dentro de lo que se considera como la mercantilización de la salud y la biopolítica.

Sostenemos que lo anteriormente enunciado oficiará como marco general a la hora de pensar el campo de la salud mental y servirá como eje orientador del análisis. En este contexto, observamos que investigar las particularidades que adquiere este campo implica una revisión de modalidades de atención que se instalan fuertemente en el último tiempo. Éstas se encuentran vinculadas a avances de prácticas positivistas. Vemos como se ha reinstalado un modelo de atención que tiende a reducir los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados invisibilizando la complejidad de las determinaciones sociales y subsumiéndolos a aspectos biológicos o cerebrales. A su vez, este modelo se sostiene en prácticas individualistas y a-históricas, enraizadas en el modelo médico-hegemónico. Queda en evidencia que el proyecto neoliberal tiene sus consecuencias en el campo de la salud mental a través de los modalidades de abordaje: por un lado, las neurociencias y por el otro, la medicalización. Ambas instancias tendrán su correlato y sostén en el avance de la industria farmacológica y de

la tecnología médica. De este modo, se configurarán nuevas formas de definir e intervenir sobre los sujetos así como también se establecerán no sólo el conjunto de actores que pugnarán en este campo sino también se definirán las tensiones que existirán entre los ellos. Sostenemos que, teniendo en cuenta este contexto, será necesario dar la discusión teórica y práctica recuperando los principios de la salud colectiva/medicina social latinoamericana. Entre los principales aportes de esta corriente en el campo de la salud mental encontramos la noción de determinaciones sociales, las condiciones reales de existencia de los sujetos y las modalidades comunitarias de abordaje de los padecimientos. Teniendo estas consideraciones como base se cuestionarán modalidades de abordaje positivistas que sean restrictivas en materia de derechos.

Para concluir, proponemos que el desafío para la implementación de políticas de salud que se enmarquen dentro de la idea de justicia social se necesitará de un real compromiso hacia transformaciones sociales, económicas y políticas que aboguen por el bienestar de la sociedad y de transformaciones en el campo de salud mental que se adecuen a modelos de atención que se fundamenten en la idea de salud colectiva/medicina social.

.....

*** María Agustina Onofrio**

Maestría en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús UNLA. Lanús, Argentina

Resumen de ponencia

SALUD RURAL EN COLOMBIA: UNA ALTERNATIVA TERRITORIAL PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PAZ Y LA RECONCILIACIÓN A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DE LA GUERRA. CLAVES, RETOS Y DEVENIRES.

*Diana Yadira Almonacid Rojas

*Katherin Iovanowa Carrillo Noguera

Colombia ha sido uno de los países más golpeados por el conflicto armado, luego de una guerra interna de más de medio siglo de existencia. Entre el año 2012 y el 2016 se realizaron los diálogos de paz en la Habana Cuba entre las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC EP y el gobierno Colombiano en cabeza de Juan Manuel Santos. Dichos diálogos, lograron el propósito de negociación y acuerdo tras su firma en noviembre de 2016, luego de un ejercicio de participación ciudadana fallida conocido como el “plebiscito por la paz”.

Los acuerdos de paz tuvieron discusión sobre cinco elementos fundamentales: reforma rural integral, participación política, solución al problema de las drogas, fin del conflicto y víctimas. Estos dos últimos puntos, son elementos neurálgicos para el gran propósito de lograr una paz estable y duradera, en tanto: a) implican la relación dual e inicialmente equidistante de dos sujetos: víctimas y combatientes, b) a través del acuerdo se requiere de la reincorporación de excombatientes de forma integral para garantizar la no repetición de estos hechos; sin embargo, de forma individual y colectiva (a través de su partido FARC) se enfrentan todo el tiempo a un escenario social y cultural de dolor, rencor y exclusión; c) de otro lado, la ciudadanía en general exige la reparación integral a millones de víctimas, a las que históricamente les han invisibilizado y también les han incumplido con la implementación de la ley de víctimas y restitución de tierras y d) un reajuste de grupos armados que entran en pugna por los territorios y mercados millonarios, a la par de la continuidad de asesinatos selectivos que se han llevado la vida de al menos 250 líderes en los últimos 2 años. De esta forma, la construcción de paz, a tan solo un año de iniciada la implementación de los acuerdos, dibuja un panorama en constante contradicción y tensión; agudizado por un modelo económico desigual, que prioriza la explotación de recursos energéticos y reprimariza la economía, fortalece las premisas latifundistas de concentración de tierras, amplía la frontera agrícola desde los monocultivos y limita las propuestas de diversificación, autonomía, gobernanza y sostenibilidad territorial. Este modelo económico ha sido ampliamente discutido por expertos como Absalon Machado, Darío Fajardo y hasta narrado por Alfredo Molano, ubicándolo como un eje central de promoción y escalonamiento de un conflicto social y político que ha tenido su máxima expresión en la violencia. Pero que también ha generado un sin fin de experiencias de sobrevivencia, correlación, investigación e innovación, en la relación víctimas - combatientes; a través de la guerra y ahora en el tránsito hacia la paz.

Hablar de sobrevivencia en esta guerra entonces es una oportunidad para comprender las relaciones entre los seres humanos y con la naturaleza, desde una propuesta como la determinación social de la salud. Es decir, la guerra ha sido un escenario adverso que por un lado, ha puesto al límite a hombres y mujeres históricamente olvidados en la Colombia profundamente rural, y les ha obligado a participar directa e indirectamente de la confrontación, compartir sus hogares con múltiples grupos armados y hacer parte de estrategias de organización social y militar para mantenerse. Y por otro lado, constituyo progresivamente un “estado paralelo”, que tuvo que aprender a sostenerse autónomamente y distribuir los bienes sociales y económicos para más de 7000 hombres y mujeres principalmente campesinos, indígenas y afrodescendientes, reconocidos además como un ejército del pueblo. Así, esta autonomía y sostenibilidad requirió de estrategias militares, de producción, organización y estructura, capaz de satisfacer al menos las necesidades de vestido, alimentación, educación y salud; y esta última como una necesidad esencial para sobrevivir a la confrontación armada y condiciones adversas que la naturaleza les ofreció como fortín en la selva.

Y es desde esta última premisa que el Centro de Estudios Urbano Rurales CEsUR, en el marco de investigaciones previas desarrolladas por algunos de sus miembros con organizaciones como la Mesa Nacional de Salud y representantes del Movimiento Mundial por la Salud de los pueblos desde la perspectiva de la determinación social y la garantía al derecho a la salud. A principios del año 2017 realizaron un ejercicio de investigación participativa en el municipio de Mesetas, Meta; en la vereda Buena Vista, en el Espacio Territorial de Capacitación y Reincorporación “Mariana Páez”, como una jornada inicial de reconocimiento de la experiencia de los y las enfermeras de las FARC para garantizar el derecho a la salud a los combatientes en tiempos de guerra y responder a las demandas comunitarias en esta materia. Dicho ejercicio procuro respuestas sobre ¿Cómo se formaron? ¿Cuál es el sistema de atención propuesto? ¿Cuáles eran los procedimientos y enfermedades más recurrentes? ¿Cómo solucionaron situaciones extremas sin medicamentos ni equipos, y en tiempos de guerra? ¿Cómo era su relación con la población civil ubicada en las zonas rurales dispersas en materia de salud? Y en estos tiempos de pos acuerdo, ¿Cuál puede ser el aporte? ¿Cuál es su situación actual?

Luego de estos acercamientos, entrevistas y diálogos críticos que se han venido haciendo desde entonces con los enfermeros de las FARC, y comunidades organizadas en experiencias como las Zonas de Reserva campesina alrededor de la garantía al derecho a la salud; el CEsUR ha entendido que la salud, se puede constituir en este contexto en una apuesta real y concreta de reconciliación nacional, que atiende a los principios básicos de las tres R (Reconciliación= reparación + reincorporación); más aún una oportunidad histórica de atender una necesidad y problemática nacional, para garantizar la salud en zonas rurales. De esta forma, entender los avances, ejercicios de innovación médica, las especialidades en salud y el sistema de atención integral propuesto por ex combatientes y comunidades; puede ser entendido como una alternativa de autonomía, ante un sistema de salud poco preparado para atender enfermedades tropicales y aquellas producto de la guerra; y la posibilidad de construir un modelo rural de salud universal, desde una apuesta de la Atención Primaria en Salud territorializada, que no solo se constituya como alternativa para el campo, sino que conforme y reconozca actores capaces de promover la salud, generar cambios desde la prevención y atención integral, y avance en la reconciliación nacional.

.....

*** Diana Yadira Almonacid Rojas**

Centro de Estudios Urbano Rurales CEsUR. Bogotá, Colombia

*** Katherin Iovanowa Carrillo Noguera**

Centro de Estudios Urbano Rurales CEsUR. Bogotá, Colombia

Resumen de ponencia

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE, CONSISTENCIA DE LA ATENCIÓN Y FACTORES ASOCIADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE MÉDICOS Y USUARIOS EN DOS SUBREDES DE LA RED DE SALUD MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.

*Delia Ines Amarilla

*Julia Puzzolo

La presentación se enmarca en el proyecto Equity LA II que busca evaluar la efectividad de estrategias de integración de la atención en la mejora de la coordinación y calidad de atención de las RISS en diferentes sistemas de salud de latinoamérica.

Se presentan resultados cuali-cuantitativos del estudio de línea de base (2014-2015) sobre coordinación y continuidad de la gestión clínica entre niveles en la red municipal de salud de Rosario. Se seleccionaron dos dimensiones: seguimiento adecuado del paciente (SAP), dimensión de coordinación de la gestión clínica, y consistencia de la atención (CA), dimensión de la continuidad de la gestión clínica.

La coordinación de la gestión clínica es la provisión de atención de manera secuencial y complementaria dentro de un plan de atención compartido por los diferentes niveles y servicios que participan. La continuidad de la gestión clínica es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones.

El SAP, implica la existencia de un responsable del seguimiento clínico del usuario que actúe como coordinador entre niveles, la evidencia de comunicación oportuna en el tiempo en que el usuario va a ser transferido y la consulta de seguimiento oportuna con el responsable del usuario tras la transferencia ínternivel.

La CA, implica la percepción del usuario de que hay coherencia entre los objetivos y tratamientos indicados por los médicos de los distintos niveles en relación a: colaboración y comunicación entre médicos, atención recibida en los distintos niveles con una secuencia acorde a sus necesidades, existencia de seguimiento adecuado y no duplicación de pruebas diagnósticas.

La investigación se situó en dos subredes de la ciudad: la subred noroeste/norte (SRN) y la subred sur/sudoeste (SRS), correspondientes a cuatro distritos administrativos de la ciudad. La red se organiza mediante el proceso de adscripción de pacientes a los Centro de Salud (CS) donde equipos de referencia (médico y enfermero) tienen una determinada población a cargo, garantizando el acceso a mayores niveles de complejidad y el seguimiento de los pacientes en el continuo asistencial.

Se realizaron 18 entrevistas en profundidad y 789 encuestas a pacientes crónicos que consultaron en un período de 6 meses al 1° y 2° nivel de atención; 40 entrevistas en profundidad y un grupo focal con trabajadores de 1° y 2° nivel, mandos medio y gestores de ambas redes y 350 encuestas a médicos.

Resultados:

Los profesionales, en ambas subredes, señalan al médico de 1° nivel (AP) como el responsable clínico del SAP (SRN: 69.7% - SRS: 76.1%), siendo una opinión mayoritaria entre los médicos AP (SRN:83,8% - SRS:86.5%), aunque también entre los especialistas (AE) (SRN:60.9% - SRS:65%). De las entrevistas se desprende que son los médicos AP quienes interconsultan con los médicos AE, que una vez alcanzada la estabilización o arribado el diagnóstico, derivan a los usuarios nuevamente al 1° nivel. La razón por la que se considera a los médicos AP como los más indicados en esta tarea responde al conocimiento integral de la historia clínica (HC) del usuario y la fuerte referencia que establece con ellos, especialmente en casos de patologías crónicas y comorbilidades. Sin embargo, profesionales de AP de ambas subredes y mandos medio de la SRS, opinan que en el caso de usuarios complejos la responsabilidad debería ser compartida por requerirse un mayor involucramiento de los médicos AE que apoyen a los médicos AP para garantizar el SAP.

Respecto a la CA, en ambas subredes, los usuarios perciben una secuencia de atención acorde a sus necesidades reconociendo que el circuito de atención comienza en el 1° nivel, donde más del 90% expresa ser derivados al médico AE por el médico AP. Existe - como con los profesionales- una fuerte percepción sobre el médico AP como el médico “de confianza” que conoce integralmente la HC y es el responsable del seguimiento. Por otro lado, el retorno al 1° nivel después de la consulta con el especialista es coherente con el reconocimiento del médico AP en ese rol, siendo el referente al que se someten a consideración los resultados de estudios, tratamientos e indicaciones de las interconsultas efectuadas. No obstante, en la SRS algunos entrevistados con cuadros de salud muy complejos identifican a los profesionales de 2° nivel como los responsables del seguimiento.

Respecto a la consulta de seguimiento del usuario tras la transferencia, para los profesionales, siempre/muchas veces éste efectiviza dicha consulta (SRN:70.2%-SRS:73.3%) especialmente entre los médicos AP de ambas subredes. Incluso en las entrevistas se evidencia que los médicos AP de la SRN acompañan a determinados pacientes complejos a la interconsulta en el 2° nivel para asegurar el intercambio de información clínica y un seguimiento adecuado. Sin embargo, según los usuarios el seguimiento se dificulta por discontinuidades para conseguir turnos con especialistas principalmente por el prolongado tiempo de espera (SRS: 32% - SRN: 17%).

Sobre la generación de recomendaciones por parte del médico AE al AP, alrededor de la mitad de los encuestados de ambas subredes (SRN: 52,2% - SRS: 50%) considera que el médico AE muchas veces hace recomendaciones sobre el seguimiento al médico AP -opinión prevalente entre especialistas de ambas subredes-. En concordancia, el 50.6% de los médicos de la SRN y el 48.9 % de la SRS opina que frecuentemente los médicos AP consultan a los AE las dudas al respecto, sin diferencias significativas entre niveles. El 76.4% SRN y el 75.6% SRS confía en las habilidades clínicas del médico del otro nivel siempre/muchas veces. Sin embargo, el 33.7% SRN y 31.4% SRS siempre/muchas veces conocen a los médicos del otro nivel con los que trabajan.

En ambas subredes se reconoce la necesidad de contar con la colaboración/comunicación interniveles entre profesionales (SRN:97.7% -SRS:99.4%). Desde la percepción de los usuarios existe colaboración entre profesionales de los dos niveles (SRN:76.2% - SRS:80.9%), los entrevistados resaltan que esto sucede, principalmente, en cuadros clínicos complejos, que se manifiesta en acuerdos de

criterios diagnósticos y tratamientos. Sólo en la SRS, se registran algunas discrepancias entre médicos AP y AE sobre diagnósticos. Tampoco identifican duplicación de estudios en ninguna de las dos subredes, excepto que el especialista deba repetirlo debido a la calidad de la imagen en la SRN, o por el extenso horizonte temporal para el acceso a prácticas quirúrgicas y/o caducidad de los mismos en la SRS.

Los entrevistados no identifican interrupciones en la comunicación en ninguna de las subredes. En la SRN, algunos usuarios valoran el acompañamiento del médico AP a la consulta especializada para establecer comunicación directa. Mientras en la SRS, resaltan que frente a cuadros clínicos complejos los médicos recurren a comunicación telefónica fluida para agilizar los procesos de atención.

La buena percepción y experiencia en el SAP es favorecido por factores organizativos de la red vinculados al sistema de adscripción de pacientes al CS y el apoyo matricial de especialistas al 1° primer nivel de atención. Sin embargo, tanto médicos AE como AP de ambas subredes, plantean un debilitamiento experimentado en una falta de explicitación y ratificación de los lineamientos sanitarios que fortalezcan los mecanismos de coordinación. En la misma línea algunos mandos medio destacan la falta de explicitación de las capacidades y alcances del 2° nivel dentro de la red de servicios que dificultaría el involucramiento de los médicos AE en las actividades concretas de coordinación. Otra debilidad, es la tendencia a la intervención sobre lo urgente en detrimento de la planificación sanitaria, que impacta en las posibilidades de establecer mecanismos de coordinación sostenibles en el tiempo.

Entre los factores de los profesionales, en la SRS valoran el conocimiento mutuo como facilitador y reconocen la importancia del vínculo sostenido entre médicos AE y AP. No obstante, en las dos subredes algunos especialistas cuestionan la idoneidad de los profesionales de 1° nivel quienes también registran desautorización por parte de sus colegas especialistas. Según los profesionales del 1° nivel de la SRN existiría una relación jerárquica entre el 1° y 2° nivel de atención que expresa desacuerdos sobre las pertinencias que incumben a cada nivel.

La buena percepción de los usuarios sobre la CA se relaciona con factores organizativos que impactan en la relación médico-paciente. En ambas subredes la mayoría de los encuestados confía en la capacidad de los médicos AP y AE que lo atiende y considera que la información que recibe sobre su padecimiento es suficiente. También reconocen ser atendidos por los mismos médicos en el 1° y 2° nivel e indican acudir al mismo efector, principalmente de 1° nivel y en menor proporción alternar entre efectores del 1° y 2° nivel.

Un factor disruptivo para la CA, en ambas subredes, es el mecanismo de entrega de turnos para consultas con los médicos AE, cuporizados por CS y con capacidad mínima para algunas especialidades. En estos casos los usuarios deben volver reiteradas veces al CS para consultar por el turno requerido, o bien, se atienden en otras redes (por Obra social o red provincial) lo que complejiza la percepción del usuario de que obtuvo un seguimiento adecuado en la red municipal de salud.

La opinión de usuarios y médicos de la red municipal sobre su funcionamiento, son un elemento a considerar para el diseño y planeamiento de políticas sanitarias locales centradas en la Atención Primaria de la Salud. A partir de ello, los resultados del estudio de línea de base de la investigación, fueron un insumo para la discusión y diseño de un dispositivo de intervención para mejorar la coordinación entre niveles del

que participaron gestores, mandos medio, profesionales de la red y miembros del equipo de investigación.

.....

*** Delia Ines Amarilla**

Centro de Estudios Interdisciplinarios - CEI. Rosario, Argentina

*** Julia Puzzolo**

Centro de Estudios Interdisciplinarios - CEI. Rosario, Argentina

Resumen de ponencia

TÍTULO: LOS DESAFÍOS Y LOS ALCANCES DE LA COBERTURA DE SALUD EN EL CONURBANO BONAERENSE. EL APOORTE DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD.

*Ana Ariovich

*María Crojethovic

La cobertura de salud de la población que reside en la Provincia de Buenos Aires se ve comprometida por los altos niveles de fragmentación institucional que muestra su sistema sanitario, expresados -en parte- por la falta de integración y articulación entre los subsectores público, privado y de la seguridad social, y por la ausencia de coordinación inter jurisdiccional en los procesos de atención (Acuña y Chudnovsky, 2002; Cetrángolo, 2014). En el conurbano bonaerense esta fragmentación institucional se combina con las fuertes desigualdades que exhiben los distintos territorios en términos de estructura sanitaria y de condiciones de vida, planteando desafíos muy singulares en el acceso, la cobertura y los beneficios prestacionales brindados (Chiara et al., 2010).

Han pasado casi tres décadas desde que la conformación de redes de servicios de salud, y/o de sistemas integrados, ha ingresado en la agenda de los países centrales como un modelo para la gestión de la política sanitaria en escenarios fuertemente fragmentados -como el nuestro- (Shortell et al., 1993; Todd, 1996; Leat et al., 1996; Enthoven, 1999). En la región, aunque de manera más reciente, los organismos internacionales de salud también han realizados diversas recomendaciones en la misma dirección (OPS/OMS, 2008, 2014, 2017); paralelamente, se han desarrollado algunas investigaciones empíricas orientadas a abordar el desempeño y funcionamiento de redes de servicios de salud implementadas en territorios subnacionales (Dos Santos, 2013; Uchimura, 2014; Venancio, 2016; Maceira y Palacios, 2012).

Este trabajo propone describir y caracterizar la estructura y las dinámicas organizacionales de las redes de servicios de salud en funcionamiento en el conurbano bonaerense (considerando el período que se extiende desde el año 2008 al 2015).

Asimismo, busca analizar las potencialidades que presentan estas redes como estrategias organizacionales orientadas a mejorar el acceso a la atención y a transitar hacia la universalidad de la cobertura. Cabe señalar que aglutinar al sistema y mejorar tanto el alcance como la eficiencia de las intervenciones, a partir de una configuración coordinada de servicios para una población determinada, es la principal virtud que ha sido atribuida a las redes desde la literatura (Shortell et al., 1993; Dabas, E. y Perrone, 1999; Vázquez Navarrete y Vargas Lorenzo, 2006; Mendes, 2013).

Con estos propósitos, la investigación que permitió desarrollar este trabajo partió de marco teórico que articula distintas propuestas conceptuales para abordar el análisis

de redes de servicios sanitarios y nociones provenientes de la teoría organizacional (como la de las Organizaciones Complejas y la de las Redes Organizacionales). Trianguló una metodología cuantitativa y cualitativa, en la que se relacionaron datos provenientes de un cuestionario aplicado a las redes y un conjunto de entrevistas realizadas tanto a los directores de las regiones sanitarias (del conurbano bonaerense) como a los referentes de las redes seleccionadas. Se utilizaron también herramientas de análisis geoespacial (SIG) para registrar el alcance de las redes en el territorio. Los resultados muestran que la mayoría las redes de servicios relevadas comprometen territorios de escala regional. Sin embargo, muchas se apoyan en programas de salud previamente implementados desde el nivel nacional o provincial para articular los insumos, recursos y prestaciones demandadas en sus propios territorios. Así, la frontera entre la red y el programa (que aborda la misma temática) es en algunas oportunidades difusa, no delimitando las responsabilidades. Todas involucran instituciones estatales de jurisdicción provincial o municipal (muy pocas cuentan con hospitales nacionales), a la vez que presentan escasa vinculación establecimientos pertenecientes al sector privado; esta composición ubica al Estado como principal actor en el eje de relación población-proveedor (Belmartino, 2009). Además, atraviesan distintos niveles de complejidad con el propósito de integrar la atención, pero desde una lógica que puede ser caracterizada como hospitalocéntrica. En términos organizacionales, las redes facilitan la coordinación de los profesionales, de los servicios y de otras instituciones que no forman parte del sector; asimismo, relacionan actores pertenecientes a distintos niveles jurisdiccionales. Las actividades de gestión en estos procesos son complejas e involucran diversas tareas y problemáticas, que deben resolverse con la urgencia que demanda la población. A pesar de la centralidad conferida por varios autores a la “información” en el funcionamiento de las redes (Fleury, 2002; Blanco, 2009), el manejo de ésta parece ocupar un lugar bastante residual entre las redes del conurbano: todas gestionan algún tipo de información en torno a la problemática abordada, pero muy pocos producen información financiera, clínica y epidemiológica. Del análisis se desprende que el desempeño de cada red depende más del compromiso de sus actores, que de instancias, dinámicas y recursos formalmente instituidos; la falta de presupuestos propios para el funcionamiento de la red refuerza esta tendencia.

.....

*** Ana Ariovich**

Instituto del Conurbano - Universidad Nacional de General Sarmiento - UNGS. Buenos Aires, Argentina

*** María Crojethovic**

Instituto del Conurbano - Universidad Nacional de General Sarmiento - UNGS. Buenos Aires, Argentina

Resumen de ponencia

VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL

*Marcelo Torres

Situar el trabajo interdisciplinar desde una perspectiva investigativa invita reflexionar y revisar constantemente las posiciones teóricas, epistemológicas, metodológicas y éticas de nuestras praxis sociales. Citando a Nicolás Casullo, “permanecemos con la vigilia de la negatividad, con el insomnio de teorías de la sospecha frente a los arrasadores espíritus de la época”, de ahí la valoración de estos espacios donde se logra establecer una relación dialéctica entre investigación e intervención social, donde la discusión y la reflexión son relevantes al interior de los equipos de trabajo para poder entender las dinámicas de los diversos grupos vulnerables en los actuales escenarios sociales: personas en situación de discapacidad, migraciones- grupos étnicos y envejecimiento - fenómenos que se van conceptualizando en temáticas como la inclusión/exclusión social, integración/interculturalidad/ multiculturalidad, participación ciudadana y derechos humanos/vulneración social, entre otros.

La investigación social nos posibilita un conocimiento más riguroso y nos permite develar saberes comprometidos en torno a las diversas situaciones y realidades sociales. En este sentido los equipos investigativos deben propiciar espacios de encuentro con la intención de poder deconstruir aquellas posiciones que van naturalizando las problemáticas sociales, provocando una ceguera institucional que impide visibilizar un conjunto de opciones, estrategias para lograr esa anhelada transformación social. Por lo tanto, el interés por la investigación social nos permite entrar a descubrir un conjunto de factores que están influyendo en las actuales complejidades sociales y que se requieren hoy en día poder descifrar y así mejorar los dispositivos institucionales para de construcción de políticas locales inclusivas. En este sentido la relevancia de los procesos investigativos permite comprender al sujeto en su propios contextos y espacios cotidianos.

En la actualidad la compulsividad institucional tiende a realizar diagnósticos locales con problemas en su rigurosidad, consistencia y coherencia metodológica, en la confusión de métodos y técnicas, lo que genera que las intervenciones no logren los efectos deseados en los territorios pues prevalece un enfoque normativo en la construcción de planes locales donde se conflictúan los intereses estatales y los ciudadanos, donde es más importante el cumplimiento de metas o la asignación de recursos, por sobre la democratización de los procesos sociales y la generación de espacios ciudadanos. El desafío, entonces es asumir la relación dialéctica entre investigación e intervención social, pues si bien las construcciones metodológicas por razones obvias varían, su relevancia está en los aportes que generan cada una de ellas para poder explicar, comprender y afectar los diversos fenómenos sociales en estudio.

Esta publicación se presenta al lector como un conjunto de investigaciones realizadas en el sector más vulnerable de la comuna de Rancagua, Sexta Región de nuestro País. En cada uno de los trabajos se constituyen equipos administrativos, técnicos y profesionales que aportaron para el logro de cada uno de los objetivos propuestos. El

interés de la Corporación Municipal de Rancagua, a través del Centro de Salud Familiar n°6, del Servicio de Salud O'Higgins, tanto de sus autoridades como de los funcionarios permitió el logro de éste trabajo, entiendo que este fue parte de un proceso para reforzar y mejorar la gestión institucional.

Uno de los objetivos de este libro es visualizar e instalar en la agenda pública la necesidad de dar cuenta de los aciertos y desaciertos de las políticas sociales, pues éstas siguen perpetuando condiciones de inequidad e injusticia social en aquellos grupos más vulnerables de la población. Las políticas sociales concebidas como acciones, que van desde el Estado hacia la sociedad (a los pobres, los carentes o los necesitados), van a resultar, necesariamente, asistencialistas, sin embargo, un punto a discusión puede ser, que no corresponda a la naturaleza de éstas, sino que se trata de una decisión, que busca fortalecer relaciones de subordinación entre la autoridad y la ciudadanía.

Esta visión sin embargo puede parecer simplista e ingenua dado que, frente a los hechos, hay quienes rechazan la posibilidad de que las políticas y programas estatales sean participativos, pues debemos reconocer que no hablamos de una propuesta de fácil ejecución ya que se trata de que el Estado genere espacios de poder a las personas y que éstas cuenten con las competencias necesarias para asumir tal desafío. Por lo tanto, considerar a los diversos actores sociales en la construcción de ciudadanía implica necesariamente establecer una relación horizontal con la sociedad civil, permitiendo que la acción estatista involucre a los actores tanto en el diseño y evaluación de las políticas públicas con la finalidad de poder garantizar el aporte significativo a los procesos de desarrollo que se viven al interior de cada territorio; ideas que se irán develando a lo largo de los estudios.

Las investigaciones a presentar, se exponen desde la base de la relación que se establece entre el vínculo institucional y la Ciudadanía. En éste sentido los Centros de Salud Familiar, si bien son el último eslabón representativo del Estado a nivel local, es el primero donde la ciudadanía accede al Sistema de Salud en nuestro país, por lo tanto, es donde las personas de escasos recursos solicitan una primera atención. Es ahí donde sus expectativas y frustraciones se evidencian con claridad en el día a día; y donde las falencias del sistema público son evidentes a la hora de la evaluación que hace la ciudadanía. Es desde estos antecedentes donde se sitúan cada uno de los estudios realizados.

.....

*** Marcelo Torres**

Centro de Estudios en Juventud. Departamento de Sociología. Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez - CEJU/UCSH. Santiago, Chile

Resumen de ponencia

MANUEL NUÑEZ BUTRÓN: RUNA SONCCO Y LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ

*María Del Pilar Lourdes Guillén Núñez

Objetivos: Sistematizar y discutir la percepción oficial y actual de la obra de Manuel Núñez Butrón, sustentar su identidad cultural y sanitaria, así como la percepción social que se tuvo de él y las estrategias interculturales que usó. **Método:** Análisis crítico de las publicaciones oficiales de salud, colegios profesionales, organismos internacionales, libros, investigaciones, fuentes documentarias familiares y otros. **Resultados:** Sobre Manuel Núñez Butrón se tuvo al inicio una percepción sentimental por su apostolado sanitario en comunidades postergadas. A fines del siglo XX se lo empieza a distinguir como pionero de la Medicina Social, la Medicina Rural y de la Atención Primaria de la Salud. Se destaca sus acciones por la higiene, la participación comunitaria y la educación sanitaria. Sus coincidencias con las estrategias de la Atención Primaria de la Salud son muy parciales y básicas, por lo tanto, sería una reducción considerarlo sólo precursor de la Atención Primaria de la Salud. La principal visión de Manuel Núñez Butrón es el despertar del indio de su postergación social y moral. La población lo percibe como un inca sabio que lo liderará hacia su reivindicación. Manuel Núñez Butrón genera un proceso social sanitario de movilización de la población que crea temor en los sectores de poder terrateniente. Manuel Núñez Butrón tuvo explícitamente una identidad cultural indígena y peruana. Las acciones educativas y sanitarias que emprendió entraban en conflicto con las concepciones tradicionales de la población y por ello tuvo una estrategia paternalista de un sincretismo pragmático superficial y lábil. Manuel Núñez Butrón ha sido identificado como parte del movimiento de Medicina Social, pero coincidiría sólo en su versión higienista que pone énfasis en la conducta particular de las personas y no en la macro política desde el Estado; pero Manuel Núñez Butrón sí sería un auténtico precursor de la Medicina Comunitaria por su trabajo directo con la población. **Conclusiones:** Manuel Núñez Butrón fue más que un precursor de la Atención Primaria de la Salud, tuvo una identidad andina peruana y fue percibido como un inca, sus acciones fueron paternalistas y de Medicina Comunitaria.

En el Perú, el periodo histórico 1900 - 1950, fue el escenario de una fructífera labor en el campo de la medicina social, en sectores poblacionales marginados de todo tipo de acción social, destinada a superar su pobreza estructural y crónica y una insuficiente atención primaria de salud y educación.

Si bien nuestro país tiene marcadas diferencias geográficas, de pisos ecológicos y una gran biodiversidad natural y cultural, es en el campo social, donde las desigualdades económicas, las diferencias étnicas y culturales son más notorias y diferentes. El altiplano sur andino que comprende el departamento de Puno, principalmente, es el escenario donde se desenvuelve la prédica de este médico cuya labor es actualmente reconocida, nacional e internacionalmente, por sus indudables aportes al tratamiento

de estas poblaciones en materia de salud, es decir respecto a la atención primaria y al tratamiento cultural de las enfermedades, aprovechando las enseñanzas de sus propias costumbres y las derivadas del tratamiento moderno de la prevención de las enfermedades. Y es que la discriminación económica impacta diferencialmente a la población, según sea su ubicación geográfica, sexo, grupo étnico, etc. ya que los servicios sociales y los de salud son insuficientes, limitados, escasos y de nulo tratamiento preventivo.

Para este periodo de tiempo, la acción del Estado define su carácter de clase, al privilegiar las regiones y poblaciones que disponen de cercanía geográfica o de un tipo de presión que obliga al Estado a asumir sus responsabilidades sociales, manteniendo sus estructuras de poder, las mismas que se establecen en sus políticas sociales y, específicamente en su política de salud. Es sobre la base de estos intereses económicos y políticos que se han realizado planes y programas orientados a preservar de manera incólume un sistema de dominación que margina a las poblaciones más pobres, como son las que habitan en el sur andino peruano. Y es que las políticas de salud están en función directa del modelo macroeconómico que establece sus pautas de “racionalización ideológica” y de los propios intereses del naciente capitalismo subdesarrollado en nuestro país. La dimensión nacional de estas políticas, no reconoce tampoco las diferencias culturales de las poblaciones que habitaban las comunidades campesinas, parcialidades y haciendas serranas, por lo que su propia definición más aludía a cierto tipo de “servicios públicos de salud” de muy poco impacto en el tratamiento de la problemática de la salud pública.

Nuestra investigación se orienta a describir, analizar y explicar la enorme importancia pasada y actual de la prédica y acción del “Rijcharismo”, promovido e impulsado en un contexto de agitación social, de marginalidad económica y de discriminación étnica, así como la pedagogía de un tratamiento sociocultural, que devolvía a sus usuarios a sus racionales formas de tratamiento de salud y educación. Se justifica esta investigación por el desconocimiento existente de experiencias de salud relevantes en los tiempos y espacios diferentes e iguales a la situación actual y porque debe revalorarse los esfuerzos creativos e inteligentes de hacer atención primaria de salud con criterios culturales acordes a las condiciones de la realidad de la población altiplánica sur andina. Por consiguiente, el objetivo central de la investigación tiene como propósito analizar y evaluar los alcances de la experiencia de salud ejecutadas en el periodo 1900 - 1950, en un contexto histórico caracterizado por un crecimiento mercantil, primero y después, capitalista comercial, en las que el abismo social y las diferencias económicas y culturales se hicieron muy evidentes para determinar la pobreza, marginación y explotación de comuneros y colonos y gran parte de la población puneña.

El análisis de este contexto histórico social, sirve para precisar además, los factores que influyeron en Manuel Núñez Butrón, en la toma de conciencia social y en su ancestral identidad como “misti”, como médico y como puneño que interioriza un perseverante indigenismo, deducido del movimiento indigenista que en el ensayo político, literatura, arte y música reivindica a sus hermanos de raza y estirpe. De igual forma, asume que las continuas revueltas, rebeliones y movimientos campesinos que tiñen de sangre el mundo andino no son solo la defensa contra el gamonal, el juez y el cura (la “tríada estupidizante”, que denominó Juan Bustamante) sino la lucha contra un sistema opresivo y humillante. De otra parte la acción educadora de José Antonio Encinas y su “Escuela Nueva”, hizo de su pensamiento y acción, la herramienta eficaz

para junto con el aseo y la medicina preventiva aunar la escuela y el libro, como la complementación adecuada para redimirlos de su postración social.

Nuestra hipótesis de investigación, precisa que la comprensión de los aportes de Manuel Núñez Butrón a la medicación preventiva y a la medicina social, pueden explicarse y reconocer su vigencia y actualidad, en la medida que se planteen previamente las condiciones histórico-sociales, los factores externos y personales propios de su formación médica y de sus orígenes sociales, las experiencias de trabajo médico de campo y sobre todo, la acción práctica de poner en ejercicio su concepción profesional de la atención primaria de salud en poblaciones empobrecidas. La metodología de investigación ha incluido principalmente la revisión bibliográfica, documental y el archivo familiar, conservado por sus descendientes y de la que siendo parte de los mismos, he procurado transcribir fielmente, respetando las ideas y el espíritu multifacético que desarrolló como obra dedicada a los suyos.

Palabras clave: Manuel Núñez Butrón, Atención Primaria de la Salud, Higiene, Prevención sanitaria, Interculturalidad, Medicina Social, Indio.

.....

*** María Del Pilar Lourdes Guillén Núñez**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA UNSA. AREQUIPA, Perú

Resumen de ponencia

¿MASCULINIDADES Y PLAN MUJER EN SAN JUAN. REFLEXIONANDO SOBRE EL INVOLUCRAMIENTO MASCULINO¿.

*Victoria Galoviche

Son escasos los estudios que hacen foco en las masculinidades en interacción con el campo sanitario en Latinoamérica, esto se hace notorio si se considera la abultada producción de investigaciones e informes acerca de la salud femenina y de los estudios de género en torno a las mujeres.

Es en los años '80 cuando se comienza a desarrollar la línea de estudios sobre varones. Una de las temáticas en relación a las masculinidades ha sido aquella que aborda la salud sexual y reproductiva. Nace a la luz de los Encuentros Internacionales como la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), acuerdos que plantean acciones respecto a las relaciones de género y que atienden la idea de involucrar a los varones en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y en la prevención de la violencia doméstica. Dicha línea está fundamentalmente asociada a la intervención y formulación de políticas públicas.

La presente ponencia se enmarca en esta última línea de estudios, y particularmente en los lineamientos teóricos del Enfoque de Género para analizar las Políticas Públicas y el Sistema Biomédico -en este caso a las concernientes a la salud sexual y reproductiva de los varones-.

Se partió de una investigación que forma parte de la Beca Doctoral CONICET-UNSj de la autora, allí se lleva adelante el análisis de las estrategias que el Plan Mujer -Política que lleva adelante los objetivos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la Provincia de San Juan- desarrolla para involucrar a los varones en la salud sexual y reproductiva.

Se trata de una mirada crítica respecto a las desigualdades de género presentes en la región, comprendiendo que las diferentes representaciones sociales sobre los roles masculinos y femeninos y las consiguientes medidas políticas al respecto, han jugado y juegan en muchos casos un papel perjudicial para la propia salud, todo ello desde una perspectiva relacional.

Se busca comprender cómo se presenta la posición de los varones en relación a la salud, y en el contexto de su género, entendiendo la relevancia que la figura del varón comporta en este proceso, atendiendo a su rol en la salud sexual y reproductiva propia y de las mujeres, y la importancia de incluirlos en los esfuerzos programáticos de carácter público.

En este sentido, cuando se habla del proceso de involucramiento se entiende que se trata acciones que ayuden a “involucrarlos en un camino informado y responsable en lo que hace a la toma de decisiones reproductivas y la salud sexual y reproductiva de sus parejas, en general” (Infesta Domínguez, 2012: 108).

Los varones en el campo de la salud, en muchos casos han sido sujetos invisibilizados y su ausencia llama la atención de estudiosos en el área. Lo llamativo surge a partir de observar que, este apartamiento de la salud del varón no reconoce los propios riesgos a los que se haya expuesto, pero además porque de esta manera se refuerza y acentúa el modelo de masculinidad hegemónica.

En torno a esta comprensión, en cada medida de carácter público en clave a garantizar el derecho a la salud, las percepciones sociales que se construyan frente a las masculinidades y a su involucramiento efectivo resultan relevantes, pues es en función de ellas que las prácticas se dirimen. Esto es así, pues las percepciones sobre lo “masculino” influyen, se retroalimentan y penetran la mirada que los/las agentes técnicos/as, políticos y profesionales poseen respecto a qué es “ser varón” y cómo “debe comportarse” respecto a su salud y a la de su familia.

El estudio que aquí se presenta indaga en este sentido: las percepciones y estrategias respecto al involucramiento de los varones en la Política de Salud Sexual y Reproductiva citada, desde la mirada de sus funcionarios/as y técnicos/as.

Cabe destacar la importancia de analizar el involucramiento de los varones en el contexto de dicha política aun cuando en San Juan el programa toma el nombre de “Plan Mujer”. Sobre todo, porque se constata una contradicción entre lo que el programa nacional plantea y lo trabajado por el plan a nivel local. A nivel nacional se establece que el objetivo general es llegar a toda la población sin distinción alguna, mientras que en la provincia la preocupación está puesta en la población femenina en edad reproductiva, aunque se comienzan a observar expectativas e inquietudes -en los/las agentes técnicos/as del programa- por el colectivo masculino que hacen pensar en la necesidad de reflexionar sobre este involucramiento.

El abordaje de estas nociones resulta de gran relevancia pues han sido escasamente tratadas en las investigaciones de género, como así también escasos son los estudios desde la perspectiva de los decisores y prestadores de servicios de salud que den cuenta del lugar que los varones ocupan o deben ocupar en las políticas sanitarias.

.....

* Victoria Galoviche

*Instituto de Investigaciones Socioeconómicas. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de San Juan - IISE/UNSJ.
Rivadavia, Argentina*

