

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

# **Políticas públicas, derecho a la salud y responsabilidad estatal. Un análisis comparado de tuberculosis y síndrome urémico hemolítico.**

Marcela belardo y María belén herrero.

Cita:

Marcela belardo y María belén herrero (2009). *Políticas públicas, derecho a la salud y responsabilidad estatal. Un análisis comparado de tuberculosis y síndrome urémico hemolítico. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1507>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# **Políticas públicas, derecho a la salud y responsabilidad estatal**

**Un análisis comparado de tuberculosis y síndrome urémico hemolítico**

***Marcela belardo***

***Becaria Doctoral del CONICET. Miembro del equipo UBACYT (023), Instituto Gino Germani***

***María belén herrero***

***Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.***

***marcelabelardo@yahoo.com.ar***

El objetivo de este trabajo es describir las dinámicas y sentidos de la relación entre las políticas públicas, el derecho a la salud, la responsabilidad estatal y los procesos de salud, enfermedad y atención. Para tal fin, tomamos dos casos: tuberculosis (TB) y Síndrome Urémico Hemolítico (SUH). Sobre la base de estudios empíricos integrados en un programa más general de investigación, examinamos políticas públicas que nos permiten tener una visión del Estado “en movimiento” y comprender el surgimiento, tratamiento y resolución de cuestiones ante las que el Estado y otros actores políticos y sociales adoptan posiciones. A su vez, el análisis incluye aspectos relativos a la apropiación subjetiva de derechos en materia de salud, es decir, los modos y grados en que diferentes sujetos se apropian de derechos que se plasman (o no) en legislación y en políticas.

La metodología utilizada es de tipo cualitativo a través del análisis de datos primarios y secundarios. Realizamos una revisión sistemática de la legislación y las políticas de salud para TB y SUH en distintos períodos históricos y entrevistamos a miembros de ONGs, funcionarios públicos, científicos y profesionales de salud.

El SUH, una enfermedad endémica, afecta principalmente a niños menores de 5 años. En la Argentina, es la principal causa de insuficiencia renal aguda y responsable del 20 por ciento de los trasplantes renales en niños menores de 5 años. La enfermedad está distribuida en todo el país con alrededor de 500 nuevos casos por año. La alta incidencia posiciona a Argentina en el primer puesto del ranking mundial. El síndrome es producido por la bacteria *Escherichia coli productora de toxina Shiga* y las vías de transmisión son múltiples siendo la carne picada insuficientemente cocida, los lácteos y jugos no pasteurizados y la transmisión persona-persona las más frecuentes (1).

La TB sigue siendo una enfermedad endémica en nuestro país. Durante 2006, se notificaron en Argentina 11.068 casos nuevos de todas las formas de TB, lo que representó una tasa de notificación de 28,4 casos por cada 100.000 habitantes (2). La enfermedad no sólo afecta a los adultos mayores sino también a los jóvenes: más de la mitad de los casos de TB notificados correspondió a la población económicamente activa (3). En nuestro país, como sucede a nivel mundial, la distribución geográfica de la enfermedad no es uniforme. La TB es producida por el *M. Tuberculosis* (bacilo de Koch). La transmisión de la enfermedad se realiza principalmente por vía aérea, a través de personas que ya padecen la enfermedad, en especial aquellas en las que la misma tiene una localización pulmonar.

### **TB y SUH como problemas de salud pública**

Los análisis de políticas públicas han puesto tradicionalmente su foco de atención en los instrumentos, y al sustraerse así del contexto conflictivo en el que tienen lugar, contribuyeron a ampliar procesos de despolitización (es decir, procesos a través de los cuales se niegan ideológicamente las dimensiones estructurales e históricas de los conflictos sociales). Nuestro enfoque parte de considerar al conflicto social como parte esencial del surgimiento y tratamiento de una política pública. En este sentido, las políticas públicas definen los límites y contenidos de la ciudadanía (4, 5). No toda demanda o necesidad de un sector social logra convertirse en una política pública, sino que sólo algunas de esas demandas son “problematizadas”. Esto significa que cierto sector social logra que su reclamo se incorpore a la agenda de problemas del Estado. Cuando el Estado implementa una política pública, significa que ese Estado adopta una posición respecto de la cuestión e intenta, de alguna manera, resolverla.

Los distintos actores sociales, reclamando en nombre de derechos, influyen en las decisiones de los actores políticos estatales, apuntando a incorporar sus problemáticas a la agenda del Estado.

Cuando hablamos de derechos nos referimos tanto a aspectos más objetivos, positivizados en legislación y políticas públicas como a aspectos más subjetivos (individuales y colectivos) relativos a la titularidad y ejercicio de los derechos, y a las condiciones y recursos materiales y simbólicos para ello. Dichos recursos no están distribuidos de manera equitativa en la sociedad sino según patrones de desigualdad identificables en términos de clase, género, orientación sexual, etc.

En resumen, las políticas públicas no pueden entenderse con prescindencia del contexto en el cual emergen, se desarrollan y producen consecuencias o impactos, y en la tensión y/o conflictividad inherente a los fenómenos sociales.

Desde hace varios siglos que la TB es considerada una enfermedad de la pobreza, asociada a las desigualdades sociales. Hasta el año 1880 esta enfermedad cuyas causas aún eran desconocidas, dieron origen a un sin número de percepciones, asociaciones, metáforas y mitos, muchos de los cuales continúan vigentes en la actualidad.

Si bien la TB es una enfermedad de larga data en nuestro país, su reconocimiento como problema de salud pública se produce contemporáneamente con el comienzo de la inmigración masiva, alrededor de las dos últimas décadas del siglo XIX. Con la progresiva urbanización y el crecimiento demográfico la TB se convirtió en una subcultura que abarcó todas las dimensiones de la vida social, y que incluso con el descubrimiento del bacilo en los años ochenta no perdió su protagonismo ni omnipresencia. Sin embargo, el aumento de la población no estuvo acompañado por un desarrollo paralelo de las condiciones de salubridad y de vivienda y junto con la industrialización incipiente, dio lugar a la difusión de la TB entre los sectores populares (6). En este contexto, surgen las primeras medidas relacionadas con el ideal de la vivienda higiénica, los espacios verdes, las recomendaciones de cambios de ambiente, el reposo y el aire puro.

En este sentido, las acciones para combatir la enfermedad en nuestro país se fueron configurando en paralelo con el conocimiento que se fue adquiriendo de la misma. La pobreza y la enfermedad comienzan a constituirse en una cuestión de Estado, y desde la higiene, la salud pública y más tarde desde la medicina social se buscará estudiar la relación entre la salud y las condiciones de vida, que marcan la existencia de diferentes agentes patógenos, para el diseño de políticas de control de epidemias y endemias.

Un segundo momento, que abarca desde 1880 a 1950, se inicia con el descubrimiento del bacilo de Koch y la consolidación de la era bacteriológica y con ello el desarrollo de la medicina de laboratorio y la instalación de la medicina científica propiamente dicha. A partir del conocimiento de una causa etiológica, la TB se convirtió en objeto para el control social por parte del Estado y las

corporaciones médicas en ascenso, determinando por un lado las políticas públicas de la época y por el otro moldeando valores e identidades sociales y colectivas.

Sin embargo, la falta de respuestas principalmente en torno a la predisposición al contagio y la ausencia de una cura eficaz hicieron redoblar los esfuerzos por controlarla. Desde la higiene doméstica, y la cuestión del polvo, hasta las barbas afeitadas y las faldas cortas, la obsesión por el contagio penetró en casi todas las dimensiones de la vida social y personal. Asimismo, en ésta época se incorpora la figura del “niño pretuberculoso”, la incorporación de los códigos higiénicos en la escuela y el hogar, el rol de la mujer en el control de la enfermedad en la vida doméstica, y el apartamiento del recién nacido hijo de madre tuberculosa (7).

Las condiciones de vida de la clase obrera acentúan los problemas de hacinamiento, la falta de higiene y los temores al contagio de enfermedades. Las primeras décadas del siglo XX están marcadas por profundas luchas de la clase obrera y reclamos sindicales. En un contexto de preocupación por las condiciones de reproducción de las fuerzas de trabajo y los esfuerzos por construir una “raza nacional”, se desarrolla una creciente medicalización de la vida en las ciudades y un Estado cada vez más presente en la esfera personal y en la regulación y normalización de las conductas y los hábitos cotidianos (7). Comienzan a mencionarse los derechos individuales, la cuestión social y la relación entre las precarias condiciones de vida del obrero en la ciudad y el desarrollo de enfermedades como la TB. Es por ello que algunas de las medidas o reformas de la época tenían como objetivo dotar a las clases trabajadoras de un nuevo valor normativo -la salud-. Las recomendaciones se centraron en evitar los “excesos” propios de la vida de la ciudad -el alcohol, la sexualidad y el trabajo-, destacando las ventajas del verde y el aire puro, la buena alimentación, el reposo, la habitación ventilada y el trabajo medido. Así fue emergiendo una etiología compleja que combinaba la monocausalidad (el bacilo) con una multicausalidad especialmente centrada en cuestiones médicos-sociales, cuyo objetivo sería no sólo una mayor prevención contra la enfermedad, sino también la integración de los sectores populares y los trabajadores a la moderna vida urbana (6)

Desde principios del S. XX comenzarán a proponerse proyectos y reformas, como la Casa de Aislamiento, hospitales urbanos y de montaña, preventorios antituberculosos infantiles, la puesta en marcha de un seguro social y obligatorio de prevención, higiene y profilaxis, la creación de institutos destinados a producir sueros profilácticos y curativos e instituciones destinadas a formar especialistas en fisiología (La Cátedra de Fisiología) (7). En 1901 surge la Liga Antituberculosa, la cual será la más influyente y perdurable de todas las iniciativas producidas desde la sociedad civil (7).

Este proceso da cuenta de la manera en que la TB ha sido resignificada por un conjunto de actores que lograron imponer públicamente un nuevo sentido y redefinir los ámbitos de intervención. En poco tiempo el código higiénico penetró múltiples esferas de la vida social e individual. En la esfera del hospital la higiene significaba asepsia, en el hogar estaba asociada con la limpieza y la ventilación, en la esfera laboral con el ambiente de la fábrica y en menor medida con el sobretrabajo, en la calle implicaban desde los residuos hasta el simple contacto con el otro. Y en la vida individual abarcaba desde las vacunaciones hasta toda una trama de valores orientados a la responsabilidad individual, el control de los excesos, la autodisciplina, etc. (7)

El tercer momento, a mediados de los años cuarenta, corresponde al desarrollo de los medicamentos contra la enfermedad. En 1944, en plena Guerra Mundial, descubren la estreptomina, con una eficacia limitada pero superior a los tratamientos dietéticos y balneoterápicos empleados hasta ese momento. Si bien aquí comienza la era moderna de la TB, la verdadera revolución se produce en 1952, con el desarrollo de la isoniacida, el primero de los antibióticos específicos que conseguirán convertir a la TB en una enfermedad curable en la mayoría de los casos. Unos años más tarde, en la década del sesenta, con la aparición de la rifampicina se acortaron notablemente los tiempos de curación, lo que hizo disminuir el número de casos nuevos de manera importante hasta la década de los ochenta. Este período estuvo marcado por el descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas debido al avance de las tecnologías médicas entre las que se encuentran las vacunas y los antibióticos para la TB. En 1950 con la llegada de los antibióticos, el problema de la TB se traslada al acceso diferencial a un tratamiento eficaz, puesto que a pesar de las pretensiones de igualdad, se acentuaba el acceso diferenciado a los nuevos derechos de salud y ciudadanía social. La preocupación comienza a estar puesta, al igual que en otras enfermedades crónicas, en el marco de la toma de la medicación.

La preocupación por la adherencia al tratamiento surgió hace varias décadas debido a la complejidad del tratamiento y a las consecuencias de su interrupción. En este sentido, surge la propuesta de la OMS denominada Tratamiento Directamente Observado (TDO) que supone observar cómo el enfermo toma la medicación, garantizando de esta forma la efectiva ingesta del mismo. Este modelo supone un individuo que actúa voluntariamente en función de mejorar su salud, convirtiéndose en un receptor de consejos, que maximiza sus beneficios y que actúa y decide de manera responsable y autónoma en lo que refiere al tratamiento y a su enfermedad, adquiriendo un papel determinante en el resultado (8). En este marco, en nuestro país se han ido implementado diversas estrategias con el fin de aumentar la adherencia al tratamiento de la TB, como por ejemplo subsidios mensuales en dinero o en especies para aquellos que continúan el tratamiento,

constancias de enfermedad para el traslado gratuito a los centros de atención en medios de transporte público, etc.

Finalmente en la última década del S XX comienza a perfilarse lo que podríamos denominar como un cuarto momento en el devenir de la enfermedad. Por un lado, con la aparición del SIDA en la década del ochenta, la intensificación de las migraciones, y la profundización de la pobreza se produce un rebrote de enfermedades que se creían en retroceso como la TB, lo que conlleva a que en 1993 la OMS declare a la TB como “urgencia mundial”. Por el otro con el desarrollo de cepas multirresistentes y extensivamente resistentes (MDR y XDR) y la TB totalmente resistente (TB TDR), recientemente anunciada por la OMS, nos remontan a aquella era en la cual no había cura y los hospitales eran las instituciones donde se iba a morir.

Considerada una enfermedad emergente<sup>1</sup>, la historia del SUH cuenta con apenas 40 años de existencia. Desde los primeros casos detectados y su descripción clínica de la mano del Dr. Carlos Giannantonio, identificamos tres momentos en el devenir de su historia. El primer período (1964-1981) se corresponde con los primeros contactos con la patología por parte de la práctica médica. Partiendo de una etiología aún desconocida, la labor médica estuvo enfocada en precisar el diagnóstico y en desarrollar tratamientos para disminuir la alta tasa de mortalidad con la que se presentaban los primeros casos. No encontramos legislación ni políticas relacionadas con la prevención y/o control de la patología en los primeros veinte años de existencia; como afirma Menendez (9) prevaleció el lema de que los problemas de salud eran los problemas de los médicos. El segundo momento (1982-1999) se inicia con un hecho que marca un hito en la evolución del conocimiento sobre bacterias patógenas. En EEUU se establece por primera vez la relación entre *E. Coli* O157:H7 y dos brotes de diarreas sanguinolentas. El Center for Disease Control and Prevention (CDC) reconoce a esta bacteria como patógeno humano asociado al consumo de hamburguesas inadecuadamente cocidas. Estas décadas serán intensas en el avance del conocimiento científico relacionado con las características (tipificación) de las cepas bacterianas que producen SUH, sus vías de transmisión y el estudio de la progresión de la enfermedad y sus consecuencias en la edad adulta.

En las primeras tres décadas (1964-1999) el debate e intervenciones sobre *E. Coli* 0157:H7 y SUH se situó exclusivamente en el campo científico-médico. Si bien se desarrollaron significativos avances en el conocimiento del agente causal y la enfermedad no se logró disminuir el número de

---

<sup>1</sup> El concepto de Enfermedades Infecciosas Emergentes fue acuñado en 1992 por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, para referirse a las enfermedades infecciosas descubiertas en los últimos años.

casos sino, por el contrario, este número no cesó de aumentar. Recién con el inicio del nuevo siglo comienza a perfilarse un tercer momento cuando el SUH es reconocido como un problema de salud pública al ser incorporado a la nómina de enfermedades de notificación obligatoria. A partir de este momento el Estado inicia la implementación de una serie de estrategias con el fin de prevenir y controlar la infección.

Transcurrió un largo período en el cual la enfermedad no fue una cuestión socialmente relevante excepto para el grupo biomédico abocado al tratamiento y estudio de la misma. La incorporación de la patología en la agenda del Estado se produce a partir de un largo proceso de producción de conocimiento científico, tanto a nivel nacional como internacional pero irrumpe con mayor fuerza cuando la enfermedad adquiere difusión mediática a partir de episodios de contaminación en locales de comidas rápidas. Estos dos procesos fueron determinantes para que una parte de la sociedad civil (familiares de niños afectados junto a los científicos y profesionales de la salud dedicados a esta patología) se organicen en asociaciones civiles<sup>2</sup> y presionen al Estado para que de respuesta a la problemática. Así el grupo de investigadores y profesionales de la salud con un pie en el Estado y el otro en las organizaciones de la sociedad civil van construyendo un consenso en torno a la urgencia de combatir la enfermedad y a cómo enfrentarla. Lógicamente, el discurso biomédico no es homogéneo y dentro del mismo conviven distintas posturas sobre cuáles deberían ser las estrategias más adecuadas para disminuir la incidencia del síndrome. Este debate también atraviesa a las organizaciones de la sociedad civil que, a su vez, se han convertido en interlocutores válidos ante los organismos del Estado. Así se van configurando distintas “respuestas” (presiones para que el tema sea considerado una política de prevención, creación de instituciones dedicadas a la promoción, desarrollo de políticas desde el Estado, cambios en la legislación o elaboración de nuevas normas, creación de un programa nacional, etc.) que lejos de ser lineales y homogéneas intentan generar un consenso para su implementación.

A partir del 2000 se van a empezar a implementar algunas políticas –aunque heterogéneas, poco sistemáticas y dispersas- que tienen por finalidad disminuir la alta incidencia del síndrome (inclusión del SUH en la nómina de Enfermedades de Notificación Obligatoria en el 2000; vigilancia epidemiológica a través de distintos instrumentos de recolección de datos: planilla C2, Unidades Centinelas (2005) y vigilancia desde los laboratorios (2007); control de la bacteria en la

---

<sup>2</sup> En el 2005 se funda LUSUH (Lucha contra el Síndrome Urémico Hemolítico), primera asociación civil sin fines de lucro en la Argentina orientada a la prevención del SUH, mediante la acción de un grupo de padres, profesionales de la salud y científicos. Dos años más tarde, se creó la Fundación CANI (por una Cultura Alimentaria para una Nutrición Inteligente, responsable y segura) de la mano de la conocida periodista Nancy Pazos luego de que su hijo menor enfermó de SUH.



cadena agroindustrial de la carne (2002 y 2008); campañas de educación y de difusión a la población).

El discurso en esta última etapa pasó de preguntarse sobre la peligrosidad de la bacteria causante de la enfermedad a preguntarse si la oferta de carne del país es segura. Este discurso que durante los períodos anteriores estuvo centrado en el “cuerpo” (en términos individuales) pasa a un discurso epidemiológico centrado en el “cuerpo social” (cómo impacta la enfermedad en términos del conjunto social). Las explicaciones epidemiológicas en los últimos dos períodos estuvieron centradas en la teoría de los factores de riesgo y, a partir de este enfoque, se fueron enhebraron un conjunto de propuestas de intervención por parte de los organismos estatales. La creciente literatura epidemiológica que encontramos en el tercer período señala asociaciones probabilísticas entre la distribución de la enfermedad con variables como el sexo, la edad, la geografía, las prácticas higiénicas y los hábitos de consumo. Estos estudios son una fuente de información e hipótesis importantísima, sin embargo, si esas variables no son interpretadas en cuanto a la dinámica de sus significados sociales concretos, y si el riesgo conferido pasa de una categoría analítica abstracta al diseño de prácticas de intervención sin las mediaciones necesarias, entonces no sólo éste se muestra insuficiente sino, frecuentemente perjudicial (10).

El concepto clave en este tipo de estudios –y en sus recomendaciones- es el de “comportamiento de riesgo”. Este concepto, en nuestro caso, pone su peso ya no solo en el grupo de riesgo (niños menores de 5 años) sino que amplía el problema a la familia y estimula a una implicación activa con la prevención. Hablar de comportamiento de riesgo remite a determinada conducta individual. En nuestro caso, la falla en las prácticas de higiene (lavado incorrecto de manos, cocción de carnes a una temperatura menor de 72°, consumo de lácteos sin pasteurizar o incorrectamente refrigerados, consumo de agua no potable, etc.) se inscriben en comportamientos de riesgo que pueden ocasionar la enfermedad. A partir de estos estudios se han ido proponiendo algunas respuestas para disminuir el síndrome centradas –casi exclusivamente- en la educación a la población para modificar las conductas individuales. Pero se ha demostrado en otro tipo de enfermedades –por ejemplo, para el VIH/SIDA - que la ecuación “información + voluntad” no deriva automáticamente en un comportamiento protector en la prevención de enfermedades (11). Esta ecuación y los programas derivados de la misma hacen hincapié en las conductas individuales perdiendo de vista aspectos sociales, económicos y políticos que están presentes –implícitas o explícitamente- en esas conductas. Este enfoque, que propone una serie de cambios en las prácticas de las personas debido a la falta de una tecnología que actúe directamente contra los virus/bacterias, condujo a una serie de estrategias tendientes a la reducción de riesgos, todas ellas

basadas en la difusión de información que apuntan a consolidar conocimientos y actitudes, y a pesar de los esfuerzos, no devino en una disminución de la infección.

La otra cara de este enfoque es la culpabilización de la víctima. Cuando el comportamiento de un individuo es puesto en el centro de la escena, la consecuencia inevitable es atribuir el contagio al descuido personal. En los testimonios de las familias con niños afectados por SUH se percibe cierta culpa por parte de los padres, recriminándose no haber tenido más recaudos para evitar la infección. Entendemos que si se trasladan los resultados de los estudios de tipo asociación probabilística entre la enfermedad y determinada variable sin ningún tipo de mediación, esto es, sin analizar el contexto social, económico y político en el cual se inscriben, podemos cometer dos serios errores: por un lado, las intervenciones del tipo “mayor educación en la población, menor riesgo” no son suficientes ni eficaces para disminuir el contagio y, ligado a este aspecto, la responsabilidad de cumplir determinadas prácticas para disminuir la enfermedad recae en el individuo desconociendo aquí también que no sólo depende de su voluntad sino del contexto en que esas individualidades se conforman y manifiestan. Este último aspecto, además, conlleva la pesada carga de la culpabilización del enfermo y su entorno familiar cuando esas “prácticas seguras” fallan.

## **Conclusiones**

El objetivo del artículo fue analizar la relación entre las políticas públicas, el derecho a la salud y la responsabilidad estatal en el devenir histórico de dos enfermedades infecciosas. El análisis de la historia social del SUH y de la TB nos permite visualizar cómo las intervenciones propuestas varían según el conocimiento biomédico adquirido hasta el momento y el papel jugado por la sociedad civil organizada en tanto portadores de derechos. En este sentido las políticas públicas en una y otra están directamente relacionadas con el contexto en el cual emergieron, el descubrimiento del agente causal, la población afectada, las vías de transmisión, la creciente medicalización y las formas de prevención y contagio; elementos fundamentales a la hora de analizar las políticas implementadas a lo largo de su historia.

La TB, descubierta a fines del siglo XIX, se presenta fuertemente asociada a las condiciones de vida, con una vía de transmisión aérea y con la existencia de una cura eficaz. El abordaje de la misma en nuestro país estuvo íntimamente asociado con la constitución del Estado moderno y la masiva inmigración. Por otra parte el descubrimiento del bacilo produjo un desplazamiento del apoyo a la investigación desde los enfermos y las condiciones sociales de vida hacia el bacilo y la búsqueda de una cura eficaz. En la medida en que se pudiera obtener cura contra la enfermedad, los otros aspectos de las políticas públicas, como por ejemplo las condiciones de hacinamiento o el estado

nutricional de las poblaciones podrían ocupar un lugar secundario. Esto da cuenta del proceso por el cual la TB a lo largo del tiempo se ha ido resignificando de la mano de diversos actores que lograron imponer públicamente un nuevo sentido, al tiempo que redefinieron los ámbitos de intervención.

En el caso del SUH y su reciente descubrimiento -en comparación con la TB- nos indica un proceso diferente de estudio y abordaje de la misma. Hasta casi entrado el nuevo milenio, la enfermedad permaneció sólo en la agenda biomédica con prescindencia de la intervención estatal. A partir de la década de 1990 la contaminación alimentaria empieza a ocupar espacio en la agenda social pero el SUH no se instala como cuestión relevante hasta el inicio del nuevo siglo. Sólo cuando se tornó un problema relevante para una parte de la sociedad civil es que ingresa a la agenda del Estado y al convertirse en una enfermedad “visible” es que se empieza a debatir sobre los dispositivos de intervención para controlar la alta incidencia en el país.

En este recorrido van tomando cuerpo discursos y políticas que intentan dar respuesta a esa demanda social. Ese largo proceso de “acumulación de conocimientos” generado por los científicos y los profesionales de la salud fue un elemento fundamental a la hora de introducir el tema en la agenda estatal. Al mismo tiempo, los resultados científicos –tanto locales como internacionales- fueron (y continúan) configurando un entramado de propuestas de intervención (tecnológicas y políticas) que crecientemente se hacen eco en diversos sectores sociales y en el propio Estado.

En conclusión, hemos partido de una concepción histórica de los problemas de salud-enfermedad de las poblaciones, en el sentido de considerar que estos se redefinen constantemente en función del conocimiento producido. Esto permite visualizar cómo la historia social de una enfermedad va estableciendo campos de acción que, lejos de ser naturales, responden a los modos de intervención de los diferentes actores en cada período específico y que configuran la existencia misma de una determinada cuestión en la esfera pública.

## Bibliografía

- Rivas M, Miliwebsky E, Chinen I, Deza N, Leotta GA: The epidemiology of hemolytic uremic syndrome in Argentina. Diagnosis of the etiologic agent, reservoirs and routes of transmisión. *Medicina (B Aires)*; 2006. 66 Suppl 3: 27-32.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni". Notificación de casos de tuberculosis en Argentina, 1980-2006. Santa Fe, Argentina; 2006.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni". Situación de la Tuberculosis. Santa Fe, Argentina; 2003.
- Lefort Cl. La question de la démocratie, in *Essais sur le politique*. Paris: Seuil. 1986.
- Jelin E. Introduction: Human Rights and the Construction of Democracy, in Jelin E. and Hershberg E. eds., *Constructing Democracy: Human Rights, Citizenship, and Society in Latin America*. Boulder: Westview Press; 1996.
- Armus, D. Salud y anarquía: la tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1870- 1940, en LOBATO, M. (ed.); 1996.
- Armus D. La ciudad Impura: Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires 1870-1950. Edhasa, Argentina; 2007.
- Margulies S, Nélica Barber, Ma. Laura Recorder. VIH-Sida y "adherencia" al tratamiento. *Antípoda* N°3 julio-diciembre; 2006: 281-300.
- Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Rev. Alteridades*; 1994 71-83.
- Ayres JR, Junior IF, Calazans G, Saletti Filho H. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos en Czeresnia D, Machado de Freitas orgs. *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires. Lugar Editorial; 2006: 135-159.
- .