

Taller de Historia Social de la salud y la enfermedad en Argentina y América Latina, Córdoba, 2018.

## **RESISTIR, LUCHAR, CREAR: LA SALUD EN DISPUTA.**

SCARPINO, PASCUAL, BERTONA, LUCÍA y  
RAMIA VILLALPANDO, AGUSTINA.

Cita:

SCARPINO, PASCUAL, BERTONA, LUCÍA y RAMIA VILLALPANDO, AGUSTINA (2018). *RESISTIR, LUCHAR, CREAR: LA SALUD EN DISPUTA. Taller de Historia Social de la salud y la enfermedad en Argentina y América Latina, Córdoba.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/pascual.scarpino/19>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pcmx/wSC>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*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>.*



# TALLER DE HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN ARGENTINA Y AMÉRICA LATINA

10, 11 y 12 de octubre de 2018, Córdoba, Argentina

*Creemos no equivocarnos,  
las resonancias del corazón nos lo advierten:  
estamos pisando sobre una revolución,  
estamos viviendo una hora americana.*

Manifiesto Liminar de la Reforma Universitaria – Córdoba, 1918

## RESISTIR, LUCHAR, CREAR: LA SALUD EN DISPUTA

*por*

Agustina Ramia Villalpando<sup>1</sup>

Lucía Bertona<sup>2</sup>

Pascual Scarpino<sup>3</sup>

Mesa temática 9:

Nuevos enfoques, propuestas y herramientas en torno a la salud

---

<sup>1</sup> Estudiante avanzada de la Licenciatura en Trabajo Social, FCS, UNC.

E-mail: [agus.ramia@gmail.com](mailto:agus.ramia@gmail.com)

<sup>2</sup> Lic. en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales, UNC.

E-mail: [lubertona@hotmail.com](mailto:lubertona@hotmail.com)

<sup>3</sup> Lic. en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales, UNC.

E-mail: [scarpinopascual@gmail.com](mailto:scarpinopascual@gmail.com)



## Introducción

En el año del centenario de la Reforma Universitaria, nos vemos en la tarea de tener una atención crítica sobre lo que podemos celebrar, y frente a lo que debemos seguir debatiendo y disputando; partimos de reconocer las desigualdades que sostienen el sistema social, económico, cultural y político en el que vivimos, y estamos convencidxs que debemos transformarlo en pos de la justicia social, dimensionando la responsabilidad que en ello la Universidad tiene. Esto no podrá ser posible sino desde un análisis profundo al respecto de la formación, la extensión y la investigación a partir de la pregunta en relación a sus sentidos y contenidos hoy. Sin dudas se torna un ejercicio complejo pero necesario para identificar cómo nos encontramos a cien años del hecho educativo y social más relevante de Nuestramérica, que se gestó a partir del cuestionamiento al respecto del sentido, horizonte y práctica de la Universidad. Podemos asegurar que el sistema universitario no es una estructura homogénea ni estática; todo lo contrario: es una estructura compleja, robusta, con infinitas aristas y con posicionamientos de los más variados a su interior, pues habla, se pronuncia, legitima o desconoce, se vincula con la sociedad por fuera de sus muros, o aparenta permanecer inmóvil al contexto. La Universidad jerarquiza problemáticas para atender desde el lugar que le toca como formadora y productora de saber científico, decide a dónde invertir más recursos, define líneas estratégicas de investigación y extensión, realiza priorizaciones en función de una interpretación de la realidad, y de un proyecto de sociedad. Pero su lenguaje no siempre es del todo claro, y sus interlocutorxs no siempre son lxs mismxs. Es preciso entonces, construir mediaciones para interpretar críticamente lo que la Universidad narra y produce, y asumir los lugares que ocupamos como ciudadanxs universitarixs.

En esta oportunidad trabajaremos algunas reflexiones teórico-metodológicas a partir de un recorte en función de una experiencia concreta, que nos permita poner de relieve algunas dimensiones de la relación que se construye entre la Universidad y la Sociedad. Tomaremos algunos debates que recuperaremos del Campo de la Salud, que como campo de disputa expresa tensiones en función de lxs actorxs que lo ocupan y disputan su sentido, e intentaremos contribuir a repensar los desafíos de la formación desde un anclaje interdisciplinario, jerarquizando el lugar de las Ciencias Sociales en los procesos de producción y reproducción social. Para ello, compartiremos algunas dimensiones tomadas de la



## TALLER DE HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN ARGENTINA Y AMÉRICA LATINA

10, 11 y 12 de octubre de 2018, Córdoba, Argentina

experiencia de tesina de grado que hemos realizado como equipo, en el marco del Plan de Estudios 2004 de la Lic. en Trabajo Social/FCS/UNC. En este sentido, podemos decir que nuestro proceso de intervención pre-profesional se desarrolló durante el año 2017, desde un Centro de Salud dependiente de la Dirección de Atención Primaria de Salud de la Municipalidad de Córdoba. A lo largo de los meses que duró la intervención pre-profesional, como equipo nos encontramos reflexionando en torno a ciertas categorías teóricas que interpelaban nuestra práctica; al atrevernos a desandar tales debates, nos vimos en la tarea compleja e inacabada de repensar nuestro lugar como futurxs profesionales de Trabajo Social, al mismo tiempo que reflexionando en relación al lugar que ocupan las Ciencias Sociales en la construcción de la Salud, y junto con ello, como decíamos anteriormente, el rol que tiene la Universidad Pública como formadora de profesionales, y como actor social clave en la configuración, interpretación y posición en el entramado de las problemáticas sociales que atraviesan a nuestro pueblo. Nuestro interés partió entonces, de re-preguntarnos acerca del ejercicio efectivo de los derechos, poniendo el acento en los obstáculos, fortalezas y potencialidades que encontramos dentro del Campo de la Salud para favorecerlo, intentando interpretar críticamente el lugar de la Universidad y sus agentes; visibilizando *la salud como construcción social, y lo social hoy como expresión encrudecida de las políticas de ajuste de los gobiernos neoliberales de nuestro país, provincia y municipio*. En ese sentido, a continuación compartiremos algunos puntos históricos centrales que posibilitarán comenzar a hablar luego, de la salud colectiva y la Atención Primaria de la Salud en particular, re-apropiándonos de las luchas que vienen gestando desde hace décadas ciertos enfoques desde las disciplinas psico-sociales y humanas, para pensar el fortalecimiento del ejercicio de los derechos.

### **Sobre el devenir histórico de los modelos de salud**

Resulta necesario caracterizar en términos muy generales cuál ha sido el devenir de los debates e interpretaciones al respecto de la salud a lo largo de la historia. Podríamos comenzar diciendo algo ya sabido: existe un modelo hegemónico de salud que reduce a la salud como ausencia de enfermedad, y ubica en el sujeto las causas y soluciones de los problemas de salud. Sin embargo es preciso reconocer que tal modelo de atención occidental de carácter liberal, individualista y tecnocrático, entró en una profunda crisis hacia fines de los años '70. Es allí cuando el Modelo Médico Hegemónico comienza a manifestar sus insuficiencias para



## TALLER DE HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN ARGENTINA Y AMÉRICA LATINA

10, 11 y 12 de octubre de 2018, Córdoba, Argentina

explicar la salud/enfermedad como resultante de procesos complejos, colectivos, diversos, sociales, culturales, económicos, ya que tiene como prioridad el cuerpo en su sentido biológico y a sus principales intervenciones que apuntan a restablecer la salud desde la medicalización, mutilación o encierro (Rodríguez, J.; De Miguel, J., 1990). En este marco de creciente cuestionamiento al Modelo biomédico hegemónico, que se da en un campo de tensiones y disputas de conocimientos, saberes, discursos y prácticas sobre los procesos salud/enfermedad, relación médico/paciente y prácticas de salud, surgen los modelos multicausales o multifactoriales, en donde se agrega el ambiente a las causas de la enfermedad. A su vez, estos modelos alternativos al biomédico, se ubican desde una concepción más colectiva de los procesos de salud/enfermedad, incluyendo factores sociales, al mismo tiempo que se amplía y complejiza la idea de la salud como estado de bienestar, para pasar a ser un proceso, dándole la idea de dinamismo y multifactoriedad. (Rodríguez, J.; De Miguel, J., 1990.). Sin embargo, encontraremos posiciones, enfoques, perspectivas que relativizan los aportes de los modelos multicausales/multifactoriales en tanto continúan separando lo biológico de lo social y del resto de las dimensiones de la vida y desdibuja la determinación social de los procesos de salud/enfermedad. En esta línea, recuperando a Laurell podemos decir que desde América Latina comienzan a surgir en los años '60 algunas respuestas a la crisis del sistema de salud (vinculada fuertemente con las crecientes tasas de mortalidad infantil, desnutrición, accidentes de trabajo, entre otros, más allá de percibir un aumento en la erogación de recursos dirigidos a salud) desde miradas que se irán integrando en lo que podemos denominar Medicina Social, y más tarde, Salud Colectiva. Es interesante resaltar que la construcción de la Medicina Social/Salud Colectiva surge al calor de los movimientos populares que comienzan a organizar las contundentes críticas que tenían hacia el funcionamiento del Sistema de Salud. Estos enfoques estudiarán los procesos de salud/enfermedad de las colectividades como expresión de procesos sociales más amplios, analizando los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto económico, político, ideológico, y no solo como fenómenos biológicos, y a partir de sus aportes, se cristalizará la estructuración del sistema de salud según clases sociales (Laurell A. C., 1986). Esta breve caracterización nos posibilita entonces, desarrollar con un grado mayor de detenimiento algunas cuestiones relacionadas con la Salud Colectiva y la Atención primaria de la Salud para



pensar el ejercicio de los derechos. Pero antes de continuar con tal desarrollo, resaltaremos que hablamos de campo de la salud desde la perspectiva en que lo plantea Spinelli, recuperando la crítica que el autor realiza en relación a la idea de sistema cuando plantea que:

El muy utilizado concepto "sistema de salud" expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado (...). Dicha idea proviene del funcionalismo y la entendemos como una manera simplificada –y por lo tanto inapropiada– de abordar algo mucho más complejo. Es por ello que en este texto trabajaremos el concepto de campo en vez de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales. (Spinelli H., 2010).

### **Salud Colectiva y Prácticas de Salud**

Como decíamos anteriormente, posicionarnos desde la Salud Colectiva implica un análisis crítico del modelo Multicausal del proceso Salud/Enfermedad, que reside en su limitación para interpretar la realidad como compleja reduciéndola a múltiples causas o factores sin poder analizar éstos en función de su peso relativo, particularidades y calidad en la generación de estos procesos. Así, los factores biológicos, mentales y sociales quedan asociados a factores de riesgo sin poder establecer jerarquizaciones en sus actuaciones en los procesos particulares. Siguiendo a Silva Paim, la Salud Colectiva entiende al proceso salud/enfermedad de manera superadora al causalismo, ya que concibe la dimensión de lo social como determinante, en tanto allí se elabora la producción y reproducción de la salud –en las dimensiones de lo general, lo particular y lo singular–. En sus palabras, este enfoque *“trata de incorporar la dimensión social e histórica de los individuos en la colectividad, eso no significa dejar de lado la dimensión biológica de esos individuos como materia integrante de la naturaleza”* (Silva Paim, 156:1992). La autora cuestiona la idea del “complejo salud/enfermedad” como una escala gradualista, situando el proceso como proceso que incluye dimensiones referidas a determinantes sociales como lo son el trabajo o producción, reproducción social y clases sociales. A su vez, siguiendo a Asa Cristina Laurell podemos decir que la *“Medicina Social o Saude Colectiva estudia la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales. Es decir, postula la necesidad de analizar los*



## TALLER DE HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN ARGENTINA Y AMÉRICA LATINA

10, 11 y 12 de octubre de 2018, Córdoba, Argentina

*fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos*” (Laurell A. C., 1:1986). Además desde este enfoque, son principalmente las colectividades quienes miran y construyen estrategias desde el nivel local, recuperando su pertenencia cultural y posiciones en las estructuras económicas, sociales, raciales y de género, para resolver sus problemas de salud. Estas prácticas son desarrolladas como estrategia colectiva para mejorar la calidad de vida, teniendo siempre en cuenta que la salud, a su vez, se constituye como campo en conflicto, en disputa y en tensión, en la se encuentran y desencuentran diferentes maneras de entenderla y de vivirla. Silva Paim expresa que el enfoque de la Salud Colectiva, “agrega al diagnóstico de salud, generalmente de tipo administrativo, los componentes estratégico e ideológico en los niveles del estado de salud, la situación epidemiológica, los servicios y el sector, a fin de ofrecer una base que oriente los cambios en la salud vinculados a la transformación de la totalidad social” (Silva Paim, 160:1992). Este enfoque en América Latina, logra poder pensar la crisis de la salud como parte de una crisis social generalizada que expresa contradicciones y desigualdades de diferentes índoles, lo que a su vez permite pensar a las prácticas de salud/enfermedad como parte y en vinculación dialéctica con otras prácticas sociales. Pensarlas como prácticas sociales, a su vez nos invita a pensar su dimensión estructural e histórica como elemento constitutivo de las prácticas de salud, y en cómo estas a su vez producen y reproducen la estructura social. Es en esta relación que a su vez se configura el campo de las Prácticas de Salud como

(...) un conjunto de prácticas cuyo objeto lo constituyen las necesidades sociales de salud independientemente del tipo de profesional o de organización. En ese sentido, se recurre en forma preliminar a la propia denominación del campo: salud pública, o sea, la atención a la salud del público. Por lo tanto, nada que se refiera a la salud del público puede ser ajeno a este campo (Silva Paim, 151:1992).

En este sentido, consideramos que las Ciencias Sociales tienen un lugar fundamental en poder pensar la salud/enfermedad/atención como proceso social y por tanto articulado en procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad toda. Entendemos que desde la Salud Colectiva se piensa en un modelo de atención que se construye en forma colectiva desde el territorio donde éste se va a radicar, en el cual a su vez conviven diversas



concepciones de los procesos salud/enfermedad y de las mismas prácticas de salud, es decir

las formas en que las sociedades identifican sus problemas de salud, buscan su explicación y se organizan para enfrentarlos varían históricamente y dependen de factores determinantes estructurales económicos, políticos e ideológicos. En ese sentido, el campo de la salud pública (...) recibe la influencia de esos factores determinantes sociales y sufre transformaciones en función de nuevas relaciones entre la sociedad y el Estado, particularmente en lo que atañe a la manera de reaccionar frente a los problemas de salud de los individuos y de la población (...). En vista de que la salud pública, como práctica, está vinculada al conjunto de las prácticas que componen la estructura, se comprende que cada formación social engendre su propia salud pública. Esto aunque lo haga en los marcos generales de las relaciones internacionales a los cuales está sometida y según la dinámica interna de las relaciones sociales predominantes en un contexto particular (Silva Paim, 151:1992).

Así aparecen también otras corrientes de pensamiento con la misma matriz de sentido en lo que respecta a la determinación social y colectiva de la salud, como lo son la Epidemiología Crítica Latinoamericana, enunciada desde mediados de la década del 70, que “junto con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública” (Breilh, Jaime. 13:1992). Así, la Salud Colectiva como corriente de pensamiento que surge para ampliar y problematizar la connotación hegemónica de la Salud Pública, pone en cuestión de manera crítica el modelo dominante que prioriza una atención individualizada, institucionalizada y fragmentada. La salud pública desde un enfoque de salud colectiva, implica entonces construir nuevos sentidos que recuperen los aportes que las Ciencias Sociales pueden realizar, poniendo el acento en las prácticas sociales, en su configuración dinámica e histórica, en las particularidades que se expresan en cada sociedad. Y a partir de ello es posible entonces, trascender las miradas que entienden a las prácticas de salud como acciones puramente estatales, para jerarquizar las iniciativas colectivas de la sociedad civil, y configurar nuevas formas de relación entre Estado y sociedad. Para pensar esa relación, nos interesa analizar el lugar de lxs sujetxs en la construcción de su salud, y las estrategias que para ello se despliegan; por esto recuperaremos los aportes de Dévora Ferrandi cuando nos propone



pensar la Salud como capacidad de lucha.

### **La salud en disputa**

Ferrandi nos acerca un análisis sobre tres opciones o paradigmas a partir de los cuales se puede concebir la salud, recuperando el devenir histórico del sistema de salud en Argentina y sus sub-modelos, y la situación actual. A partir de esto, la autora nos dirá que podemos visualizar tres enfoques: la salud como ausencia de enfermedad; la salud como completo bienestar; y la salud como capacidad de lucha (Ferrandi D., 2010). En cuanto al primero, *como ausencia de enfermedad*, ya lo hemos caracterizado anteriormente cuando referíamos al Modelo Médico Hegemónico; podríamos agregar a partir de los aportes de la autora que en él, la política en salud se diseña en función de negar el carácter político de la producción de la enfermedad y este reduccionismo biologicista da como resultado políticas focalizadas. Como enfoque aparentemente superior, encontramos el de *completo bienestar*. Este es el enfoque que se expresa en el concepto de la Organización Mundial de la Salud: completo bienestar físico, psíquico y social. Lo que Ferrandi nos planteará es que más que una definición de salud, la de la OMS parece la de un orgasmo, que aunque simpática es incapaz de convocar a la acción, puesto que el completo bienestar es inalcanzable, es algo así como un estado ideal al cual nunca se llegará. En éste concepto se oculta de manera engañosa la reproducción del paradigma anterior, en tanto refiere a algo inexistente, y con ello el problema epidemiológico será una construcción inconducente e inabordable. A partir de esto, dicho enfoque construirá el concepto de “factor de riesgo”, y en nombre de él se irán construyendo normativas de comportamiento social para prevenir el riesgo, siendo lo más sencillo y sano, estar inmóvil. Como respuesta a ambos enfoques, Ferrandi definirá a la salud *como capacidad de lucha*, como quiebre de paradigmas, pues refiere a la

(...) capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas. Una tarea que requiere de sujetos. Aún el problema epidemiológico existe si hay un actor que lo produce al identificarlo en la distancia entre lo que vive y lo que desea. No hay modo entonces de construir un problema sin el deseo, el interés transformador de un actor sobre su propia realidad. La categoría poder, implícitamente unidireccional en los modelos hasta aquí descriptos, asume un rol central en la explicación del problema de salud. (Ferrandi D., 5:2010)



## **¿Por qué la APS en vinculación con el ejercicio de los derechos?**

Si coincidimos en que pensar la salud desde la búsqueda protagónica de lxs sujetxs por cambiar el estado de las cosas implica movilizar recursos de diversas índoles, y eso se logra con otrxs, pues entonces estamos hablando de organización colectiva, estamos refiriéndonos a pensar y hacer junto a otrxs, la salud. Es allí donde encontramos que el Primer Nivel de Atención y la Atención Primaria de la Salud ingresa al campo de análisis con grandes fortalezas para potenciar estos procesos, en tanto desborda ampliamente la atención desde la asistencia, y se comprende desde el trabajo desde lo local territorial, junto a lxs sujetxs que buscan acceder a los servicios de salud en el marco de una cotidianeidad que no siempre está presente en los otros niveles de atención, en tanto implican otras complejidades.

Es desde este posicionamiento también que entendemos a la Atención Primaria de la Salud de manera compleja, que pueda trascender la “medicina pobre para pobres” (Spinelli H., 2010) buscando horizontes de mayor integración con otros niveles del campo de la salud, recuperando la dimensión de lo local en constante retroalimentación con otros niveles de complejidad asistencial, y a su vez con una idea más universalista del acceso al derecho de la salud y no de manera focalizada a grupos poblacionales más desprotegidxs. Pensar a la estrategia de la APS como una posibilidad concreta de transformar y subvertir aquella matriz colonial que opera en la configuración de las desigualdades<sup>4</sup>, en tanto aporta condiciones para avanzar en la construcción de diálogos e intercambios entre el Estado y las comunidades, recuperando los procesos micro locales, jerarquizando los saberes y prácticas territoriales, trabajando desde la gestión de la proximidad para pensar otras maneras de desarrollar los procesos sociales vinculados a la salud en sentido amplio.

### **Una hora americana:**

#### **algunas pistas para seguir reflexionando**

En este breve recorrido hemos intentado compartir algunos elementos que

---

<sup>4</sup> Para profundizar ver “La interseccionalidad como apuesta para la construcción de un proyecto profesional decolonial” en ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1 (2017) Nro. 1 - ISSN 2591-5339 disponible en <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>



## TALLER DE HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN ARGENTINA Y AMÉRICA LATINA

10, 11 y 12 de octubre de 2018, Córdoba, Argentina

consideramos centrales para pensar principalmente el ejercicio de los derechos en general, y de los vinculados a la salud en particular. Si bien no hemos podido ahondar en particularidades, sí consideramos prioritario que estas reflexiones sean encaradas desde un análisis crítico de ésta, nuestra Universidad, en tanto institución que nos forma y habilita para el ejercicio profesional. Creemos que en el marco del Centenario de la Reforma, debemos tener un ejercicio aún más puntilloso al respecto de los saberes que esta institución promueve, jerarquiza, propone, al mismo tiempo que a otros invisibiliza, desconoce y desestima. Bajo esa generalidad, decidimos hacer hincapié en algunas reflexiones devenidas de nuestra experiencia de estudios de grado. En ese marco sostenemos que las expresiones de la cuestión social deben organizar las reflexiones en torno a la formación y ejercicio profesional, y fundamentalmente cuando nos reconocemos como futurxs profesionales de disciplinas de las Ciencias Sociales, y posibles trabajadorxs de salud. Es preciso que recuperemos las potencialidades no del todo aprovechadas con las que podemos contar, y por ello construimos un análisis general al respecto de la Atención Primaria de la Salud en tanto sostenemos que la misma abre la posibilidad concreta de un trabajo de promoción de la salud, y de los derechos en general, desde la proximidad territorial, de la organización para la defensa de los derechos y la exigencia de lo que corresponde y no se garantiza, del fortalecimiento de otros modos de pensar las relaciones entre el Estado (en este caso, a través de sus instituciones de salud) y los territorios. En síntesis, al mirar nuestras prácticas profesionales –y en este caso las vinculadas a salud– desde un anclaje profundamente crítico que emerge desde los aportes de la Teoría Social contemporánea nos permite, por un lado, poner en tensión la relación sujeto-objeto que en tantas oportunidades se reproduce desde la intervención, respondiendo a una praxis heredada de paradigmas positivistas que aún hoy siguen vigentes, aunque maquillados. Por el otro, nos invita a reflexionar sobre la necesidad de disputar los modos en los que se produce el conocimiento científico, a favor de la descolonización del saber y por tanto, la co-construcción de saberes y conocimientos populares, en una íntima praxis política que tienda a generar/recuperando, desde los territorios singulares, respuestas a las necesidades y demandas históricas de nuestros pueblos, trascendiendo y desbordando, de esa manera, aquellas falsas dicotomías construidas hegemónicamente respecto de las fronteras que separan la Universidad de la Sociedad. En este sentido, recuperamos un fragmento del



Manifiesto Liminar, que expresa con contundencia:

Las Universidades han llegado a ser así fiel reflejo de estas sociedades decadentes que se empeñan en ofrecer el triste espectáculo de una inmovilidad senil. Por eso es que la ciencia, frente a estas casas mudas y cerradas, pasa silenciosa o entra mutilada y grotesca al servicio burocrático. Cuando en un raptó fugaz abre sus puertas a los altos espíritus es para arrepentirse luego y hacerles imposible la vida en su recinto. Por eso es que, dentro de semejante régimen, las fuerzas naturales llevan a mediocrizar la enseñanza, y el ensanchamiento vital de los organismos universitarios no es el fruto del desarrollo orgánico, sino el aliento de la periodicidad revolucionaria.”(Manifiesto Liminar; 1:1918)

Este recorte nos permite poner en evidencia y reafirmar la decisión de realizar esfuerzos específicos desde el campo de las Ciencias Sociales para re-actualizar aquellos postulados, que lejos de quedar empolvados en algún museo, irrumpe y se nos vuelve a presentar con absoluta vigencia para leer nuestros escenarios y los desafíos para la construcción de universidades que verdaderamente estén puestas al servicio de nuestros pueblos, y esta vez ya, en clave popular, decolonial, feminista y nuestroamericana. Claramente estas relecturas de lo que hacemos, pensamos y producimos no pueden darse sino de la mano de reflexiones provocadas a la luz de nuestros posicionamientos ético-políticos, que entendemos, deben configurarse al calor de las necesidades, demandas y reivindicaciones de los sectores más amplios de nuestra sociedad, del pueblo trabajador, de lxs sujetxs que no responden a la norma capitalista/heteropatriarcal dominante. Allí, en esa reflexión-acción, las Universidades en su conjunto ocupan posiciones privilegiadas, y nosotrxs en tanto sujetxs universitarixs tenemos responsabilidades para con la Historia. Por ello debemos vernos en la tarea de construir nuevos relatos, que emergen de lo subalterno, desde lo local y lo singular, pero encuentran ecos en donde se funden interdisciplinariamente con otrxs profesionales con lxs cuales repensar la práctica y contribuir a fortalecer los enfoques que se asientan en la perspectiva de derechos. Como nos comparte Laurell, el carácter social de los procesos de salud-enfermedad requiere reformulaciones teóricas y metodológicas, que no se resuelven con la yuxtaposición de las ciencias biomédicas y las sociales, sino que deben ser concebidas radicalmente de otro modo, poniendo de relieve el protagonismo de lxs sujetxs que con capacidad de agencia se



## TALLER DE HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN ARGENTINA Y AMÉRICA LATINA

10, 11 y 12 de octubre de 2018, Córdoba, Argentina

organizan y construyen redes de resistencia para defender y producir nuevas prácticas de salud, situadas, respetuosas, integrales y colectivas, y atreviéndonos a mirar y colaborar con la construcción de nuevas formas de relación entre el Estado, las universidades y nuestras sociedades.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Breilh J. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.
2. de Miguel, Jesús M.; Rodríguez, Josep A. *Salud y poder*. Centro de Investigaciones Sociológicas; Edición 1a ed. 1 de enero de 1990.
3. Ferrandi, Dévora *Salud: opciones y paradigmas*. Mimeo 2010.
4. Laurell, A. C. *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médicos Sociales 37, Rosario, 1986
5. Manifiesto Liminar de la Reforma Universitaria; Córdoba, 21 de junio de 1918.
6. Paim JS. *La salud colectiva y los desafíos de la práctica en Organización panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington DC: OPS; 1992. p. 151-160.
7. Spinelli, Hugo *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. *Salud colectiva* vol.6 no.3 Lanús sep./dic. 2010 disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652010000300004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004)