

Consideraciones sobre los cuidados en enfermedades crónicas desde la determinación social de la salud

Considerações sobre o cuidado às doenças crônicas a partir da determinação social da saúde

Considerations on chronic disease care from social health determination perspective

Recebido: 08 nov 2021

Revisado: 08 dez 2021

Aceito: 15 mar 2022

Autor de correspondência

Carla Angelini
angelini.carla.87@gmail.com

Carla ANGELINI⁽¹⁾

Como citar:

Angelini C.
Consideraciones sobre los cuidados en enfermedades crónicas desde la determinación social de la salud. J Manag Prim Health Care. 2022;14:e001.
<https://doi.org/10.14295/jmp hc.v14.1180>.

Conflito de interesses:

A autora declara não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright:

Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.



⁽¹⁾ Instituto Universitario, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen una cuestión de salud pública de relevancia, en la medida en que continúa acrecentándose su incidencia en todo el mundo. En este trabajo me propongo analizar este fenómeno en el escenario argentino desde la determinación social de la salud. Para ello, trabajaré desde el materialismo histórico para comprender las dimensiones estructurales de los procesos de salud-enfermedad-atención, haciendo hincapié en las imbricaciones entre género-clase-etnia/raza como entramado de poder; de esta manera, podremos reconocer las articulaciones dialécticas entre estructura y resistencia mediante la cual las personas con enfermedades crónicas van construyendo sus estrategias de cuidados en la vida cotidiana.

Palabras-claves: Cuidados a Largo Plazo; Construcción Social del Género; Clase Social; Origen Étnico y Salud.

Resumo

As doenças crônicas não transmissíveis são um importante problema de saúde pública, pois sua incidência continua aumentando em todo o mundo. Neste trabalho me proponho analisar esse fenômeno no cenário argentino a partir da determinação social da saúde. Para tanto, trabalharei a partir do materialismo histórico para compreender as dimensões estruturais dos processos saúde-doença-cuidado, enfatizando as intersecções entre gênero-classe-etnia/raça como arcabouço de poder; dessa forma, poderemos reconhecer as articulações dialéticas entre estrutura e resistência por meio das quais as pessoas com doenças crônicas constroem suas estratégias de cuidado no cotidiano.

Palavras-chave: Assistência de Longa Duração; Construção Social de Gênero; Classe Social; Origem Étnica e Saúde.

Abstract

Non-communicable chronic diseases are an important public health issue as their incidence continues to increase throughout the world. This article aims to analyze this phenomenon from social health determination perspective. For this, we will work from historical materialism to understand the structural dimensions of the health-disease-care processes, emphasizing the articulations between gender-class-ethnicity/race as a framework of power; in this way, we will be able to recognize the dialectical relations between structure and resistance through which people living with chronic diseases build their care strategies in daily life.

Keywords: Long-Term Care; Social Construction of Gender; Social Class; Ethnicity and Health.

Introducción

En las últimas tres décadas, el campo de la salud registra un progresivo incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), generando altos índices de morbi-mortalidad a escala global.¹ Estas enfermedades comprenden aquellas que generan consecuencias para la salud a largo plazo e implican la necesidad de sostener cuidados de manera prolongada. Actualmente se presentan como la principal causa de mortalidad y de desarrollo de discapacidades en todo el mundo, aunque se observa mayor prevalencia en países dependientes.¹ En el informe "Análisis de Situación de Salud - República Argentina", el Ministerio de Salud de la Nación² informa que las ECNT representan el 80% del total de muertes en el país y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

Allí radica la relevancia de desarrollar lecturas que permitan comprender las dimensiones estructurales que constituyen el fenómeno. Este trabajo tiene como objetivo analizar las imbricaciones entre clase social, género y etnia/raza como dimensiones de la determinación social de la salud y el desarrollo de estrategias de cuidados en torno a enfermedades crónicas.

En los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) dichas dimensiones, ante sus diferentes articulaciones, configuran discursos y prácticas que se encuentran mediados por mecanismos de soportabilidad social y dispositivos de regulación de las sensaciones.³ Esto implica pensar en los procesos dialécticos que conjugan la naturalización de ciertas lógicas propias del régimen de acumulación capitalista por parte de los sectores subalternos con la (re) construcción constante que de ellas realizan; de esta manera, debemos considerar que el sistema inexorablemente provoca la aparición y reproducción de las enfermedades crónicas y genera, al mismo tiempo, configuraciones sociales de clase, sexistas y xenófobas/racistas que modelan las prácticas de cuidados que deben ser sostenidas a largo plazo.

¿Por qué analizar los PSEA desde la determinación social?

A partir del surgimiento de la Medicina Social Latinoamericana, y particularmente de la epidemiología crítica, diversas propuestas teórico-metodológicas han ido posicionándose

en el campo de la salud develando las imbricaciones de los PSEA con el contexto político, económico y social en los que se desarrollan; es decir que esas determinaciones estructurales no sólo los condicionan, sino que son constitutivas de su esencia.

De esta manera, la propuesta consiste en alejarse de estrategias metodológicas que proponen matrices multi-causales para comprender los fenómenos en salud que hacen hincapié en su condición biológica o –en el mejor de los casos– en una yuxtaposición de factores biológicos y sociales.⁴ Es el caso de la mayoría de las investigaciones sobre enfermedades crónicas que, reproduciendo esa lógica analítica, han generado lecturas parciales de los PSEA tanto por la fragmentación de la realidad que producen –derivada del análisis encorsetado en categorías estáticas, como factores o determinantes sociales– como por perder de vista el carácter sociohistórico de esos procesos.

La determinación social de la salud implica buscar elementos para el análisis de los PSEA en las lógicas de producción y reproducción de la estructura social; así Jaime Breilh⁵ explica que las condiciones étnicas/raciales, de género y de clase se construyen relacionadamente y deben ser necesariamente analizadas como categorías en constante movimiento; de esta manera, el carácter dinámico de estos procesos de salud resulta clave para su comprensión ya que se inscriben en el propio movimiento de los procesos sociales.

Clase, género y etnia/raza como dimensiones de la determinación social de la salud

En las sociedades clasistas, las lógicas de apropiación del poder que las estructuran se expresan en la interdependencia de tres inequidades sociales originales: la condición de género, la ubicación etno-nacional y la pertenencia de clase.

Acerca de las relaciones de clase, Breilh⁶ plantea:

[...] dependen de la ubicación diferencial de los grupos en el sistema de producción, de las relaciones de propiedad sobre los medios de producción, del grado de control y relaciones técnicas que las personas de ese grupo tienen sobre la marcha del proceso productivo; y de la cuota que les toca para su consumo, de acuerdo a las relaciones de distribución.^{6, p. 22}

En la lógica capitalista, los diferentes sectores de la clase trabajadora deben vender su fuerza de trabajo para garantizar la reproducción cotidiana de sus vidas a través del consumo de bienes y servicios adquiridos en el mercado; tal como planteaba Karl Marx⁷ la producción capitalista, que tiene su sustento en la generación de plusvalía, no sólo conlleva el empobrecimiento de esa fuerza de trabajo sino que “produce, además, la extenuación y la muerte prematura de la misma fuerza de trabajo”.^{7, p. 296}

En países económica y políticamente dependientes como Argentina, se profundizan esas relaciones de explotación generándose, en palabras de Ruy Mauro Marini⁸ la superexplotación generalizada del trabajo como una estrategia estructural de acumulación capitalista; al respecto, resulta fundamental recuperar los planteos de Jaime Osorio⁹ en relación a las configuraciones actuales de esa lógica de dependencia en nuestros países latinoamericanos; esto se traduce en la compra de la fuerza de trabajo por debajo de su valor, la prolongación de la jornada laboral, el incremento de la productividad y la intensificación del trabajo.

Podemos pensar entonces las diversas implicancias de estas formas de superexplotación en la vida y salud de los/as trabajadores/as. Más allá de los bajos salarios y las jornadas extendidas, el autor plantea que para que se eleve la intensidad laboral es necesario que se produzcan cambios tecnológicos y en la organización del trabajo que van asociados a la productividad; y avanza explicando:

La intensidad del trabajo propicia un tipo de desgaste que termina reduciendo la vida útil del trabajador "en condiciones normales", por la vía de enfermedades nerviosas y mentales, y por una elevación de los accidentes del trabajo, a diferencia de la prolongación de la jornada, con desgastes físicos inmediatos e incremento de los accidentes laborales.^{9, p. 19}

Estas lógicas de superexplotación que están siendo analizadas provocan configuraciones particulares en la socialización de la mano de obra. Lo que observamos es que la función estatal -materializada en servicios de salud y sistemas de seguridad social- no está enfocada en la revitalización de la fuerza de trabajo como en los países centrales, sino que esa función queda relegada al ámbito doméstico.

Es en ese proceso que, para promover la naturalización de esas relaciones de explotación, la burguesía se asienta en la existencia de un aparato coercitivo (es decir, el Estado) que desarrolla una densa red de dispositivos, los cuales -en términos gramscianos- organizan el consenso de las clases subalternas para la reproducción de ese sistema de dominación. La reificación como proceso de alienación fundante de la lógica capitalista, provoca la cosificación de manifestaciones objetivas y subjetivas de la vida y sienta las bases para justificar el avance de la lógica mercantil en todos sus ámbitos. Este proceso en el campo de salud se cristaliza en estrategias de atención que se orientan a garantizar la reproducción del capital alejándose del abordaje de las necesidades ontológicas de la clase trabajadora. Al respecto, Iván Illich¹⁰ plantea que las instituciones de salud medicalizadas generan iatrogenesis clínica, social y cultural, ya que suelen provocar mayores daños que beneficios, deben esconder las condiciones políticas que impactan negativamente en la

salud de la sociedad y tienden a expropiar el poder de las personas en relación con su salud y su ambiente.

La organización del trabajo basada en la pertenencia al sector de clase, el atravesamiento de género y la condición etno-nacional, determina la reproducción de la vida de los diferentes grupos sociales y por lo tanto, asigna particularidades a los PSEA; cabe destacar que las condiciones para acceder al trabajo en función de estas inequidades, son dictadas por el mercado y legitimadas por el Estado a través de un sistema jurídico, entendiendo que en el sistema capitalista el derecho es la voluntad de la clase dominante erigida en ley.¹¹

Cuando hablamos de condición etno-nacional, Breilh⁶ se refiere a ciertos atributos culturales que otorgan una identidad global aceptada por el conjunto y que a través de estrategias de cohesión esos grupos intentan consolidarse como nación. Históricamente, los grupos etno-nacionales que lograron concentrar mayor poder, han impuesto su propia subjetividad colectiva a otros grupos sociales. En nuestro país, podemos identificar un proceso de racialización de las relaciones de clases,¹² instalándose prácticas y discursos discriminatorios y de rechazo hacia quienes presentan "determinadas características corporales (propias del mestizaje de América Latina), origen migratorio (límitrofes y del "interior"), ubicación desventajosa en las posiciones de clase y formas culturales".^{13, p. 4}

Vemos esto reflejado en la explotación laboral que sufren trabajadores/as de diferentes países latinoamericanos que logran acceder a trabajos informales e inestables. Al respecto, podríamos destacar la situación de la población migrante boliviana en nuestro país, que, tal como sostiene María Inés Pacecca¹⁴ suele emplearse "en ocupaciones de baja calificación, que requieren abundante mano de obra y con bajos salarios; ha tenido, además, como contracara, la precariedad e inestabilidad en la contratación".^{14, p.26} Esta situación incrementa las posibilidades de tener accidentes laborales y enfermedades relacionadas con las condiciones de explotación en las que trabaja encontrándose, además, excluida del sistema de seguridad social.

Estas lógicas de producción se relacionan interdependientemente con la reproducción social. Históricamente, se promueven modos de producción y socialización en los que las mujeres han sido orientadas a las tareas de reproducción y el cuidado de otras personas, y los hombres, a las de producción para el mercado. Según Silvia Federici¹⁵ el salario masculino se construye sobre la invisibilización del trabajo reproductivo realizado por las mujeres en el ámbito doméstico e implica el cuidado de niños/as, adultos/as mayores, personas discapacitadas y del trabajador, situación que en las mejores condiciones permite elevar los niveles de rentabilidad capitalista.

De esta manera, patriarcado y capitalismo se combinan para construir mandatos sociales de género que cimentan relaciones asimétricas de poder entre las feminidades y masculinidades, garantizando así la reproducción de la lógica del capital. La condición femenina se construye partiendo de una supuesta vocación natural por las tareas reproductivas dentro del hogar, asumiendo la maternidad como destino unívoco y la glorificación de la familia, que suele ser la base para legitimar la gratuidad de dicho trabajo, una lógica basada en el amor, el cuidado y el servilismo que ha mantenido a las mujeres sujetas a dichas tareas.¹⁵

Mientras tanto, el modelo masculino imperante en las sociedades occidentales sustenta la superioridad del hombre en la medida en que se aproxime al prototipo de hombre blanco de origen europeo, heterosexual, burgués y que responda a una visión judeo- cristiana del mundo.¹⁶ Nociones como fortaleza física, competitividad, represión afectiva, agresividad, entre otras, han ido configurando históricamente los mandatos sociales en torno a esta masculinidad hegemónica y sientan las bases de la dominación masculina que impone el sistema.

En los procesos de socialización de construcciones hegemónicas de género, se “evidencian claras ventajas para el hombre, algunas de las cuales, con el tiempo y su rigidización, se pueden ir transformando en un costo para su salud –y la de mujeres y otros hombres– [...]”.^{17, p. 138} Es así que podemos pensar que existen condiciones estructurales en torno a las construcciones sexo-genéricas que tienden a ubicar tanto a feminidades como masculinidades en situaciones de opresión.

Las construcciones sociales acerca de las masculinidades han implicado incorporar la concepción del cuerpo masculino como un instrumento de trabajo, particularmente en “los sectores subalternos en donde el trabajo y la fuerza corporal son centrales para la sobrevivencia”.^{17, p. 139} Los procesos de reificación de las relaciones sociales se traducen en la conversión de los/as trabajadores/as en productos intercambiables; en los países dependientes se promueve una reproducción de la fuerza de trabajo de baja calificación, lo cual genera la existencia de un amplio ejército de reserva que garantiza la reproducción de las condiciones de explotación. De esta manera, los trabajadores que se ven ubicados en el papel hegemónico de proveedores económicos de sus hogares priorizan la continuidad laboral aun cuando padecen malestares, demorando en asistir a las consultas sanitarias y acelerándose así la aparición de complicaciones en sus situaciones de salud.

El mercado de trabajo refuerza esta división sexual y esos estereotipos de género, ofreciendo a la clase trabajadora posibilidades de vender su fuerza de trabajo basadas en esas construcciones sexo-genéricas. Es decir que suele registrarse una mayor inserción laboral de hombres en tareas que implican mayor esfuerzo físico y de mujeres,

predominantemente, en tareas de servicios y cuidados. Cuando pensamos en la condición etno-nacional, esto pareciera respetarse e, inclusive, reforzar las condiciones de explotación, generando plusvalía étnica² en función de la inserción diferenciada según género-rama de actividad.

La necesidad –y el desafío– de compatibilizar el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres las obliga a acceder a trabajos en condiciones informales. Esto sucede debido a que la responsabilización en torno a las tareas domésticas y a las de maternaje, se combinan con las frágiles estrategias estatales que apuntan a facilitar el desarrollo de esas tareas de cuidados. La triple carga laboral –el trabajo doméstico, el desarrollado en el mercado formal y también las tareas vinculadas a la reproducción biológica– lleva a las mujeres a postergar las consultas por temas relacionados con su salud. Paradójicamente, los controles de embarazo –que tal como se denominan, en el imaginario social suelen estar orientados al cuidado de un embarazo más que de la persona gestante– significan una oportunidad para recibir una atención integral, posibilitando el diagnóstico de alguna enfermedad pre-existente.

Como hemos visto hasta aquí, la determinación social de la salud insta a reflexionar acerca de la concentración del poder y su reproducción en tres formas sociales de inequidad que se retroalimentan: la dominación patriarcal, la dominación de clases y la dominación etno-nacional;⁶ y es entonces a partir de las diferentes articulaciones entre ellas que los PSEA adquieren configuraciones particulares.

Cronicidad de las situaciones de salud-enfermedad y estrategias de cuidados

La cronicidad como característica de estas enfermedades no transmisibles, implica un proceso de incesantes variaciones, en las que se las resignifica constantemente. En diferentes momentos del PSEA, podemos notar vaivenes entre el estar enfermo y el ser enfermo; el primero implica entenderlo como una condición momentánea y el segundo, como una configuración identitaria en torno a las enfermedades crónicas, asumiéndolas como parte de la cotidianeidad. Siguiendo a Leila Passerino¹⁸ puede plantearse que “la trayectoria de la enfermedad crónica es asimilada al curso de la vida, contribuyendo íntimamente para el desenvolvimiento de una vida particular donde la enfermedad se torna inseparable de la propia historia de vida”.^{18, p. 34}

En ese proceso de incorporación de la enfermedad a la cotidianeidad, el desarrollo de estrategias de cuidados debe analizarse como parte del entramado de estrategias de

reproducción de la vida de las personas y sus grupos familiares; Susana Torrado¹⁹ plantea que las estrategias familiares de vida refieren:

[...] a aquellos comportamientos de los agentes sociales que -estando determinados por su sector de clase- se relacionan para asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas (económicas y no económicas) indispensables para la optimización de las condiciones materiales y no materiales de existencia de la unidad doméstica y de cada uno de sus miembros.^{19, p. 59}

De esta manera, las oportunidades reales que han tenido -y tienen- las personas y sus grupos familiares de acceder a políticas sociales que les permitan garantizar la reproducción cotidiana de sus vidas, son determinantes a la hora de construir -y reconstruir- las estrategias de cuidados en torno a las enfermedades crónicas. Siguiendo a Raúl Rojas Soriano,^{20, p. 18} podría determinarse entonces "por qué existen situaciones diferenciales entre las clases sociales respecto del tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como en la concepción de esta, en la esperanza de vida y muerte, y en el acceso real a los servicios médicos".^{20, p. 18}

Siguiendo la lógica capitalista, las estrategias de cuidados deben tensionarse con las posibilidades de consumo y, en el campo de la salud en particular, con la adquisición de servicios de cuidados a través de la lógica mercantil. Un aspecto importante para destacar se relaciona con el avance que el mercado ha tenido en la oferta de estos servicios; observamos una clara feminización de este fenómeno, visibilizándose particularmente situaciones de explotación de mujeres migrantes provenientes de países latinoamericanos. De esta manera, hay que destacar la "doble situación desfavorable de ser migrante y mujer, quienes se ven conducidas a una mayor flexibilidad para aceptar empleos de baja calidad y reducidos ingresos".^{21, p. 109} En base a esa explotación, amplios sectores de la sociedad han podido acceder a servicios de cuidados obtenidos de esta manera.

Los mandatos sociales en torno a la construcción de masculinidades y feminidades atravesadas por los condicionamientos de clase y etno-nacionales, van configurando posicionamientos diferenciados frente a las enfermedades crónicas y a los cuidados, materializándose en discursos y prácticas concretas en los escenarios de la vida cotidiana. En las consultas sanitarias de personas con diabetes, escuchamos a trabajadores rurales y de la construcción que comentan sus dificultades para sostener el tratamiento indicado en cuanto a horarios de colocación de insulina, debido a las extensas jornadas laborales sin poder regresar a sus hogares. Por su parte, solemos identificar en las estrategias familiares de alimentación una jerarquización de esas necesidades en función de la configuración del

grupo doméstico; ante la presencia de niños/as y hombres, las mujeres suelen postergar sus necesidades alimentarias.

La Organización Panamericana de la Salud²² informa una mayor mortalidad prematura de hombres por ECNT; en este sentido, las mujeres tienen mayor esperanza de vida aunque suelen desarrollar a largo plazo mayores discapacidades derivadas de esas enfermedades; estos datos resultan significativos en la medida en que consideremos las limitaciones que tienen las mujeres en incorporarse al mercado laboral formal y la implementación de políticas de seguridad social sin perspectiva de género que, en reiteradas ocasiones, las incluyen como madres y no como trabajadoras.

Cabe destacar también la heterogeneidad de la clase trabajadora en función de la condición del empleo; en Argentina, el trabajo formal –registrado– fue el eje a partir del cual se organizaron los sistemas de salud y de seguridad social, basándose en la noción de autovalía como piedra fundacional de los mismos. De esta manera, la formalidad del trabajo permite el acceso a prestaciones sociales y de salud, y facilita la adquisición de servicios en el mercado. En relación con las personas que trabajan en la informalidad, Estela Grassi²³ y plantea que: “la asistencia se restringió a quienes se encontraran ‘marginados’ del mercado de trabajo y delimitó su sujeto en la categoría identificatoria de ‘pobre’, organizando sus prestaciones sobre el principio de necesidad, según carencias y sujetos particularizados”^{23, p. 2} Esto quiere decir que los sistemas de seguridad social y de salud argentinos, se fundaron alejados del principio de universalidad.

Cristalizaciones de la determinación social en situaciones concretas de explotación – como se juegan relacionadamente en la construcción del analfabetismo o en la emergencia de situación/habitación de calle, entre otras–, imprimen particularidades a las situaciones de salud-enfermedad y, por lo tanto, a las estrategias de cuidados que puedan ser construidas en ese escenario.

Incorporar lecturas desde la determinación social de los PSEA, entonces, permite cuestionar una frase que cotidianamente escuchamos en los servicios de salud y se refiere a la responsabilidad del paciente en adherir al tratamiento. En este punto, cabe detenernos a reflexionar sobre el proceso de expropiación de la salud que, como explica Illich,⁹ ha ido generando que los diferentes grupos sociales descrean de sus capacidades para responder a sus necesidades y naturalicen la medicalización de sus vidas. De esta manera, la hegemonía de la medicina en el campo de la salud fue construyéndose en base al discurso de supremacía del conocimiento científico occidental –y ligado a los intereses de la industria– como el único válido para comprender los fenómenos de la salud y, por consiguiente, indicar las opciones terapéuticas consideradas adecuadas. En palabras de Floreal Ferrara,²⁴ la enfermedad en ese marco genera:

[...] una clara dependencia por la cual el paciente se recluye pasiva y dependientemente en la esperanza y petición de que cuiden de él. La incapacidad que produce la enfermedad actúa como argumento de legitimación para solicitar ayuda y cuidado. Esta situación favorece o permite un punto de apoyo para la instauración del control social sobre el paciente y su estructura motivacional conformativa.^{23, p. 53}

Esto fue contribuyendo a la construcción de relaciones asimétricas de poder entre profesionales de la salud y los grupos sociales y, también, a la responsabilización de las personas en relación con el cumplimiento de las indicaciones sobre cuidados que desde los servicios de salud se realizan. Pensar las prácticas de cuidados implica considerar “la posibilidad de identificar los significados que permiten [...] asumir la propia existencia, bajo el principio de heterogeneidad de mundos y visiones de vida”.^{25, p. 392} En este sentido, es frecuente presenciar desencuentros entre los equipos de salud y las personas y sus grupos familiares en torno a prácticas de cuidados, principalmente aquellas que derivan de transmisiones generacionales y no se corresponden con la indicación que hacen los equipos. En este punto, la condición etno-nacional se convierte en una dimensión significativa en la disputa de sentidos sobre esos cuidados, ya que frecuentemente estos son comprendidos y practicados desde bases epistémicas que se distancian de las lógicas del modelo médico-hegemónico occidental y mercantilizado. En la construcción de esas prácticas resulta necesario pensar cómo operan los dispositivos de regulación de las sensaciones en esas construcciones de significados, en la medida en que esa regulación implica las tensiones entre sentidos, percepciones y sentimientos que organizan las formas que tienen las personas y las clases de apreciarse en el mundo³. Esas formas de apreciarse van construyendo formas adecuadas de sentir que son socialmente validadas y que determinan las estrategias de cuidados en torno a las enfermedades crónicas. En este sentido, podemos pensar diversas situaciones en las cuales las personas han referido haber sentido vergüenza debido al incumplimiento de las indicaciones que realizó el equipo de salud –como laboratorios, registros de glucemias, estudios complementarios como espirometrías, entre otras–, siendo estos, motivos por los cuales suspendieron la atención.

El uso generalizado del término paciente en el campo de la salud nos invita a revisar sus alcances como otra de las 'formas adecuadas de apreciarse', en la medida en que el lenguaje construye realidad y, a su vez, “tiene efectos sobre aquellos que lo ‘habitan’”.^{26, p. 4} El término puede pensarse como expresión subjetivada de la realidad concreta de los servicios de salud y de la normatización de las necesidades de la población; es decir, como una manifestación más de la alienación de la fuerza de trabajo, entrando en la lógica de una praxis enajenada.²⁶ Cuanta más paciencia tenga para soportar las inaccesibilidades del

sistema, mejor paciente será. Es en esta misma lógica que se expresa la paciencia en relación con las condiciones laborales indignas, los bajos salarios, el trabajo doméstico no remunerado, entre otras manifestaciones concretas del sistema de explotación.

Dando continuidad a esta línea de análisis, resulta relevante considerar cómo operan los mecanismos de soportabilidad social³ en tanto promotores de la aceptación y naturalización de esas condiciones de opresión que el propio régimen de acumulación genera. Las estrategias de cuidados que se construyan tendrán que ver con las posibilidades reales –materiales y simbólicas– que tienen las personas y, en ese sentido, estos mecanismos provocan la naturalización de las limitaciones y obstáculos que el propio sistema impone; podríamos identificar, por ejemplo, la aceptación de (des) tiempos institucionales y estrategias de organización de los servicios de salud que frecuentemente no responden de manera oportuna a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas.

Cabe pensar en las peregrinaciones entre instituciones y dispositivos que las personas se ven obligadas a realizar para intentar acceder a algún insumo, medicamento o servicio, como la inaccesibilidad a determinadas prestaciones en salud debido a la burocratización de los circuitos administrativos. Estas situaciones suelen ser frecuentes en hombres con enfermedades crónicas que alternan trabajos formales e informales y deben gestionar medicamentos e insumos en diferentes sub-sistemas dependiendo de su condición laboral. Aquí debemos considerar los tiempos que conlleva sortear esas barreras administrativas y las consecuencias que esto puede provocar en su salud.

La naturalización de situaciones de inaccesibilidad se encuentra mediada por la lógica liberal que promueve un discurso relacionado con la escasez de recursos en el sub-sistema de salud público y habilita –y promueve– la competencia por ellos; la meritocracia se instala como regla de juego y, por consiguiente, comienza a perecer la exigibilidad del derecho. Sumado a esto, la construcción social –y política– de los/as migrantes latinoamericanos/as como una amenaza para los servicios de salud, justifica repetidas escenas de violencia que van provocando una normalización de paisajes de la crueldad.²⁷

Como parte del entramado de las estrategias de cuidados, las redes sociofamiliares suelen tomar protagonismo y cobran aún mayor relevancia ante la inaccesibilidad a los circuitos institucionales formales. De esta manera, podemos pensar en vecinos/as, familiares y referentes comunitarios/as que facilitan la accesibilidad de personas con enfermedades crónicas a turnos programados –ya sea acercándose a las instituciones a gestionarlos, encargándose del traslado e inclusive acompañando personalmente el día del turno–; que consiguen alimentos e insumos acordes a indicaciones médicas; que acompañan internaciones, siendo referentes claves en el andamiaje de estrategias de cuidado post- alta hospitalaria; y también, que intentan apelar a su capital social para agilizar trámites en

diferentes instituciones. Ejemplo de esta última situación lo constituyen diferentes colectivos de inmigrantes que suelen facilitar la obtención de documentación requerida para regularizar la condición migratoria. Estos soportes colectivos actúan como fortalecedores de los procesos protectores de la salud,⁵ materializándose en prácticas de cuidados concretas que intentan resolver esas inaccesibilidades a las que se enfrentan las personas con enfermedades crónicas.

Consideraciones finales

Pensar los PSEA desde la determinación social nos invita a considerar la lógica dialéctica que relaciona lo singular y lo colectivo, lo social y lo biológico, permitiendo así identificar la dinámica propia de la determinación y en ella, las articulaciones que se generan entre clase social, género y raza/etnia. La cronicidad de las situaciones de salud-enfermedad debe ser comprendida junto con el constante movimiento de las imbricaciones entre esas dimensiones, las cuales pueden ir adquiriendo diferente preponderancia una sobre otra a lo largo del tiempo y en escenarios particulares.

Tanto los mecanismos de soportabilidad social como los dispositivos de regulación de las sensaciones operan como estrategias para mantener el *status quo*, de manera tal que la clase trabajadora naturalice las lógicas opresivas que el mismo sistema genera. Vemos que las personas con enfermedades crónicas desarrollan sus estrategias de reproducción cotidiana condicionadas por configuraciones sociales clasistas, sexistas y xenófobas/racistas que modelan sus estrategias de cuidados; de esta manera, las inaccesibilidades a las que se enfrentan suelen ser naturalizadas en función de su posición en la estructura social.

En simultáneo, se desarrollan estrategias de cuidados que se sustentan en lógicas alternativas y que abordan las cuestiones de salud considerando las diferentes dimensiones de la vida cotidiana. Estas resistencias ante los procesos de reificación de la salud que los sectores subalternos desarrollan resignifican y reconstruyen constantemente las condiciones estructurales, demostrando las posibilidades de cimentar otras formas de cuidados.

Pensar condiciones favorecedoras de procesos dialógicos entre las diferentes expresiones de los cuidados implica que los servicios de salud deban reconocer que, frecuentemente, aquellas que no se corresponden con las lógicas instituidas suelen resolver de manera más oportuna necesidades ontológicas de la población, ya que logran, entre otras cuestiones, sortear aquellas inaccesibilidades a las que se enfrentan.

El desafío, entonces, es trabajar en la deconstrucción de estas históricas tensiones epistémicas, comprendiendo el impacto que las lógicas capitalistas, coloniales y patriarcales han tenido en la organización de los cuidados; conocer -y reconocer- las lógicas que les

dieron origen y configuraciones particulares en el sistema de salud, en el campo comunitario y en el espacio socio- familiar como así también aquellas que surgen como expresiones de resistencia a estas opresiones, resulta fundamental para generar estrategias de cuidados situadas y articuladas. Sólo de esta manera podremos continuar construyendo un paradigma epistemológico que conciba genuinamente la participación popular como piedra angular de la salud colectiva.

Autoría

CA realizó el análisis, desarrolló el trabajo, revisó el texto completo y aprobó el formato final.

Agradecimientos

Agradezco a Nora Ftulis y a Daniel Figueiredo por los generosos aportes teórico-metodológicos que me permitieron profundizar el análisis del tema.

Referencias

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: progress monitor 2020. Geneva: WHO; 2020.
2. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Análisis de situación de salud: República Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2018.
3. Scribano A. ¿Por qué una mirada sociológica de los cuerpos y las emociones?: a modo de epílogo. In: Figari C, Scribano A, organizadores. Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s): hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica. Buenos Aires: CICCUS; 2009. p. 141-51.
4. Laurell AC. La Salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud. 1982;2:7-25.
5. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Publica. 2013;31(Suppl 1):S13-S27.
6. Breilh J. El género entre fuegos: inequidad y esperanza. Quito: CEAS; 1996. (Serie mujer; n. 4).
7. Marx K. El capital: crítica de la economía política. 28a re-impresión. Ciudad de México: Siglo XXI; 2008. (Biblioteca del pensamiento socialista). T. 1; Vol.1.

8. Marini RM. En torno a dialéctica de la dependencia (postscriptum). Argumentos (México, DF) [Internet]. 2013 [citado 20 ago 2020];26(72):17-27. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952013000200002
9. Osorio J. Patrón de reproducción del capital, crisis y mundialización. In: Seminario internacional REGGEN: Alternativas globalização; 8 al 13 Oct 2005; Rio de Janeiro: UNESCO; 2005. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/reggen/pp17.pdf>
10. Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores; 1975.
11. Marx K, Engels F. Manifiesto comunista. Buenos Aires: El Aleph; 2000.
12. Margulis M. La racialización de las relaciones de clase. In: Margulis M, Urresti M, et al. La segregación negada: cultura y discriminación social. Buenos Aires: Biblos; 1999. p. 37-62.
13. Bruno SF. Inserción laboral de los migrantes paraguayos en Buenos Aires: revisión de categorías: desde el nicho laboral a la plusvalía étnica. Poblac Desarr [Internet]. 2008 [citado 20 ago. 2020];(36):7-24. Disponible en: http://archivo.bc.una.py/index.php/RE/article/view/716/pdf_30
14. Pacecca MI. Trabajo adolescente y migración desde Bolivia a Argentina: entre la adultez y la explotación. Buenos Aires: CLACSO; 2013. (Colección Estudio sobre las desigualdades).
15. Federici S. El patriarcado del salario: críticas feministas al marxismo. Madrid: Traficantes de sueños; 2018.
16. Artiñano N. Masculinidades incómodas: jóvenes, género y pobreza. Buenos Aires: Editorial Espacio; 2015.
17. de Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S, organizadores. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.
18. Passerino L. Cronicidad, experiencia y vida cotidiana: análisis crítico de una trayectoria. In: Domínguez Mon A, Schwarz P, organizadores. Redes de cuidado, autocuidado y desigualdad en salud: personas que viven con enfermedades de larga duración. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani; 2015. p. 24-35.

19. Torrado S. Sobre los conceptos de estrategias familiares de vida y proceso de reproducción de la fuerza de trabajo: notas teórico-metodológicas. *Estud Demogr Urbanos Col Mex.* 1981;15(2):204-33.
20. Rojas Soriano R. *Capitalismo y enfermedad.* México: Plaza y Valdés; 1999.
21. Maguid A, Arruñada V. El impacto de la crisis en la inmigración limítrofe y del Perú hacia el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Buenos Aires: Estudios del Trabajo;* 2005. 30:95-122.
22. Organización Panamericana de la Salud. Las mujeres y los hombres enfrentan diferentes riesgos de enfermedades crónicas [Internet]. Washington, DC: OPS; 28 Feb 2011 [citado 20 ago. 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=309:las-mujeres-hombres-enfrentan-diferentes-riesgos-enfermedades-cronicas&Itemid=227
23. Grassi E. La política social, las necesidades sociales y el principio de la igualdad: reflexiones para un debate "post-neoliberal". In: Ponce Jarrín J. *Es posible pensar una nueva política social para América Latina.* Quito: FLACSO Ecuador; 2008. p. 29-68.
24. Ferrara F. *Teoría política y salud.* Buenos Aires: Catálogos; 1993. (Abordando la salud; T. 2).
25. Muñoz Franco NE. Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva* [Internet]. 2009 [citado 20 ago. 2020];5(3):391-401. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300007
26. Valderrama P. *Psicoanálisis y marxismo: ¿Un diálogo imposible?*. En *Defensa del Marxismo* [Internet]. 1998 [citado en 2020 ago. 20];(20):177. Disponible en: <https://revistaedm.com/verNotaRevistaTeorica/325/psicoanalisis-y-marxismo-un-dialogo-imposible>
27. Segato R. *Contra-pedagogías de la crueldad.* Buenos Aires: Prometeo; 2018.

Minicurrículo

Carla Angelini | <https://orcid.org/0000-0002-0104-203X>
<http://lattes.cnpq.br/7305321712159352>