Debates Críticos
Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud

NEOLIBERALISMO Y SALUD EN ARGENTINA: INVITACIÓN A SITUAR LAS LUCHAS E INVENTAR NUEVOS MUNDOS

NEOLIBERALISM AND HEALTHCARE IN ARGENTINA: AN INVITATION TO SITUATE THE STRUGGLES AND INVENT NEW WORLDS

Dra. Celia Iriart
Es Profesora Emérita de la Universidad de Nuevo México en los Estados Unidos, y posee un doctorado en Salud Colectiva por la Universidad de Campinas (UNICAMP) de Brasil, un diplomado en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires y una licenciatura en Sociología por la Universidad Nacional de Mar del Plata.
ciriart@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-2329-9629

Fecha de presentación: 25/03/2025

Fecha de aceptación: 10/05/2025

Resumen

El artículo plantea la crisis que afecta al sector salud en la mayoría de los denominados países occidentales, y particularmente como golpea muy fuerte en Argentina debido a las necropolíticas instituidas por el gobierno autodenominado anarco-capitalista. Este proceso tiene sus raíces en los desarrollos del neoliberalismo globalizante que favoreció la hegemonía del capital financiero y su entrada en el sector salud. Esto produjo importantes cambios en la estructura del sector y en el modelo tecno-asistencial que moldea las subjetividades colectivas. La autora describe el modelo tecno-asistencial eurocéntrico, que coloniza no solo al sector privado sino también al de la seguridad social y al estatal, para lo cual produce las formas hegemónicas de definir, diagnosticar y tratar los padecimientos, y estratificar los servicios que segmentan el acceso según capacidad de pago. El modelo tecno-asistencial, en tanto analizador, permite mostrar como la molecularidad capitalística genera subjetividades deseantes de un consumismo sanitario, que cada vez aleja más el sistema de salud de las necesidades mayoritarias y aliena a sus trabajadores. El artículo muestra la necesidad de cuestionar este modelo tecno-asistencial, que conlleva a la biomedicalización de la vida y propone abrir la escucha a otros saberes, prácticas y necesidades, honrando la diversidad y el respeto por la naturaleza y los demás seres de los nunca debimos distanciarnos. El desafío está en concebir nuevas formas de enfrentar la enfermedad y el padecimiento de manera colectiva y crear formas de cuidado donde todas las vidas valgan y las celebremos en su diversidad.

Palabras clave: Complejo médico-industrial-financiero, Modelo tecnoasistencial hegemónico, Biomedicalización, Re-existencia, Argentina.

Abstract

This article addresses the crisis affecting the healthcare sector in most so-called Western countries, and how it is particularly impacting Argentina due to the necropolitics instituted by the self-proclaimed anarcho-capitalist government. This process is rooted in the developments of neoliberal globalization, which favored the hegemony of financial capital and its entry into the healthcare sector. This produced significant changes in the sector's structure and in the techno-care model, which shapes collective subjectivities. The author describes the Eurocentric techno-healthcare model, which colonizes not only the private sector, but also the social security and state-own sectors. This process requires the production of the hegemonic approach of defining, diagnosing, and treating conditions, and stratifying services that segment access based on ability to pay. The techno-care model, as an analytical tool, allows us to show how the molecularity of the capitalist system generates desiring subjectivities of a healthcare consumerism that increasingly distances the healthcare system from the needs of the most people and alienates its workers. The article demonstrates the need to question this techno-care model, which leads to the biomedicalization of life, and proposes opening up to other knowledge, practices, and needs, honoring diversity and respecting nature and other beings from whom we never have distanced ourselves. The challenges lie in conceiving new ways of confronting illness and disease collectively and creating forms of care where all lives matter and where we celebrate them in their diversity.

Keywords: Medical-industrial-financial complex, Techno-healthcare hegemonic model, Biomedicalization, Re-existence, Argentina.

1- Introducción

No sólo en Argentina, pero particularmente aquí, estamos transitando un presente lleno de incertidumbres y retrocesos en los contratos sociales que, con bastante precariedad, es necesario decirlo, existían hasta la asunción del nuevo gobierno. Gobierno que gusta autoproclamarse anarco-capitalista, y que más precisamente es posible definir como un gobierno que muestra de forma transparente que el proyecto que encarna implica la exaltación de la violencia y desprecio por el sufrimiento de millones de personas, y que abraza sin ningún ocultamiento la necropolítica. (Mbembe, 2011)

Todes estamos muy golpeades y perplejes por el presente que ofrece este gobierno. El desmantelamiento acelerado del estado, el retiro del gobierno de muchas obligaciones contraídas con las provincias y con la población en general son llevadas adelante con una decisión inquebrantable de desguazar el aparato estatal eliminado miles de puestos de trabajo a través de despidos masivos, y cerrando o reduciendo a una mínima capacidad a cientos de agencias gubernamentales. En el tema sanitario observamos una situación agravada por el desmantelamiento del ministerio nacional, convertido en secretaría, pero prácticamente inexistente. Han arrasado con los programas nacionales que cubrían medicamentos, incluidos tratamientos en curso para cánceres y otros de alto costo, imposibles de afrontar para quienes los recibían. Desregularon una serie de actividades sanitarias que ponen en peligro la salud, tal el caso de cuestiones relacionadas con medicamentos, alimentos, y muchísimos otros aspectos de la vida colectiva que impactan en el proceso salud-padecimiento-atención (no uso el término cuidado porque desde hace décadas que el sistema sanitario no cuida, ni a usuarios ni a sus trabajadores).

En Argentina, el área de salud recae fundamentalmente en los gobiernos provinciales para su regulación, financiamiento y prestación, pero sostenido en gran parte por las transferencias de recursos en forma de

coparticipación de impuestos y otros tipos de transferencias desde el gobierno nacional a las provincias. Estas transferencias han sido cortadas total o parcialmente, con lo cual el financiamiento estatal en provincias y municipios se ha visto fuertemente comprometido. A eso hay que sumarle que el otro sector que financia salud es la seguridad social, vía las obras sociales nacionales y provinciales, y el PAMI (que cubre a jubilades y pensionades), se ha visto jaqueado también por la disminución del valor real de los salarios de los empleos registrados y de los ingresos para les monotributistes[1] y los despidos de trabajadores, tanto en el sector estatal como en el privado. Las subas autorizadas por el gobierno nacional vía la desregulación de la actividad de los seguros de salud privados (llamados prepagos en Argentina) generó aumentos desmedidos, lo que ha hecho que muches de sus afiliades hayan tenido que cambiar a planes con menores coberturas o darse de baja. Este cuadro genera una mayor demanda sobre los servicios estatales que los deben enfrentar con un financiamiento menguado, costos crecientes de sus insumos y equipamientos, recortes de personal en algunas jurisdicciones y salarios muy deteriorados.

La complejidad y extensión de los procesos desatados es enorme y es importante que desde los diversos espacios situemos nuestros análisis y propuestas, y construyamos alianzas con aquellos colectivos que pueden dar cuenta de otros aspectos. Es el momento de tejer una enorme red de organizaciones hermanas que solidifiquen las luchas que serán en muchos frentes y muy difíciles. Quienes estamos involucrados de diversas maneras en el campo sanitario es importante que nos enfoquemos, y aportemos nuestros conocimientos para generar propuestas que nos saquen del marasmo en que este gobierno nos ha sumido. Debemos actuar en defensa de la vida en todas sus formas, cuestionar no sólo las necropolíticas de desmantelamiento de las instituciones sanitarias, sino también el modelo tecno-asistencial que cada vez es más costoso y destinado a minorías que lo pueden pagar, pero deja sin respuesta las necesidades mayoritarias.

Ese modelo tecno-asistencial se ha instituido como la subjetividad hegemónica del conjunto de les profesionales y otres trabajadores de salud, que lo asumen como el único científico y deseable, y así lo trasmiten en su praxis a les usuaries y afianzan las subjetividades colectivas. Todo esto en consonancia con una intensa difusión a través de medios de comunicación, vía publicidad explícita o encubierta, y de redes sociales.

Trabajar en defensa de la vida implica comprender cuales son las necesidades locales que en el tema sanitario tienen los muy diversos grupos sociales y étnico-culturales que habitan nuestros territorios, crear nuevas formas de cuidado que entrelacen lo particular y lo grupal, que construyan comunidad, que puedan ser sensibles a otros saberes, y entrar en diálogo con ellos. La biomedicina occidental eurocéntrica, término que engloba a la biomedicina estadounidense, tal vez la más hegemónica globalmente en las últimas décadas, es expresión de la dominancia del capital financiero en el capitalismo neoliberal globalizante y de un saber científico basado en las premisas filosóficas de la modernidad constituida a partir de la colonización europea. Esto se constata tanto en la investigación, desarrollo y producción de medicamentos, equipamientos y biotecnologías diversas, como en la administración de seguros que financian las prestaciones y en la gestión de servicios asistenciales, no sólo en el ámbito privado lucrativo, sino también en el estatal.

La ciencia biomédica eurocéntrica, que trata a las personas aisladas de sus contextos, está incrementando el colonialismo, a través de los desarrollos aceleradísimos de la informática y más recientemente de la inteligencia artificial. Procesos sustentados en una epistemología que instaurada en la modernidad, define la universalidad de esta tecno-ciencia eurocéntrica, reforzada a comienzos del siglo XX en la biomedicina con el Informe Flexner que desde Estados Unidos dio origen a la medicina centrada en el hospital, el laboratorio, y el individuo aislado de su contexto (Flexner, 1910). Esta medicina fue llamada medicina científica e instituyó las formas de producirla y aplicarla, así como una matriz colonial del poder que en

[1] El monotributo es una forma precaria de inserción en el sistema de seguridad social de los trabajadores sin relación de dependencia, muchos con ingresos muy bajos.

nuestros territorios implica una subordinación o negación de saberes y prácticas que provienen de otras cosmogonías y experiencias situadas. Considero necesario contribuir a un debate en salud que ayude a repensar saberes y prácticas hegemónicos que poco ayudan a mantener la salud personal y colectiva de les humanes, y de todes les que componen este universo llamado tierra y el cosmos al que pertenecemos, ya que también están contaminando con basura espacial y tratando de extraer riqueza de materiales que allí se encuentran.

Ante esta situación nos parece importante salir del discurso enloquecedor, lleno de incertidumbres y de señales amenazantes y de muerte. Hoy más que nunca es imperioso anclarnos en situaciones concretas, crear colectivos que permitan apoyarnos amorosamente y faciliten la creación de nuevas posibilidades allí donde nos toca participar. Para esto es fundamental salir de los paradigmas impuestos desde hace siglos por la colonialidad eurocéntrica en la cual estas formas de gubermentalidad que hacen de la necropolítica su estandarte, y a través de los entornos digitales (plataformas, inteligencia artificial, etc.) hoy más que nunca reconfiguran nuestras subjetividades y nos quieren perpetuar en ese colonialismo destructivo.

2- Repasemos el pasado para comprender el presente

Repasar los cambios radicales iniciados hace casi cuatro décadas en el sector salud es importante porque las políticas actuales claramente se enraízan en ese pasado, no son ninguna novedad como las quieren presentar, sino una profundización. Es importante ubicar el origen de los procesos actuales en aquellos que se instalan en el sector salud con el neoliberalismo allá por las décadas de los 80-90s, no sólo en Argentina sino en Latinoamérica, con especial énfasis en Chile, Colombia y Argentina. No podemos comprender la situación actual si no entendemos el proceso que nos llevó hasta aquí y aquello que se fue gestando de manera más silenciosa para recrear nuestras subjetividades que le dan vida y naturalizan en el presente ese pasado.

En Argentina, desde el gobierno de Menem a comienzos de los 90s, se va a desarrollar un proceso de quiebre del sistema sanitario, fundamentalmente basado en servicios y programas estatales, tanto personales como colectivos, financiados a través de impuestos, y en servicios privados de atención individual, mayoritariamente financiados por la seguridad social o por pagos de bolsillo (Iriart *et al., 1995).* La pertenencia a la seguridad social por rama de actividad laboral incluía al conjunto de les asalariades, en esa época mayoritariamente trabajadores registrades. Esto suponía una modalidad solidaria donde cada miembre de ese colectivo usaba el sistema según sus necesidades y aportaba según su capacidad contributiva basada en el salario percibido. (Belmartino & Bloch, 1985; Cortes, 1985). El sistema de obras sociales, como se denomina a la seguridad social basada en el empleo formal en Argentina, se asoció al sistema privado de prestadores, no al sector estatal como había sido la idea del primer ministro de salud que tuvo Argentina, el Dr. Ramón Carrillo (Carrillo, 1951). Esto facilita a les prestadores privades crecer en las siguientes décadas de manera de favorecer sus aspiraciones de acumulación económica (Iriart *et al.*, 1995). Esto se repite en la mayoría de los países donde hubo sistema de seguridad social basada en el empleo.

Como consecuencia de la transformación del modelo de acumulación capitalista que se da desde mediados de la década del 70, el capital financiero se erige, a nivel mundial, como el gran vector de la acumulación en las siguientes décadas, y se instala masivamente en diversas áreas de la economía, entre ellas salud. Así la década del 90 en Argentina va a ser conmocionada por un gobierno que, como el actual, implementó una amplia desregulación de la economía, que afectó al sector salud de manera irreversible, a pesar incluso de que algunas medidas se revirtieron en sucesivos gobiernos. Se produjo en el gobierno menemista, la desregulación de las profesiones, de la seguridad social, y se crearon los hospitales de autogestión, entre otras muchas medidas. En la seguridad social se produjo la ruptura de la solidaridad grupal vía la individualización de los aportes y contribuciones para dar lugar a la "libre elección", cuya consecuencia fue la transformación del usuarie/ afiliade en cliente/consumidor cuyos derechos dependen de su capacidad adquisitiva, no de los derechos sociales adquiridos en luchas gremiales y políticas (Iriart *et al., 2000).* Esto ocurrió en las

obras sociales sindicales, que en Argentina son las que nuclean más afiliades, y en otras reguladas por el estado nacional a través de la Superintendencia de Servicios de Salud. Quedaron excluidas de estos procesos las creadas por leyes especiales, tales como las obras sociales provinciales, universitarias, del poder judicial, y de las fuerzas armadas. En el sector estatal se rompen las redes de hospitales y cada jurisdicción reclama su derecho de atender sólo a la población residente en su área (Iriart, 2005). Se instala la calidad total y premios para aquellos hospitales eficientes en lo financiero, aunque grandes expulsadores de población con problemas socio-sanitarios más complejos. Esto que no es un fenómeno local, aunque sí lo son sus particularidades, viene de la mano de la necesidad de expansión del capital financiero, en principio, fundamentalmente estadounidense, para lo cual cuentan con el apoyo de los proyectos impulsados por los organismos de cooperación (OPS/OMS) y de financiamiento (Banco Mundial-BM, Banco Interamericano de Desarrollo-BID) que serán su brazo ejecutor a través de múltiples préstamos. (Iriart *et al., 2001)*

La idea de la desregulación total de las obras sociales sindicales, es decir, de abrir la competencia para que los seguros de salud privados puedan captar a sus afiliados de manera directa, era un objetivo central para romper el poder del sindicalismo, y concentrarlas en un número menor que las hiciera más rentables y apetitosas para el capital financiero transnacional y local. La desregulación favorecía el acceso de estos capitales al manejo de los fondos de la seguridad social, vía el modelo de la administración gerenciada que proponían. La desregulación total no se realiza porque el gobierno menemista precisó negociar con los sindicalistas que administran las obras sociales con cobertura nacional más grandes, para que estos apoyen la flexibilización laboral, cosa que sucede. (Iriart *et al., 2000)*

Pese a algunas resistencias, la penetración del capital financiero se logra. Este capital, compuesto por compañías de seguro y administradores de fondos mutuales y de pensión[2] compran obras sociales sindicales y empresarias para desde ellas pasar afiliados a los prepagos que también compran. Los administradores sindicales de las obras sociales nacionales se asocian a estos capitales o crean sus prepagos para traspasar los afiliados de mayor capacidad de pagos extras de bolsillo y menores riesgos, bajo la promesa de darles mejores prestaciones. El proceso estaba instalado y nunca se volvió atrás. Los capitales transnacionales se fueron al ver la crisis que se avecinaba en el 2000, pero los jugadores locales ya estaban insertos en el nuevo negocio. (Iriart & Waitzkin, 2006)

A nivel tanto local como internacional el capital financiero avanzó como un monstruo que va fagocitando todo lo que encuentra, instalándose también en la prestación de servicios de diagnóstico y tratamiento, como accionistas en las grandes corporaciones que producen y venden medicamentos, tecnologías y equipamientos, y más recientemente comprando servicios en el primer nivel de atención (consultorios y clínicas barriales) (Ramesh et al, 2025; Hamby,7 de abril de 2024; Restivo, 2020). Estos procesos operan por supuesto principalmente en los Estados Unidos, por sus cientos de millones de consumidores, pero han penetrado en la mayoría de los países, incluso en aquellos que como el británico se lo sigue poniendo de ejemplo como un sistema estatal en su financiamiento y prestación, y en otros europeos donde el estado de bienestar creo sistemas universales (Pérez Mendoza, 2024; Samarasekera, 2023).

En Argentina, estos procesos no se modifican sustancialmente con el advenimiento de los gobiernos progresistas en la década del 2000, se amortiguan algunas de sus peores consecuencias sobre todo las relacionadas con el deterioro de los servicios estatales, y se crean con apoyo técnico-financiero del Banco Mundial (BM) varios proyectos de asistencia a las poblaciones más vulneradas, tal el caso del Plan Nacer y el Sumar. Estos proyectos siguen la lógica de seguros que no se abandona, son focalizados en ciertas problemáticas y segmentan a la población, ya que los ofrecen a grupos de bajo nivel socioeconómico y ciertos grupos etáreos. En relación a los prestadores, se

[2] Los fondos mutuales y de pensión se constituían originalmente con inversiones de ahorristas y los aportes y contribuciones para jubilación de los ciudadanos estadounidenses y europeos. Actualmente estas modalidades de captar fondos por parte del capital financiero se han globalizado.

los contrata, aunque sean estatales, a través de financiamiento basado en incentivos relacionados con la productividad definida por los proyectos del BM y no con la calidad ofrecida ni con la recepción cuidadora de los usuarios. (Iriart & Waitzkin, 2006) El resto de la población que no califica para estos programas seguirán asistiéndose vía demanda espontánea en servicios estatales, o en el ámbito privado según su capacidad de pago ya sea de bolsillo o por coberturas de obras sociales o seguros privados.

3- El sector salud, crisis permanente y falta de respuestas

Las crisis son permanentes a lo largo de las décadas debido al crecimiento constante de los costos, producto de la adopción de un modelo tecno-asistencial dictado por el capital concentrado mayoritariamente transnacional de productores de bienes y servicios sanitarios. Este modelo, que prioriza la aparatología diagnóstica y los tratamientos de alto costo, gana espacio tanto vía su inducción por los actores del sector, como vía los medios de comunicación, las redes sociales y la judicialización auspiciada, mayoritariamente, por los fabricantes de estos productos. (Zunino & Luzuriaga, 2024; Alcaraz et al, 2024; Iriart el al, 2011).

Los debates sobre las crisis y su resolución también han sido infructuosos para generar propuestas transformadoras de estos modelos, ya que sólo se discute la necesidad de aumentar el financiamiento, y/o de administrarlo más eficientemente a través de cambios organizacionales, de gestión y regulaciones que nunca se hacen efectivas. Algunos actores propondrán que haya mayor participación estatal en la administración del financiamiento y la prestación, otros abogarán por más participación del sector privado y aún otros integrando los tres actores financiadores y prestadores principales, la seguridad social, el estado y los privados, bajo la regulación estatal.

Otro eje preocupante en que se centra la búsqueda de soluciones está relacionado con la utilización de la informática cada vez más comandada por la inteligencia artificial. La tecnología informática aparece como la panacea para mejorar la eficiencia del sector salud, tanto en sus vertientes estatales como privadas. La informatización del sector salud implicó la entrada de otro capital interesado en extraer ganancias en el sector, esto es el de las gigantes tecnológicas, que poco reparan en las necesidades de usuaries y profesionales, y que en forma directa o indirecta monopolizan la oferta y comprometen la soberanía de los estados para generar las propias herramientas, además de extraer ingentes cantidades de datos para alimentar sus algoritmos (Leite, 2024). Estos sistemas, en nuestros países, están básicamente orientados a aspectos administrativos y de gestión financiera, y generan en muchos casos un deterioro aún mayor del vínculo entre profesionales y usuaries, mediado por las pantallas que ocupan el centro de atención de los practicantes en lugar de la escucha cuidadosa, la mirada y el examen físico de las personas atendidas. Esta tecnología agregó también más tiempo dedicado por les profesionales a tareas de carácter administrativo, antes en manos de otres trabajadores. Los más recientes desarrollos de inteligencia artificial que apuntan a aspectos clínicos están llevando a que les profesionales de la salud sean cada vez más prescindibles y reemplazados por otro tipo de practicantes entrenados en leer los resultados que estas máquinas producen. (Warner, 2024). Siguiendo a Merhy podemos decir que estamos cada vez más instalados en el auge de las tecnologías duras (hardware y equipamientos) y blandas duras (software que definen los algoritmos en base a los que somos evaluados y tratados), y que subordinan más que nunca las tecnologías blandas o vinculares. (Merhy, 2013)

Lo que básicamente ha permeado en la sociedad argentina desde las reformas neoliberales en los 90s, y que pese al retorno de discursos y acciones que reinstalaron el tema de derechos en diversas áreas de la vida colectiva, entre ellos salud, es la desaparición de propuestas que defiendan los sistemas solidarios y la necesidad de reinstalarlos, que luchen por una atención más vincular, que no sólo de cuenta de datos biológicos, genéticos y neuronales, y comprenda que ese cuerpo es un cuerpo-político atravesado por vivencias socio-afectivas, vinculares y ambientales que lo afectan, y muchos de cuyos padecimientos no se resuelven con medicamentos u otras intervenciones sobre un cuerpo máquina.

La idea que se ha tornado hegemónica es

que la salud es un tema individual y fundamentalmente biológico -incluso los reconocidos como padecimientos mentales están cada vez más siendo considerados disfunciones químico-biológicas y tratados con medicamentos- y que tener acceso a servicios privados es una garantía de obtener las prestaciones necesarias. Les dirigentes políticos tampoco se mostraron favorables a construir un discurso que debatiera estas construcciones ideológicas de que lo privado es mejor, más eficiente y que ofrece mejor calidad de servicios. Por el contrario, reforzaron su propio acceso a seguros y prestadores privados como algo natural y deseable. La creación de un sistema único estatal y universal, tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios, no fue puesta en debate en las últimas décadas, ni por iniciativa del poder ejecutivo ni del legislativo en Argentina. Tampoco las organizaciones profesionales de salud o sindicales aportaron proyectos sólidos y convocantes. De esta manera se fue instituyendo que el sector privado es indispensable ya sea, por la incapacidad financiera y de gestión de los aparatos estatales para asumir los servicios que los privados proveen, y más preocupante aún por la asunción acrítica de que el sistema capitalista tal como existe en la actualidad es lo único viable y que en el sector salud los seguros son la única vía de cobertura posible dados los altos y crecientes costos. No se cuestiona el modelo tecno-asistencial de la biomedicina eurocéntrica, sino las limitaciones para aumentar su acceso y como resolverlas vía la segmentación de las poblaciones según capacidad contributiva.

Estas propuestas en torno a aspectos financiero-organizacionales que no debaten profundamente las consecuencias de administrar desde el aparato estatal y la seguridad social servicios personales y programas colectivos orientados en su concepción del padecimiento-atención por un mercado cada vez más concentrado en manos del complejo médico-industrial-financiero, requiere analizar cuál es ese modelo tecnoasistencial que moldea las subjetividades de nuestras sociedades. Esto haré en la sección siguiente, para luego avanzar otras reflexiones que posibiliten abrir brechas que apunten a una modelo de salud-enfermedad/ padecimiento-cuidado, situado en los territorios, que escuche y dialogue con otros saberes, otras necesidades y formas de abordarlas, y que amplíe su visión hacia un cuidado integral, que incluya el de los ecosistemas y las comunidades que lo habitan, no lo físico-mental y social de individues.

4- El modelo tecno-asistencial hegemónico: expresión de la molecularidad del capital

Como señalé anteriormente, el tema del modelo tecno-asistencial eurocéntrico y las formas en que moldea nuestras subjetividades, no tiene una consideración central al momento de pensar las crisis cada vez más profundas que vive el sector salud, no sólo en Argentina, sino en la mayoría de los denominados países occidentales. Esto a pesar de que es un componente central de esta crisis de eficacia y de sustentabilidad financiera.

Por modelo tecno-asistencial considero la modalidad hegemónica de definir y atender los padecimientos/enfermedades, en particular en la atención individual pero también en la salud pública, por aquellos legitimados para construir y difundir los saberes y prácticas, así como las normas legales y las formas operativas de aplicarlos y financiarlos desde las políticas públicas y los servicios asistenciales legalmente autorizados en el ámbito estatal y en el privado. El modelo tecno-asistencial hegemónico de la biomedicina se caracteriza por una atención individual, sintomatológica, fragmentada, centrada en la indicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con limitación de los tiempos dedicados al encuentro entre profesional y usuarie, lo que va en detrimento de una escucha cuidadosa del relato de este, y de la cada vez menos frecuente examinación física. Raramente se tienen en cuenta las condiciones de vida y trabajo, la exposición a contaminantes ambientales, el consumo de alimentos vegetales y cárnicos con altas concentraciones de agrotóxicos, antibióticos, hormonas, y otros productos y exposiciones perjudiciales para la salud. Rápidas y descontextualizadas indicaciones sobre limitar el consumo de alimentos procesados, y otras muchas variables que afectan la vida de los colectivos humanos, como indicar la necesidad de realizar actividad física o reducir el estrés suelen ser "prescriptas" sin profundizar en las posibilidades de les usuaries de los servicios de

ponerlas en práctica. Esto a pesar de que numerosas investigaciones muestran la morbi-mortalidad diferencial por clase social, variable que incluye los diferenciales en acceso a alimentos, a entornos menos contaminados, etc. Amparados en la dificultad de cambiar entornos socioeconómicos y ambientales, la biomedicina se encierra más y más en tratar síntomas y en las causas biológicas de carácter individual, facilitadas por los avances tecnológicos para estudiar lo genético, lo molecular, y a través de imágenes adentrarse más y más en el cuerpo máquina.

Estas miradas cada vez más despojadas de la concepción de un cuerpo político, es decir, expresión de una sociedad que lo configura, tanto en su bienestar como en sus padecimientos, ha llevado a la exaltación de la idea sostenida por la modernidad del progreso de la biomedicina hacia erradicar todo tipo de padecimientos físicos y mentales, y a conseguir la prolongación casi ilimitada de la vida, a partir de adentrarse en el cuerpo individual y biológico, y producir tratamientos que respondan a este modelo. Por supuesto que esta falta de entender la diversidad de necesidades, las distintas concepciones de la salud, del padecimiento/enfermedad, de la atención y el cuidado y sus causas, incluye el maltrato y la violencia ejercida por la biomedicina hacia las mujeres, les cuerpes LGTBTIA+, y los grupos racializados, entre otros.

El concepto de modelo tecno-asistencial hegemónico es un concepto complejo que sintetiza aspectos estructurales de la reproducción capitalista en el sector salud, relaciones de poder y jerarquías sociales y de saber, expresadas en las formas de operar en las subjetividades de trabajadores de salud (profesionales y no profesionales) y de les usuaries. Es un analizador que permite, transversalmente, ver cómo opera el colonialismo en su dependencia y subordinación a la producción anglosajona desarrollada en los países denominados centrales. Este saber eurocéntrico reproduce el poder patriarcal, racista y clasista, el binarismo (por ejemplo, salud-enfermedad, hombre-mujer, blancos vs les otres denominades de "color"), la misoginia, la homofobia, la heteronormatividad y las jerarquías piramidales. Se lo difunde como un saber universal, y se lo impone a través de diversos mecanismos hasta convertirlo en un deseo por conseguir bienes (consumo de prestaciones médicas) para lograr la salud (perdida o con potencial de ser perdida). Deseo que termina siendo compartido por el conjunto de la sociedad, incluso por aquelles que subordina, subalterniza y cosifica. Es un proceso más complejo que pensarlo como algo que se impone desde la ideología dominante o sólo desde las estructuras económicas. De ahí la utilidad del concepto de biomedicalización que mencionamos anteriormente y que aquí desarrollaremos un poco más.

La molecularidad capitalística opera generando subjetividades deseantes de un consumismo sanitario, para lo se vale de la biomedicalización de la vida. Como señalamos en otros artículos la biomedicalización supone internalizar el autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos (Iriart & Merhy, 2017). Supone no solo definir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de estar informados y alertas de potenciales indicios que pudieran derivar en una patología, no ya sólo para atender padecimientos actuales sino, cada vez más para prevenir potenciales enfermedades. La biomedicalización implica la gubermentalidad y regulación de individues y poblaciones. Para ello reconstruye el discurso hegemónico en el campo sanitario, presentándolo como la verdad científica única e indiscutible. El concepto de medicalización se enfoca en el padecimiento, la enfermedad, la atención y la rehabilitación, mientras que la biomedicalización se centra en la salud como un mandato moral e implica la transformación personal. Este modelo tecnoasistencial no sólo permea los deseos de ciertos sectores sociales de alta capacidad adquisitiva, sino que implica un deseo aspiracional que penetra en las subjetividades colectivas de amplios sectores sociales, para los cuales se ofrecen ofertas diferenciales según su capacidad adquisitiva o cobertura financiera. La oferta sanitaria cada vez se segmenta más, pero el deseo que se impone es entrar en una máquina que nos escanee y nos informe de reales, pero sobre todo potenciales dolencias. Estos procedimientos, además de ser costosos, son en muchos casos iatrogénicos o innecesarios, ya que conducen a las personas a obsesionarse ante este riesgo de enfermar y a realizar tratamientos innecesarios, ya que poseer un determinado gen no implica desarrollar la enfermedad. (Penchaszadeh, 2022)

En base a lo expuesto, cabe preguntarnos por qué los debates académicos y políticos en torno a las necesidades de transformar los sistemas de salud en Argentina no toman en consideración la necesidad de cuestionar este modelo tecno-asistencial que ha colonizado las subjetividades de profesionales y usuaries. Para esto es necesario hacer un análisis crítico que muestre que esta concepción es impuesta y reforzada por los grupos profesionales que adhieren a una ciencia definida por la modernidad, cuyo único marco de referencia es la epistemología positivista y particularmente el funcionalismo (la enfermedad es una disfunción que hay que corregir para devolver el individuo a la normalidad), un conocimiento pragmático sustentado en el ensayo y error, que implica la separación sujeto-objeto, naturaleza-humanidad, que hace de la neutralidad y la objetividad casi un lema sacrosanto que bloquea la emergencia o consideración de otras formas de concebir la ciencia. En ese sentido es importante considerar otro componente importante del modelo tecno-asistencial, esto es su ahistoricidad, entendida por la falta, no sólo de contexto histórico para entender las formas de enfermar y morir de los colectivos sociales, sino también en la producción de conocimientos, ya que se acortan cada vez más los tiempos en que se toman como antecedentes válidos las producciones académicas anteriores. Rara vez en las revisiones de pares en las denominadas revistas científicas en medicina y salud pública se aceptan sin cuestionamientos la inclusión de artículos producidos con más de cinco años de antigüedad (Ventura, 2024).

El corpus científico producido en estas usinas del saber occidental son financiadas y reproducidas por los actores interesados en mantener su hegemonía en la producción de una praxis sanitaria que garantiza su enorme rentabilidad, mientras siembra profundas inequidades en la calidad de vida de las mayorías, y un acceso a servicios de calidad cada vez más diferencial y elitista, así como intervenciones iatrogénicas por un sobre consumo de procedimientos y uso de medicamentos muchas veces innecesarios o de dudosa eficacia. Por esta razón se discute casi con exclusividad como se organizan los servicios y diversas formas de financiarlo, pero no se pone en discusión la conceptualización de la denominada medicina científica, y sus sucesivas "innovaciones" como la medicina basada en la evidencia, y muchas otras construcciones ideológicas que el eurocentrismo epistemológico trasmite. La divulgación de estos saberes se realiza a través de la formación de grado, en las residencias, en los cursos de actualización durante el ejercicio profesional, pero también a través de las actividades de promoción de sus productos y otros mecanismos de marketing generados por las empresas productoras de fármacos, de biotecnología, de equipamientos y de bioinformática. También la difusión se hace de manera encubierta a través de artículos aparecidos en revistas académicas y difundidos en congresos profesionales por los denominados líderes de las diversas especialidades, muchas veces financiados por los fabricantes de aquellos productos que se quieren imponer en el mercado sanitario, entre muchas otras modalidades.

Los protocolos clínicos, desarrollados a partir de la entrada del capital financiero en salud, con la idea de optimizar tiempo y estandarizar tratamientos costo-efectivos, según el discurso de la atención gerenciada, se han sostenido y expandido pese a las fuertes críticas que recibieron en sus comienzos. Estos protocolos por un lado hacen más difícil para el profesional salirse de esta concepción del padecimiento/enfermedad-atención, ya que si no sigue el protocolo cualquier error recaerá en él, mientras que si sigue las indicaciones preestablecidas estará amparado por la organización profesional de su especialidad y por la institución para la que trabaja (Paluzzi, 2012). Las guías clínicas se han transformado en una doctrina de la que es difícil escapar y la biomedicina eurocéntrica se ha tornado una cuasi religión a la que es difícil cuestionar sin correr el riesgo de convertirse en una persona que reniega de la ciencia, ya que esta forma de concebirla es la única que se erige como universal y científica. Pensar aún dentro del mismo paradigma, pero cuestionar ciertos "avances" o reconocer necesidades diferenciales entre países, regiones o colectivos humanos se ha transformado en una herejía. (Light, 2010) De esta manera las grandes corporaciones productoras de bienes y servicios sostienen su posición hegemónica y continúan lucrando en el campo sanitario en connivencia con los actores locales que se han transformado en la voz autorizada e indiscutible, y fomentan un

consumo incesante de procedimientos y medicamentos no esenciales y muchas veces iatrogénicos, o que generan una cadena de prescripciones para sortear los efectos adversos que van causando las indicaciones anteriores. (Iriart & Merhy, 2022).

Estos procesos de "formación-adoctrinamiento" son absorbidos tanto por los profesionales que trabajan en el ámbito estatal como en el privado, ya que desde los servicios y programas de salud estatales se convalida también este modelo tecno-asistencial, configurando un drenaje de fondos públicos hacia el capital concentrado. Esto se realiza a través de la compra de equipamientos, tecnología biomédica, bioinformática, medicamentos, reactivos y otros insumos, pautados por la oferta impuesta por los grandes conglomerados transnacionales o nacionales que siguen la misma lógica de lucro. Con la pandemia de COVID 19 se vio claramente cuáles fueron las concepciones hegemónicas que los estados siguieron para hacer frente a este drama sanitario. Se priorizó la compra de equipamientos y tecnología hospitalaria de cierta complejidad, medicamentos y vacunas producidos por las grandes farmacéuticas, mientras que se descuidó la provisión de insumos de bajísimo costo para la prevención en los territorios, sobre todo de los grupos más vulnerados. (Iriart & Merhy, 2022),

Este modelo prestacional, creador de subjetividades, es hegemónico en nuestras sociedades y se basa en lo que la biomedicina occidental -con el aporte de la epidemiología y de la salud pública- ha definido y universalizado tanto para definir los problemas sanitarios de individuos y poblaciones, como las formas de su resolución. Así podemos observar un cambio radical, incluso con respecto a aquella biomedicina y salud pública que en los años 50s enfrentó a la industria tabacalera, en tanto causante prioritario de cáncer de pulmón, y propició cambios en las políticas públicas para proteger a los fumadores de un alto riesgo de enfermar y morir (Iriart *et al., 2015).* En la actualidad, la promoción y prevención que practica el sanitarismo hegemónico apunta mayoritariamente a consolidar una visión clínica e individual en la prevención (Martin *et al, 2025; Starfield et al.,* 2008). Estas transformaciones de la salud pública que acompañan las transformaciones de la biomedicina son consecuentes con el nacimiento y desarrollo del sanitarismo hegemónico como la especialidad de la medicina que se inserta en el aparato estatal y va a reproducir la misma episteme en las políticas y programas destinados a la población entendida como una sumatoria de individuos (Iriart *et al.,* 1994).

Ahora la apuesta de la biomedicina está en los desarrollos tecnológicos que, por ejemplo, hicieron de la medicina de precisión un arma terapéutica que individualiza tratamientos proveyendo respuestas mucho más acertadas a nivel individual, pero a un costo altísimo. Estos avances se han desarrollado sobre todo para cánceres, pero cada vez más incluyen temas nutricionales, inmunológicos, y otros; también se han desarrollado medicamentos de gran eficacia, pero nuevamente de altísimo costo, vacunas cada vez más caras y con formas de producirlas que exceden las capacidades nacionales para fabricarlas (Corvalan, 2017). Todos productos sólo accesibles a quienes lo pueden pagar (de bolsillo o por seguros médicos) o acceden vía el sistema judicial, incluso haciendo que los estados los provean (Zunino & Luzuriaga, 2024; Iriart et at., 2011).

Estas características se están agudizando con el uso de la inteligencia artificial y con la exacerbación de la concepción del cuerpo máquina y del creciente uso de procedimientos para detectar patologías que, transformados en datos numéricos, las máquinas contrastan con los acumulados en bases de datos y así dan el diagnóstico y tratamiento "precisos" para ese cuerpo máquina del que se extrajo la información. Claro que esos algoritmos son programados con datos seleccionados por individuos que responden a grandes corporaciones multinacionales que priorizan aquella información proveniente de ciertos cuerpos en detrimento de otros (Mondolo, 2024). Estos procesos de selección de ciertos grupos sobre otros es algo consistente con la priorización de ciertas enfermedades y padecimientos sobre otros. Las problemáticas de las mujeres se estudian menos, y esta falta de representatividad se agrava más si consideramos creencias/religiones, culturas no hegemónicas, grupos racializados, personas que no se definen sexualmente en las categorías binarias impuestas por la modernidad. (Amaya-Santos, 2024; Mittermaier et al., 2023).

Estos procesos permean a los

profesionales de salud, que en países como Argentina trabajan en los diversos subsectores, esto es estatal, de la seguridad social y privado. El modelo tecno-asistencial se aleja cada vez más de lo vincular y se centra más en los procedimientos diagnósticos en los cuales se delega un saber técnico objetivo y cuasi infalible para evitar errores humanos. Esto se reproduce en los servicios estatales con la consiguiente compra de equipamientos y diversas tecnologías diagnósticas cada vez de más alto costo no sólo de adquisición, sino también de mantenimiento, ya que las compras vienen atadas a paquetes de servicios de las empresas productoras. Asimismo, se prescriben tratamientos medicamentosos de alto costo que en algunos casos se proveen en los propios servicios estatales o requieren que el usuario los compre pagando de su bolsillo.

Siguiendo este modelo tecno-asistencial, el gasto estatal, de la seguridad social y de bolsillo en Argentina, que es muy alto, implica una transferencia de recursos a los sectores concentrados y transnacionalizados. Los estados gastan cada vez más en estos insumos y equipamientos drenando fondos provenientes de impuestos y administración de bienes colectivos, que dejan sin respuesta las necesidades de la mayor parte de la población. Dado los crecientes costos y la incapacidad de hacer frente a ellos, tanto desde el estado como de la seguridad social, van quedando sin acceso un número cada vez mayor de usuarios, ya que cada vez es más difícil acceder a las consultas, se recortan coberturas, los estudios diagnósticos llevan meses para ser obtenidos y también se recorta el acceso a tratamientos. La Argentina, como la mayoría de los países denominados occidentales, vive en este momento una de las mayores crisis en el sector salud, donde estallan tanto los sistemas de atención estatal como los de la seguridad social y los privados. Los programas de salud pública se desfinancian y reducen con lo cual aquellos destinados a la promoción de la salud como acceso a agua potable, alimentación, ambientes libres de contaminación, control de vectores, y regulación de la producción de alimentos, y muchos otros que tendrían impacto en el bienestar sobre todo de les más vulnerades, se han visto fuertemente afectados. Hay que entender que esta crisis no es pasajera y que todo indica que se va a profundizar, porque lo que está sucediendo se vincula con un cambio profundo donde les humanes ha dejado de ser el centro de todo desarrollo hacia una vida mejor, donde los proyectos de la modernidad basados en el progreso incesante y luminoso han llegado a su límite dadas las reconfiguraciones del capitalismo que concentra cada vez más la riqueza en unos pocos y los "progresos" hacia una vida y juventud "eternas" en muchos menos.

Esta ideología hegemónica de la salud-padecimiento/enfermedad-atención como mercancía construye su contrapartida, la aspiración de poder cubrir financieramente estas necesidades, y por esto los seguros privados y las prácticas privadas pasan a ser las metas a alcanzar. Así como el acceso a créditos (y consecuente endeudamiento de las familias) para cubrir tratamientos publicitados de manera explícita o encubierta en las redes sociales u otros medios de comunicación. Lo planteado no significa desconocer las reales contribuciones de la biomedicina en el tratamiento y cura de muchas enfermedades. Lo que significa es que no toda la producción de la biomedicina puede ser considerada eficaz y los análisis críticos deben centrarse en separar las contribuciones en defensa de la vida individual y colectiva, de aquellas que sólo buscan optimizar ganancias vendiendo falsas promesas o tratamientos que no deberían costar cifras millonarias. Para eso es importante analizar dónde se realizan las investigaciones y desarrollos iniciales de muchos de estos tratamientos que salvan vidas y/o restituyen calidad de vida. Mucha de la investigación de nuevos tratamientos se realiza en las universidades financiadas por los impuestos con los que contribuye el conjunto de la sociedad de los países involucrados, pero desde hace varias décadas para su producción a escala se la venden o asocian con las grandes corporaciones que luego fijarán los precios de venta aduciendo las inversiones necesarias para ponerlas en el mercado. Lo hemos visto con las vacunas para Covid 19, anteriormente con los medicamentos para el SIDA, también con los antivirales para Hepatitis C, entre una lista que puede ser muy larga de enumerar. Medicamentos y biológicos que son los estados nacionales ricos y pobres, la seguridad social financiada por los cada vez más magros salarios de los trabajadores o los usuarios directos sus principales compradores (Iriart & Merhy, 2022).

Por lo expuesto, propongo usar el

concepto de modelo tecno-asistencial como una herramienta analítica que nos ayude a pensar la raigambre colonial, patriarcal de la biomedicina occidental, para cuestionarla en sus estructuras subjetivantes y no sólo en las formas como en definitiva lo hacen aquellos análisis que se centran en las reformas financieras, organizativas, las que tienden a plantear la humanización, u otro vínculo entre usuario y trabajadores dentro del mismo modelo. Al usarlo como analizador, este concepto puede profundizar los análisis de aquellos que se quedan en las cuestiones estructurales (determinantes y determinaciones) y ayudar también a correrse de los análisis que plantean la necesidad de transformar la cultura alrededor de la concepción salud-padecimiento-atención (e insisto que no digo cuidado porque mayoritariamente tiene poco de cuidado). Esto es importante porque al plantear este concepto de la cultura, se alude a ideas compartidas a nivel ideológico y, por lo tanto, que plantean una cierta externalidad, por el contrario, considero que los procesos que operan en el sector salud a través del modelo tecno-asistencial hegemónico implican transformaciones de las subjetividades que se construyen histórica y socialmente en articulación con los procesos moleculares que la máquina de guerra capitalística genera. No es una idea común compartida como un modo de vida, como un cuerpo de creencias que representan el mundo, sino la captura del sujeto como máquina deseante, que lleva a transformar lo que deseamos en las formas más íntimas, no compartimos ideas racionales acerca de la salud, el padecimiento o la atención, deseamos esas formas que nos impone la máquina de guerra capitalística (Deleuze & Guattari, 2004; Guattari, 1990).

Sin cuestionar el modelo tecno-asistencial en su núcleo central en tanto portador de un corpus científico que emerge con la modernidad, se difunde al mundo colonial desde Europa y se sigue sosteniendo en un saber eurocéntrico, actualmente anglosajón y liderado por Estados Unidos, se dificulta la apertura hacia otras formas de hacer ciencia, muchas de ellas construidas a lo largo de milenios y no de centurias como la biomedicina, y nos impide construir diálogos entre diversos saberes y prácticas, donde la biomedicina se constituya en un saber más, no en el único valido. El modelo tecno-asistencial hegemónico en su molecularidad va transformando las subjetividades de los conjuntos sociales y lleva a la negación o subordinación de otros saberes, necesidades y maneras de concebir la salud, el padecimiento/enfermedad y la atención/cuidado, tan científicos como la biomedicina occidental, ya que están también sustentados en la experimentación, pero no adhieren al paradigma de la modernidad que, favorecido por la conquista de los pueblos que habitan la actual América y otras latitudes, se ha consagrado en la única manera científica de conocer. (Maciel & Barreto, 2023)

A la luz de los análisis presentados sobre el modelo tecno-asistencial hegemónico vamos a reflexionar en la posibilidad de crear un diálogo no asimétrico, no subordinado de esta concepción y práctica de atender los padecimientos con otras formas presentes y cada vez más visibilizadas en las sociedades latinoamericanas. Estos otros saberes no sólo son los de los pueblos originarios de estas tierras del Abya Yala con sus conocimientos milenarios, sino también los saberes que portan los afrodescendientes y que hunden sus raíces en los saberes ancestrales de los diversos pueblos africanos. También debemos escuchar a las diversidades sexo genéricas que nos hablan de sus necesidades de cuidado y de las formas de llevarlo a cabo; el de las luchadoras de los feminismos populares, comunitarios y tantos otros que se asientan en diversos territorios de Argentina y de nuestro continente.

6- Diálogos entre saberes para una salud donde todas las vidas valgan

Teniendo en cuenta el entramado epistemológico de la biomedicina, salir de este modelo tecnoasistencial que está matando el deseo de aquellos que eligieron profesiones de salud con una perspectiva no instrumental, no de lucro, sino para mejorar la vida de quienes acuden a elles en busca de ayuda para recobrar autonomía, calidad de vida, salud, implica deconstruir saberes, dejar de lado supuestas certezas, abrir la escucha y la mirada a otros mundos. Tejer alianzas con otres que también sienten este vacío, este desgano de continuar por el camino que las instituciones sanitarias están transitando hegemónicamente.

¿Hay otras opciones más allá de este

modelo tecnoasistencial hegemónico que conlleva formas organizativas productivistas, eficiencias que no se miden en calidad de vida sino en medidas cuantitativas de costo beneficio, en número de pacientes atendidos, de procedimientos realizados, de ingresos monetarios acumulados, todo lo cual deja insatisfechos a profesionales y usuaries? ¿Existe la posibilidad de salir de la desazón que crea en quienes están dentro de este sistema y que hace que las residencias no completen sus cupos, y que haya escasez de profesionales en un país donde la oferta de formación es abundante? Un sistema con trabajadores de todas las profesiones ligadas a los servicios de salud desmoralizados por las condiciones de trabajo cada vez más opresivas, tanto en el ámbito privado, como en el estatal y en la seguridad social, por los magros salarios, por no poder ofrecer muchas veces a les usuaries que se acercan a solicitar atención una respuesta adecuada, con trabajadores agotades, limitación de los tiempos de las consultas, y muchas otras situaciones que sería largo enumerar.

Hay otras posibilidades, pero estas requieren salir de las jaulas (reales y imaginarias) de los servicios instituidos y volar hacia experiencias comunitarias y colectivas. Requiere encuentros entre les muches que en los servicios asistenciales están sintiendo el desasosiego, juntarse quienes participan de asociaciones profesionales que buscan otras opciones para sus vidas y las de les usuaries. Los saberes de la biomedicina en muchos casos son valiosos, hay eficacias en muchos tratamientos, pero no es el único y en muchos casos tampoco el más eficaz. Tiene una falta fundamental, que se ha agravado con los desarrollos cada vez más tecnológicos e instrumentales, la dificultad de escuchar, de crear vínculo, de comprender que un tipo de atención no cubre las necesidades y expectativas de alivio/cura de todes, que hay diferentes necesidades, diversidad en las formas de concebir la salud, de relacionarse con la naturaleza, de concebir la enfermedad y la cura, que en muchos colectivos esa división instrumental del cuerpo biológico, la mente, lo social/comunitario y el ambiente es inconcebible. Que muches son quienes consideran que para curarse hay que sentirse en equilibrio entre las diversas fuerzas naturales, espirituales y materiales. Que hay muchos colectivos que no se conciben como individuos aislados y que comprenden que cuando un miembro enferma es la expresión de los diversos desequilibrios que están afectando a todes, y la cura también es colectiva.

No todas las niñeces precisan lo mismo, ninguna necesita etiquetas diagnósticas que las limitan en su diversidad creativa. Tampoco les adolescentes que habitan en diversos territorios, y tienen experiencias muchas veces dolorosas de diverso tipo, necesitan de los mismos protocolos biomédicos, por el contrario, es importante que elles mismes pongan voz a sus necesidades, sentires y deseos. Las personas con discapacidades a las que se pretende amparar en una normalidad que no los incluye en sus diferencias, sino que las limita en sus potencialidades existenciales. También deben ser escuchadas las mujeres de diversos colectivos que conocen mejor que nadie de sus sufrimientos y deseos de una vida mejor, llenas de proyectos como lo ponen en evidencia constantemente en los barrios marginados, con una potencia que ayudaría a muches profesionales a sentirse vitales y deseosos de acompañarlas. Los grupos LGTBTIA+ que son tan mal recibidos en los servicios tienen mucho para decir sobre el tipo servicios que precisan, que salud quieren, que vida desean. Les adultes mayores a quienes se medicamentaliza y deja en soledad, en vez de respetarles y reconocer su sabiduría y posibilidades de contribuir con su experiencia y tiempo libre del agobio de la reproducción capitalista. Esto se multiplica en diversidades de aquelles que habitan en grandes ciudades, pueblos, áreas rurales en los miles de territorios del país. Escuchar, encontrarse, dialogar, aprender, despojarse del saber omnipotente, universal y técnico que la biomedicina les ha inoculado. Hacerlo desde una posición de saber humilde, parcial, con ganas de ofrecerlo, pero también y sobre todo desde la posición del que sabe que no sabe todo y entonces escucha, intercambia, crea nuevas aproximaciones a la salud, a la enfermedad/ padecimiento, al CUIDADO.

Nada será de un día para otro, el modelo tecno-asistencial hegemónico impregna a todes, trabajadores y usuaries, pero en la charla alrededor de situaciones específicas se pueden crear nuevas experiencias y nuevas formas de existir, re-existir. Transformar situaciones es una tarea colectiva y situada, para lo cual en cada lugar en que estemos tenemos que

construir colectivos, y/o unirnos a aquellos ya existentes. Escuchar, entender sus necesidades de salud, cómo desean atender sus padecimientos, estar atentes a qué nos pueden enseñar, cómo podemos compartir nuestros saberes y desde ahí en una apuesta común, construir una concepción diferente de salud, enfermedad/padecimiento, atención, cuidado que cree más vida en todes, que sea realmente integral, que cuide de les humanes todes y de les otres seres que nos rodean, que aprendamos a cuidar y cuidarnos, que nos sintamos parte de esa naturaleza que también somos y de la que no debimos distanciarnos, consumirla, devorarla (Krenak, 2023). Que seamos uno/a/e y también un múltiple, que celebremos la diversidad que nos brindan los colectivos de mujeres de los barrios, las diversidades sexo genéricas, les afrodescendientes, los diversos pueblos originarios, y tantos más. Aprender cómo podemos crear juntos una posibilidad de una medicina integrativa que respete y comparta saberes diversos. Escuchar a les adolescentes, a les niñeces, a las personas discapacidades, a las que tienen sufrimiento mental, en fin, a todes les que no encajan en una sociedad prescriptora, encasilladora. Escuchar que sienten cuando son tratados por un modelo tecno-asistencial que sólo les ofrece un diagnóstico y una mirada de lo normal que nada tiene que ver con sus vidas. Que crea sufrimiento al etiquetar personas por sus supuestas patologías inventadas por esta biomedicina que los somete a su arbitrio

Inventar junto a les demás integrantes de colectivo actividades a través del arte en sus múltiples expresiones, manualidades, lecturas, formación en temas de interés del colectivo, paseos, charlas sobre temas de interés del conjunto. No como usos instrumentales terapéuticos, sino por el deseo de realizar las actividades y compartir con otres, a través de eso se produce salud en tanto desarrollo de la potencia de vivir, de desear, de amar. Ser un/a/e participante más no el/la/le que coordina, dirige, define. Y por sobre todo respetar los tiempos de los demás, de las diferentes formas de habitar el mundo, como otra forma de aprender que el objetivo no es llegar sino andar, desarrollar un proceso y disfrutar de eso, habitar el presente, sin el falso apuro de la eficiencia tecnocrática. Esto se puede hacer en los múltiples intersticios que se abren cuando dejamos aflorar la potencia del trabajo vivo en acto, cuando comprendemos la autonomía que aún en los espacios más burocratizados y protocolizados los trabajadores de salud tienen en ese vínculo aún existente de la intimidad profesional-usuarie, profesional-comunidad, profesional-colectivo (Merhy, 2006). Esta es una invitación para aquellos que sientan que tal como está su vida, no es la que soñaron al elegir una profesión sanitaria. Entonces hagamos posible lo que parece imposible, aunque el momento opresivo que vivimos nos haga pensar que nada vale la pena. La apuesta por la VIDA siempre vale la pena, pasemos de la resistencia a la re-existencia.

7- Referencias bibliográficas

Alcaraz A.; Donato, M.; Alvarez, J.; Mesina, N.; Alfie, V. & Marin. G. (2024). Judicialización de medicamentos de alto precio en Argentina: estudio cuali-cuantitativo. *Medicina Buenos Aires,* 45:445-458.

Amaya-Santos, S; Jiménez-Pernett, J. & Bermúdez-Tamayo C. (2024). ¿Salud para quién? Interseccionalidad y sesgos de la inteligencia artificial para el diagnóstico clínico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra,* 47(2): e1077.

Belmartino, S. & Bloch, C. (1985). Economía, sociedad y políticas de salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales, 31,* Rosario: CESS.

Carrillo, R. (1951). "Introducción al conocimiento de la Salud Pública". En *Contribuciones al Conocimiento Sanitario.* Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Cortés, R. (1985). Seguridad social en la Argentina. Las obras sociales. *Cuadernos Médico Sociales, 34.* Rosario: CESS.

Corvalán, D. (2017). Des-aprendizaje y pérdida de capacidades locales. El calendario nacional de vacunación en Argentina. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 28(54):1-37.

Deleuze, G. & Guattari, F. (2004). *Mil Mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia.* Valencia: Pre-Textos.

Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canadian, *Bulletin Number Four*. Nueva York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

Guattari, F. (1990). *Las Tres Ecologías. Valencia: Pre-textos.*

Hamby, C. (2024, 7 de abril). In battle over health care costs, private equity plays both sides (en línea). New York Times Section Today, Recuperado el 8 de abril de 2024 de https://www.nytimes.com/2024/04/07/us/health-insurance-medical-bills-private-equity.html?smid=nytcore-ios-share&referringSource=articleShare

Iriart C. (2005). The transnationalization of the health care system in Argentina. En Mackintosh M, Koivusolo M. (eds.). *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses* (pp. 51-65). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Iriart, C.; Faraone, S. & Waitzkin, H. (2000). Atención gerenciada: la reforma silenciosa. *Salud Problema.* Mexico D.F: 5(9):47-75.

Iriart, C.; Franco, T. & Merhy, E.E. (2011). The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health.*7:2-12. Disponible en: http://www.globalizationand health.com/content/7/1/1

Iriart, C.; Leone, F. & Testa, M. (1995). Las políticas de salud en el marco del ajuste. *Cuadernos Médico Sociales. CESS:* Rosario. 71:5-21.

Iriart, C. & Merhy, E.E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface (Botucatu),* 21(63):1005-16. Disponible en https://www.scielo.br/j/icse/a/L8Vp7vxDxcLKw5qRd8g74jk/?format=pdf

Iriart, C. & Merhy, E.E. (2022). La máquina de guerra capitalística en el contexto de la pandemia: lo público, lo estatal, lo privado y lo común. *Saúde em Redes,* 8(2):181-203. Disponible en https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/3711/992

Iriart, C.; Merhy, E.E. & Waitzkin, H. (2001). Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science and Medicine,* 52(8):1243-1253.

Iriart, C.; Nervi, L.; Olivier, B. & Testa, M. (1994) *Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, Ideología y Profesionalización en la Salud Pública.* Buenos Aire: Lugar Editorial.

Iriart, C; Nervi, L; Schoj, V.; Rios, B. & Castronouvo, L. New challenges to tobacco control composition in Latin America: International trade and investment agreements. *Diversitates International Journal,* 7(2):1-23. Disponible en https://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/viewFile/101/75

Iriart, C. & Waitzkin, H. (2006). Argentina: no lesson learned. *International Journal of Health Services;* 36(1):177-196.

Krenak, A. (2023). *La vida no es útil.* Buenos Aires: Eterna Cadencia.

Leite, G. (2024, 17 de julio). Saúde Digital: A estranha interferência do Reino Unido (en línea). Outras Palavras Sección Outra Saúde. Recuperado el 15 de septiembre de 2024 de https://outraspalavras.net/outrasaude/saude-digital-a-estranha-interferencia-do-reino-unido/

Light, D. (2010). Bearing the risks of prescription drugs. En Donald, L. (ed). *The risks of prescription drugs.* New York: Columbia University Press.

Maciel, L.M. & Barreto, J.P.L. (2023). Bahserikowi: Centro de Medicina Indígena da Amazônia e a Formação do Kumuã Yepahmasã. Revista de Direito Socioambiental-REDIS, Dossiê "Povos, territórios e direitos: diálogos socioambientais"; 1, 2023, pp. 137-154. Disponible en https://www.revista.ueg.br/index.php/redis/article/view/12958/9690

Martin, S.; Johansson, M.; Heat, I.; Lehman, R. & Karownik, C. (2025). Sacrificing patient care for preventive medicine: distortion of the role of general practice. BMJ, 388:e080811. Disponible en https://www.bmj.com/content/388/bmj-2024-080811.full

Mbembe, A. (2011). *Necropolítica.* España: Meusina.

Merhy, E.E. (2006). Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merhy, E.E. (2013). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde. En Franco, T.B. & Merhy, E.E. (eds). *Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde. Textos reunidos* (pp. 19-67). São Paulo: Hucitec.

Mittermaier, M; Raza, M. & Kvedar, J. (2023). Bias in AI-based models for medical applications: challenges and mitigation strategies. *npj Digital Medicine,* 6:113. Disponible en https://www.nature.com/articles/s41746-023-00858-z

Mondolo, L. (2024, 10 de julio). Big Techs pretendem definir padrões da IA na saúde. E nós? (en línea) Brasil de Fato, Sección Opinión. Recuperado el 30 de julio de 2024 de https://www.brasildefato.com.br/2024/07/10/big-techs-pretendem-definir-padroes-da-ia-na-saude-e-nos/

Paluzzi, J.E. (2012). "Dualities of interest": the inter-organizational relationships between disease-specific nonprofits and the pharmaceutical industry. *Int J Health Services* 42(2):323-39.

Penchaszadeh, V. (2022). Bioética, salud y complejo médico-industrial-financiero. Una visión desde América Latina. *7 Ensayos Revista Latinoamericana de Sociología, Política y Cultura.* 4:21-37. Disponible en https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/7ensayos/article/view/7664/6469

Pérez Mendoza, S. (2024, 20 de mayo). La explosión de los seguros de salud provoca un 'boom' de hospitales privados (en línea). el Diario.es, Sección Foco Salud Pública, Recuperado de 29 de marzo de 2025 de https://www.eldiario.es/sociedad/explosion-seguros-salud-provoca-boom-hospitales-privados_1_11370807.html

Ramesh, T.; Blumenthal, D. & Tsai. T. (Publicado on line 2025, 31 de marzo). Hospitals tenants: the rise of real estate investments in health-care delivery. *The lancetFirst on line.* Disponible en https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00498-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email

Restivo. N. (2020, 12 de abril). El fondo BlacRock, dueño de casi todo (en línea). Pagina 12 sección Supl. Cash. Recuperado el 3 de junio de 2021 de https://www.pagina12.com.ar/258436-el-fondo-black-rock-dueno-de-casi-todo?gclid=Cj0KCQjwlMaGBhD3ARIsAPvWd6gGPF0d1sx66HnzDt9bsamT9O4Ws89JJpq8ZRuOXY34COVIejRHK4kaAu76EALw_wcB

Samarasekera, U. (2023). How to fix the NHS. The Lancet, World Report, Vol. 401:333-334.

Starfield, B.; Hyde, J.; Ge´rvas, J. & Heath, I. (2008). The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal Epidemiology and Community Health,* 62:580-583.

Ventura, D. (2024, 23 de setiembre). Desafiando os periódicos internacionais de alto impacto (en línea). Jornal da USP. Recuperado el 11 de octubre de 2024 de https://jornal.usp.br/articulistas/deisy-ventura/desafiando-os-periodicos-internacionais-de-alto-impacto/

Warner, B. (2024, 27de abril). Daniel Ek's next act: full body scan for the people (en línea). New York Times sección Deal Book/Business and Policy. Recuperado el 28 de abril de 2024 de https://www.nytimes.com/2024/04/27/business/dealbook/daniel-ek-neko-health.html?smid=nytcore-ios-share&referringSource=articleShare

Zunino, M. & Luzuriaga, M. (2024). La judicialización de la salud. *Salud Pública. 2.* Disponible en: https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/49/59