



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

ISSN: 1851-8265

Universidad Nacional de Lanús

Zabala, Juan Pablo; Liscia, María Silvia Di; Nunes, Everardo Duarte

La incorporación de la mirada histórica al campo de la salud: ¿reconstrucción del pasado o discusión del presente?

Salud Colectiva, vol. 16, e2716, 2020

Universidad Nacional de Lanús

DOI: 10.18294/sc.2020.2716

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73162897010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEM [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## La incorporación de la mirada histórica al campo de la salud: ¿reconstrucción del pasado o discusión del presente?

The incorporation of a historical perspective in the health field: reconstructing the past or discussing the present?

Juan Pablo Zabala<sup>1</sup>, María Silvia Di Liscia<sup>2</sup>, Everardo Duarte Nunes<sup>3</sup>

La organización de una convocatoria sobre “Historia y salud” en la revista *Salud Colectiva* tiene como propósito aportar al desarrollo de una mirada histórica de los procesos de salud-enfermedad. En este sentido, nos interesa rescatar la mirada de las ciencias sociales y de la historia para poner en relieve que tanto la definición de las condiciones de salud como la posibilidad de acceso a servicios sanitarios esenciales por parte de la población, lejos de ser el reflejo de ciertas condiciones biomédicas objetivas, son el resultado de un proceso social en el que se ponen en juego saberes, ideologías, políticas e intereses de distinto tipo. Esto implica, en primer lugar, que la propia definición de qué problemas de salud de la población deben atenderse, cómo, dónde y quiénes son los encargados de ejercer esas funciones, es el resultado de las relaciones –no exentas de conflicto– entre los distintos actores involucrados (profesionales de la salud, funcionarios, empresas, usuarios, entre otros), quienes movilizan, a su vez, los marcos institucionales, los saberes profesionales e intereses económicos que representan. Y, en segundo lugar, que la distribución desigual de recursos económicos, simbólicos y culturales implica un acceso diferencial a los servicios de salud, tanto para los individuos como para los grupos sociales.

La perspectiva histórica, creemos, es un aporte central para construir esa mirada ya que, en el análisis de diferentes sociedades, en distintos períodos históricos, se evidencian las contingencias y diferencias en los modos de atravesar los procesos de salud-enfermedad-atención que tienen lugar en cada momento y en cada lugar concreto. Y, en este sentido, la incorporación de esta visión no solo nos sirve para reconstruir cómo se dieron en un pasado la definición y la atención de la salud y la enfermedad, sino también para rescatar la historicidad de los procesos actuales e intervenir en su definición.

Con todas las limitaciones que se pueden dar en los países latinoamericanos, en los últimos años se ha avanzado en una institucionalización del campo de la historia de la salud-enfermedad-atención, que se refleja en un aumento de las publicaciones, la periodicidad

<sup>1</sup>Doctor en Ciencias Sociales. Investigador, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina. ✉ 

<sup>2</sup>Doctora en Historia. Directora, Instituto de Estudios Históricos y Sociales de La Pampa, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de La Pampa, Santa Rosa, Argentina. ✉ 

<sup>3</sup>Doctor en Ciencias. Profesor Colaborador, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, San Pablo, Brasil. ✉ 

de algunas reuniones especializadas y la conformación de grupos de investigación en varias universidades. Así, se aborda el estudio de la salud desde distintas perspectivas para rescatar su carácter social e histórico y se desarrollan diferentes programas de posgrado dedicados al estudio de la historia de la medicina, de las políticas públicas y de los marcos profesionales de la salud. Claro que esta institucionalización ha encontrado obstáculos para superar los límites disciplinarios de las ciencias sociales, que se manifiestan, por ejemplo, en las dificultades para implementar cursos de este tipo en instancias de formación de grado en carreras del campo sanitario, incluso como materias electivas.

Creemos que es fundamental aportar a la consolidación de este proceso y esperamos que los artículos aprobados en el marco de esta convocatoria puedan colaborar en ese sentido. Asumimos que la institucionalización y cierta autonomización del campo de la historia social de la salud-enfermedad es necesaria, en la medida que defendemos la capacidad de las y los investigadores de aportar, desde la historia y las ciencias sociales, un conocimiento que vaya más allá de los relatos anecdóticos del pasado (generalmente concentrados en el desarrollo de la medicina y con una concepción internalista de la historia) o de meras proclamas políticas inscriptas en la lógica del “debe ser” acerca del financiamiento, la organización de servicios o la definición de prioridades sanitarias. En este sentido, el aporte de las teorías y la metodología de la investigación en la construcción de interpretaciones de la historia no solo nos permiten superar las visiones del sentido común, sino también avanzar en la construcción de diálogos que generen un conocimiento compartido.

Más allá de las amenazas a las que siempre está sometida la actividad académica en América Latina, ligadas a su propia fragilidad estructural, la institucionalización de los estudios sociales e históricos de la salud se enfrenta con al menos dos desafíos específicos. El primero de ellos está vinculado a la propia producción de conocimiento al interior del campo y refiere a la posibilidad de definir un conjunto de perspectivas afines que consoliden una identidad y favorezcan el diálogo entre la producción académica, lo que implica el desarrollo de un lenguaje común. Por cierto, dada la diversidad de temas y enfoques, y la especificidad de muchos análisis, este diálogo no siempre es fácil de construir. Esto ha generado, años atrás, una polémica en las mismas páginas de esta revista, en la que Susana Belmartino<sup>(1)</sup> señalaba que el crecimiento de los trabajos de corte histórico no necesariamente implicaba un mayor conocimiento del campo de la salud, ya que la diversidad de enfoques o la poca sistematización de los marcos conceptuales y metodológicos atentaban contra la posibilidad de avanzar en una comprensión profunda del objeto de estudio. En una postura más abierta, Diego Armus<sup>(2)</sup> defendía la necesidad de diferentes perspectivas de análisis y rescataba el aporte de los trabajos que, más allá de las debilidades de sus planteos teóricos, podían brindar información sistemática sobre distintos procesos valiosos en un estado incipiente de los estudios históricos.

El segundo desafío al que se enfrenta el campo es de tipo externo, vinculado al modo en que los conocimientos de la historia y las ciencias sociales puedan ser capaces de intervenir en otros espacios de discusión y definición del campo de la salud-enfermedad y que generalmente están dominados por profesionales de la medicina o la gestión sanitaria. En este sentido, con la creciente autonomía de los estudios sociohistóricos (aunque sea aún incipiente) se corre también el riesgo del aislamiento, y del desarrollo de espacios donde se produzca y circule un conocimiento sobre la salud que quede circunscripto a un nuevo círculo de especialistas que se legitimen internamente, pero que tenga una escasa capacidad de trascender las fronteras de ese espacio e incidir sobre las condiciones sociales para el acceso y la definición de la salud de la población.

Estos retos implicarán responder cuál es el objeto concebido para la historia. ¿Debemos contentarnos con hacer minuciosas reconstrucciones de un tiempo que ya pasó o aspirar a recuperar ese conocimiento para discutir el presente? Esta última posición es, sin dudas, hacia donde nos gustaría apuntar, conscientes de que, para los trabajos de tipo histórico, supone un

desafío establecer un anclaje en la actualidad, que no siempre es posible de un modo lineal, y que no podría tomarse como un axioma que toda investigación del pasado parta de un problema actual. Sin embargo, consideramos que es importante hacer el esfuerzo de conectar, en alguna medida, el análisis histórico con cuestiones fundamentales de la actualidad, sobre todo en el campo de la salud, para posicionar a la historia y las ciencias sociales como un discurso relevante en el debate de la articulación del campo sanitario.

En definitiva, participar en un campo heterogéneo en cuanto a su composición, dominado por profesiones que no pertenecen a las ciencias sociales y humanas, en el que los conocimientos de mayor legitimidad emanan del paradigma biomédico, nos impone, como profesionales de la historia y las ciencias sociales, un desafío doble. Por un lado, la construcción de un conocimiento sólido conceptualmente, sustentado empíricamente, y relevante socialmente, considerado también válido dentro del campo de nuestras profesiones. Pero, al mismo tiempo, que sea lo suficientemente claro e informado para que pueda ser puesto en juego en discusiones del campo de la salud, en el que la pertenencia no está dada por compartir un saber-hacer disciplinar (de la historia o de las ciencias sociales), sino por ser parte de un conjunto heterogéneo de profesiones, prácticas y saberes en torno a una temática de márgenes imprecisos. Para ello, deberíamos avanzar por sobre las especificidades disciplinarias (en la práctica cuesta precisar las diferencias entre el trabajo de un “historiador” o de un “sociólogo”), y enfocarnos en el planteo de problemas de investigación relevantes para comprender la configuración el campo de la salud, el modo en que la salud se convierte en un problema de atención pública (tanto del Estado como crecientemente de del sector privado) y sus consecuencias sociales.

Esta ha sido la apuesta en la que queremos inscribir los artículos publicados en *Salud Colectiva* que estamos presentando, como un intento de incorporar –desde un espacio editorial atravesado por la heterogeneidad temática y disciplinar– una perspectiva histórica y social a las discusiones actuales sobre el modo en que se organiza el campo de la salud, defendiendo la pertinencia y la riqueza del análisis social e histórico de los procesos de salud y enfermedad. En tal sentido, nuestra participación como editores partió del rescate de los aportes realizados por diferentes especialistas en virtud de líneas diversas pero convergentes en gran medida con relación a un espacio (América Latina), a las problemáticas de la configuración y modificación de los sistemas sanitarios en Estados nacionales, a la incidencia de la profesionalización, a las representaciones sobre los enfermos y las enfermedades, en virtud de la incidencia conjunta de distintos actores y agencias, tanto nacionales como pertenecientes a organismos internacionales (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, sobre todo). En general, los artículos se han concentrado en casos nacionales, y en explicaciones que reúnen a regiones y procesos en Brasil, Perú y Chile y, en especial, Argentina, donde además hay estudios sobre áreas y regiones poco exploradas y, a la vez, de gran densidad interpretativa.

En el caso de Germán Soprano<sup>(3)</sup>, el abordaje del servicio de sanidad militar permite avanzar sobre la caracterización de una institución con un anclaje nacional imprescindible en la etapa de formación estatal argentina. La modernización, burocratización y profesionalización del Ejército implicaron la organización del área de sanidad, con un rol importante en la clasificación de la población pasible de formar parte de sus filas y de la atención médica del personal militar. Desde finales del siglo XIX hasta mediados de la década de 1930, la descripción minuciosa del autor se centra en, por un lado, la ampliación del conjunto de la población pasible de ser examinada y, por otro, en las dificultades para reclutar profesionales, sobre todo médicos, y disponer de recursos para extender ese servicio, en un contexto donde el Ejército aumentó su injerencia en las políticas nacionales y logró mayor incidencia territorial. A finales del siglo XX, las Fuerzas Armadas argentinas vuelven al foco, en este caso, en relación con la atención a los veteranos de la Guerra de Malvinas, el eje del trabajo de Daniel Chao<sup>(4)</sup>. En este caso, el tratamiento puesto en marcha por diferentes organismos estatales desde 1984, y durante décadas, se concentró en la discapacidad de los supervivientes por sobre la aplicación de

nociones más eficaces vinculadas a la atención de patologías físicas y psiquiátricas producidas en conflictos bélicos. La delicada situación de los ex combatientes de Malvinas es un tema poco explorado, que asume en la investigación de Chao un aspecto ignorado en virtud de que se trata de un colectivo de soldados, en su mayoría no profesionales, a quienes además de impulsar su accionar en pos de la defensa de la patria, debieron aguardar con no poco desencanto la generación de políticas de cuidado y atención específicas a los traumas padecidos durante una contienda de enorme significación en la soberanía nacional.

Los trabajos de Patricia Palma y José Ragas<sup>(5)</sup> sobre médicos y “falsos médicos” en Perú, y de Maricela González Moya y María Soledad Zárate Campos<sup>(6)</sup> con relación al rol de profesiones subalternizadas y feminizadas en Chile, registran ciertas similitudes. Y, sobre todo, dan a luz significativas potencialidades de los estudios históricos sobre aspectos naturalizados: en primer lugar, la demarcación entre la titulación/no titulación médica y la frontera demarcada entre profesionales/no profesionales y, en segundo lugar, sobre el peso de los facultativos en la modificación de pautas demográficas y en pos del desarrollo social. Ambos trabajos resultan de relevancia en relación con tales supuestos historiográficos ya que la pugna por la clientela entre “sanadores no titulados” y médicos avalados por la universidad en Lima nos permite observar cómo se construye la legitimidad médica. Incluso en las primeras décadas del siglo XX, se percibe que la valoración social proviene no exactamente de la obtención de un diploma, sino de las prácticas exitosas, publicitadas eficazmente por una prensa lega. Palma y Ragas<sup>(5)</sup> también argumentan en pos de las posibilidades de falsificación de titulaciones, y de las formas difíciles y enrevesadas de asumir la certificación de conocimientos e identidades, que siguen siendo un punto importante en la calificación de personas habilitadas para sanar hasta hoy. En el caso de González Moya y Zárate Campos<sup>(6)</sup>, la interesante búsqueda de relatos biográficos permite contextualizar a quienes desplegaron, desde un lugar subalterno pero claramente autovalidado, una labor soterrada y poco visible en pos de la ampliación de la esperanza de vida, el control de la mortalidad general epidémica y la limitación de la morbilidad infantil en Chile. Sin apelar a la imagen de “ángeles abnegados”, las autoras reflexionan sobre si los resultados felices de las políticas emanadas por el Sistema Nacional de Salud desde 1952 y durante los veinte años siguientes fueron una consecuencia del accionar vigilante, preocupado (y también autoritario) de matronas, visitadoras y asistentes. Estas mujeres, con bajo reconocimiento económico y profesional, coadyuvaban a extender el brazo estatal con políticas –en ocasiones disciplinadoras de los sectores populares– que permitieron que el modelo de intervención sanitario y social chileno avance triunfalmente.

También es la cuestión de género, junto a la clase, uno de los asuntos considerados en la investigación de María Silvia Di Liscia y Adriana Álvarez<sup>(7)</sup> sobre la relación entre la Cruz Roja y la Oficina Sanitaria Panamericana en el impulso del panamericanismo en las décadas de 1920 y 1930. Estas dos agencias internacionales resultan de interés en sí mismas: una, dedicada al humanitarismo médico y, la otra, que dedicó sus afanes a fortalecer las relaciones interamericanas en pos de una alianza para excluir a los socios europeos y aumentar la injerencia estadounidense. A través de congresos, forjaron una agenda sobre la asistencia médico-social en tiempos de paz. La tarea de extender las prácticas higiénicas a una porción cada vez mayor de la población podía ser importante en países con un sistema de salud público y privado pequeño y quizás eficiente, pero concentrado en pocas ciudades (como en Argentina). Sin embargo, generar un instrumento con voluntarios (sobre todo, mujeres) en naciones latinoamericanas con casi total escasez institucional era un desafío significativo, al cual aportaron las Ligas de las Sociedades de la Cruz Roja.

Sin ser su objetivo, el artículo de Natalia Luis y Rosana Aguerregaray Castiglione<sup>(8)</sup> dialoga con el de Laura Natalia Vanadia y María Laura Rodríguez<sup>(9)</sup>. A pesar de las distancias espaciales, es posible establecer claros paralelismos entre las nociones de representación de los enfermos, tanto en la emergencia de las epidemias en la ciudad de Mendoza, como en

la conceptualización y atención de patologías psiquiátricas en el Asilo de Oliva en Córdoba. Ambos se concentran en una etapa del debate sobre la definición nosológica médica que atraviesa las nociones miasmáticas y se despliega en los primeros avances de la bacteriología y el alienismo, configurando de manera equivalente, por un lado, las nociones de contagio y peligrosidad social y, por otro, las de la herencia y degeneración psíquica. Pero esos marcos conceptuales se desenvuelven aún en un clima de inestabilidad y redefinición permanente, tal como ambos artículos señalan. Así, las iniciales calificaciones médicas de culpabilidad de los sectores populares en Mendoza, por el no acatamiento a las prácticas higiénicas que plantean Luis y Aguerregaray Castiglione<sup>(8)</sup>, o la particularidad de la imposibilidad de curación y la institucionalización manicomial que relatan Vanadia y Rodríguez<sup>(9)</sup>, avanzado el siglo XX, viran a otras posibilidades. Los preceptos científicos e higiénicos permitieron construir a los sectores populares como vulnerables y necesitados de políticas sanitarias: en Mendoza, bajo el amparo estatal y, en el Asilo de Oliva, con la aplicación de la laborterapia que dio lugar a revisar las concepciones de la salud mental en un contexto de vigilancia relativa y no en un escenario de control total.

Las enfermedades asumen un peso mayor como núcleo de determinadas políticas públicas en las investigaciones de Jonatan Sacramento<sup>(10)</sup> (focalizadas en la viruela) y de Luis Alves Araujo Neto y Luis Antonio Texeira<sup>(11)</sup>, centradas en la enfermedad de Gaucher, el síndrome de Cushing y la esclerosis lateral amiotrófica. Ambos artículos se centran en patologías muy diferentes entre sí, dado que la viruela tiene una gran trayectoria en los estudios históricos y epidemiológicos, además de cientos de miles de víctimas, y las “enfermedades raras” producto de alteraciones genéticas han sido descritas desde hace poco tiempo, y alcanzan a un pequeño porcentaje de la población. Se centran en el contexto brasileño y los estudios sobre este país son señeros para el resto de América Latina, tanto por sus implicancias con relación a la extensión de la atención sanitaria y social, como por la generación de terapias y experimentación científica propia y original. Sacramento aborda la problemática de la erradicación de la viruela desde 1965 hasta 1973 en plena dictadura militar; tema que, si bien es marginal en la historiografía, despliega la influencia de organismos internacionales paralelamente a las campañas de vacunación que permiten observar además de la desaparición de la enfermedad, el incremento de la vigilancia epidemiológica y de la tecnología médica aplicada luego a otras enfermedades (poliomielitis y sarampión). Araujo Neto y Texeira<sup>(11)</sup> desarrollan, a través de un documentado trabajo, los nuevos problemas de salud en el Brasil del siglo XXI, con las demandas cruzadas de enfermos, técnicos especializados, empresas farmacéuticas y médicas y grupos de la sociedad civil, quienes bregan por instalar la atención de las “enfermedades raras”, cuya agenda implica, además de la extensión de derechos, una sobrecarga financiera al sistema de salud. Se trata de un debate, entonces, que se entronca directamente con el presente y que nos permite tomar el pulso también a las aproximaciones que, sobre la salud y la enfermedad, tienen hoy en día tantas disciplinas, aunadas a los estudios históricos, de cuyo dinamismo y actualidad quiso dar cuenta esta convocatoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belmartino S. Contribuciones al debate metodológico en salud. *Salud Colectiva*. 2008;4(2):125-131. doi: 10.18294/sc.2008.333.
2. Armus D. Qué historia de la salud enfermedad. *Salud Colectiva*. 2010;6(1):5-10. doi: 10.18294/sc.2010.352.
3. Soprano G. El servicio de sanidad militar en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del ejército argentino (1888-1938). *Salud Colectiva*. 2019;15:e2160. doi: 10.18294/sc.2019.2160.
4. Chao D. Especial y marginal: hacia una problematización de la intervención estatal en la salud de los veteranos de Malvinas (1984-2000). *Salud*



Colectiva. 2019;15:e2205. doi: 10.18294/sc.2019.2205.

5. Palma P, Ragas J. Desenmascarando a los impostores: Los médicos profesionales y su lucha contra los falsos médicos en Perú. *Salud Colectiva*. 2019;15:e2162. doi: 10.18294/sc.2019.2162.

6. González Moya M, Zárate Campos MS. Trabajo, miserias y recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX. *Salud Colectiva*. 2019;15:e2214. doi: 10.18294/sc.2019.2214.

7. Di Liscia MS, Alvarez AC. La Cruz Roja, el panamericanismo y la salud en el período de entreguerras. *Salud Colectiva*. 2019;15:e2116. doi: 10.18294/sc.2019.2116.

8. Aguerregaray Castilgione R, Luis N. De “culpables” a “víctimas”: expansión y profesionalización

del sistema de salud en la provincia Mendoza a fines del siglo XIX y principios del XX. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2129. doi: 10.18294/sc.2020.2129.

9. Vanadia LN, Rodríguez ML. El saber ver y el saber hacer en el hospital-asilo de Oliva (1914-1950): el caso Adela. *Salud Colectiva*. 2019;15:e2211. doi: 10.18294/sc.2019.2211.

10. Sacramento J. Crónica de un éxito consolidado: las políticas de erradicación de la viruela en Brasil (1962-1973). *Salud Colectiva*. 2019;15:e2167. doi: 10.18294/sc.2019.2167.

11. Araújo Neto LA, Teixeira LA. Nuevos problemas de un nuevo sistema de salud: la creación de una política pública nacional de atención de enfermedades raras en Brasil (1990-2014). *Salud Colectiva*. 2020;16:e2210. doi: 10.18294/sc.2020.2210.

#### FORMA DE CITAR

Zabala JP, Di Liscia MS, Nunes ED. La incorporación de la mirada histórica al campo de la salud: ¿reconstrucción del pasado o discusión del presente?. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2716. doi: 10.18294/sc.2020.2716.

Recibido: 5 feb 2020 | Aprobado: 10 mar 2020 | Publicado en línea: 7 abr 2020



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://doi.org/10.18294/sc.2020.2716>